

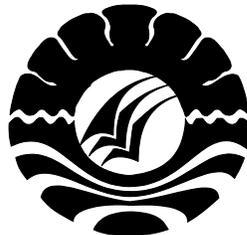
**ETIKA APARATUR BIROKRASI PEMERINTAHAN
DALAM PELAYANAN PUBLIK**

(Studi Penerapan Kode Etik Kedokteran dalam Pelayanan Publik
di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng)

*THE ETHICS OF THE GOVERNMENT BUREAUCRATICS
APPARATUS IN PUBLIC SERVICE*

*(The Study implementation of Doctor Ethics in Public Service at Prof dr.
H. M. Anwar Makkatutu local public hospital in Bantaeng District)*

ABDI



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI MAKASSAR
2010**

**ETIKA APARATUR BIROKRASI PEMERINTAHAN
DALAM PELAYANAN PUBLIK**

(Studi Penerapan Kode Etik Kedokteran dalam Pelayanan Publik
di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng)

DISERTASI

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Derajat

Doktor

Program Studi:

Administrasi Publik

Disusun dan Diajukan Oleh

ABDI

kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI MAKASSAR
2010**

LEMBAR PENGESAHAN

Nama : A b d i
Nomor Pokok : 06802001
Program Studi : Administrasi Publik
Judul Disertasi : Etika Aparatur Birokrasi Pemerintahan dalam Pelayanan Publik (Studi Penerapan Kode Etik Kedokteran dalam Pelayanan Publik di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng)

Makassar, September 2010

Menyetujui:

Prof. Dr. H. Juanda Nawawi, M.S.
Promotor

Prof. Dr. H. A. Mansyur Hamid, M.Pd.
Kopromotor

Dr. Muhammad Rusdi, M.Si.
Kopromotor

Mengetahui:

Ketua Program Studi
Administrasi Publik

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Negeri Makassar

Prof. Dr. H. Andi Makkulau.
NIP. 19410116 196604 1 001

Prof. Dr. Jasruddin, M.Si.
NIP. 19641222 199103 1 002

PRAKATA

Syukur alhamdulillah, penulis panjatkan kekhadirat Allah SWT, karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nyalah kepada penulis sehingga disertasi ini dapat diselesaikan dengan baik sesuai batas waktu yang telah direncanakan. Disertasi ini berjudul *Etika Aparatur Birokrasi Pemerintahan dalam Pelayanan Publik (Studi Penerapan Kode Etik Kedokteran dalam Pelayanan Publik di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng)*.

Dalam penulisan disertasi ini, penulis banyak mendapatkan motivasi, bimbingan, dan bantuan dari berbagai pihak, terutama Bapak Prof. Dr. H. Juanda Nawawi, M.S., selaku Promotor, Bapak Prof. Dr. H. A. Mansyur Hamid, M.Pd., dan Bapak Dr. Muhammad Rusdi, M.Si., sebagai Kopromotor, serta Bapak Prof. Dr. H. Andi Makkulau, Bapak Prof. Dr. H. Amiruddin Tawe, M.S., Bapak Dr. H. M. Isa Syamsu, M.Pd, Ibu Dr. Hasniati, S.Sos, M.Si., selaku anggota tim penguji yang dengan penuh kesabaran dan ketulusan hati telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, dorongan, saran yang konstruktif. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga.

Selanjutnya, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada Prof. Dr. H. Arismunandar, M.Pd., Prof. H. Sofyan Salam, M.A, Ph.D., Prof. Dr. H. Jasruddin, M.Si., Prof. Dr. Suradi Tahmir, M.S., Prof. Dr. H. Heri Tahir, S.H, M.H., Prof. Dr. H. Andi Makkulau, serta

Prof. Dr. H. Abdul Salam, M.Si., selaku Pimpinan Universitas Negeri Makassar dan Program Pascasarjana Universitas Negeri Makassar. Atas segala bantuan, motivasi, dan dukungannya kepada penulis selama kuliah S3 ini, diucapkan terima kasih yang tak terhingga.

Penulis juga tidak lupa mengucapkan terima kasih atas bimbingan, arahan dan segala ilmu pengetahuan yang telah diberikan oleh para dosen selama mengikuti kuliah di program S3 Administrasi Publik, yaitu: Prof. Dr. H. Arismunandar, M.Pd., Prof. Dr. H. Idris Arief, M.S., Prof. Dr. H. Amiruddin Tawe, M.S., Prof. Dr. H. Andi Makkulau, Prof. Dr. H. Abdul Salam, M.Si., Prof. Dr. H. Mappa Nasrun, M.A., Prof. Dr. Jonathan Salusu, M.A., Prof. Dr. H. Murtir Jeddawi, S.H, S.Sos, M.Si., Prof. Dr. H. Juanda Nawawi, M.S., Prof. Dr. Ismail Tolla, M.Pd., Prof. Dr. Haedar Akib, M.Si., Prof. Dr. H. Idrus Abustam, Prof. Dr. H. Muh. Ide Said, DM., Prof. Amir Imbaruddin, M.A, Ph.D., Prof. Dr. H. Makmur, M.S., Prof. Dr. H. Anwar Arifin, serta Prof. Dr. H. Wahyuddin Hamid, M.S.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan Bapak Dr. H. Syahrul Yasin Limpo, SH, M.Si, MH yang telah memberikan bantuan dana penelitian. Bupati Bantaeng, Bapak Prof. Dr. H. M. Nurdin Abdullah, M.Agr, Wakil Bupati Bantaeng Bapak Drs. H. Andi Asli Mustajab, M.Si, dan Bapak Plt Sekretaris Kabupaten Bantaeng, Bapak H. Tamrin Husain, SH, MH serta Kepala Badan

Kepegawian Daerah (BKD) Kabupaten Bantaeng, Bapak Drs. Andi Muchtar A. Massualle, yang telah memberi bantuan dana pendidikan selama mengikuti Program Doktor ini.

Ungkapan terima kasih yang tak terhingga kepada Direktur Rumah Sakit Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, Bapak dr. H. M. Syafruddin Nurdin, M. Kes, Kepala Kantor Kesbang Politik dan Linmas Kabupaten Bantaeng Bapak Drs. Muh. Yusuf Yunus. Para pejabat lingkup Rumah Sakit Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng Bapak dr. H. Sultan, M. Kes, dan Ibu Ida Fitri, SKM, M. Kes, serta Ibu dr. Hikmah sekaligus menjadi informan dalam penelitian disertasi ini. Tidak lupa kepada informan Ibu suster Dra. Hj. Rosmiati, Bidan Hadi, Nurfajri, SE., Dedi, Adi, Bapak Jamarullah, Andi Aswan, suster Raodah, H. Jafa dan lainnya yang tidak sempat kami sebutkan satu persatu.

Kepada Senior dan rekan-rekan mahasiswa COM-78 Program Doktor Studi Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Negeri Makassar angkatan 2006 khususnya Bapak Dr. H. Azikin Solthan, M.Si., Kakanda Dr. dr. Hj. Ulla Nuchrawati, MM., Kakanda Dr. H. Muhlis Madani, M.Si., Kakanda Dr. H. Muh. Aswad, M.Si., Kakanda Ir. H. Burhan, M.Pd., Kakanda Drs. Muh. Tahir, M.Si., Rekan Dr. H. Hamka, SH, M.Si., rekan Hamri Haiya, S.Sos, M.Si., rekan Agustinus, S.Th, M.Pd., rekan Muh. Farid, S.Pd, M. Pd., rekan Dr. Ariyati Puspasari, M. Si., rekan Ir. Yunus Sirante, M.Si., rekan Muh. Hasbi, S. Sos, M. Si., rekan Ir. H. Jumras, M.Si dan rekan

Marni, S.Pd. M.Pd yang tak henti-hentinya memberi motivasi, dukungan, dan kerjasamanya sehingga kami dapat menyelesaikan studi S3 ini, penulis menyampaikan terima kasih.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada teman-teman di Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Bantaeng; Bapak Syamsuddin, SH, MH., Bapak H. Alfatah, S.Sos, MM., Rais Rahman, S.STP, M.Si., Nasruddin, SE., Drs. Muhlis Hindra, Drs. Zainuddin, M.Si., Abd Wahab, SE, M.Si., Chaeruddin, SE, M.Si., Hj. Nurmawati, SE., Dra. Hj. Husnia, Rusdi Maksud, SE., Muh. Asri, Riesa Meyliyani, S.STP., Musamman, S.STP., Benny Hidayat, S.Pd., Ibu Hasma, Darlina, S.Pd., Muzakkir, S.Sos., Nasir, S.Sos., Darmawan Dg Nuntung dan QQ Suarsi Amin, tidak lupa kepada sahabat dan teman diskusi Mahbub Alimuhyar, S. IP, atas pengertian, pemberian motivasi dan dukungan dalam proses penyelesaian studi S3 ini.

Penulis tidak akan melupakan bantuan yang sangat berharga dari pegawai PPs UNM; H. Bahar, SE., Drs. Burhanuddin, Drs. Jamaluddin, Drs. Miftahuddin, M.Pd., Muhammad Iqbal, Hasnidar, SE., serta pegawai PPs UNM lain yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Penulis secara khusus mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada seluruh anggota keluarga, Ayahanda Syamsu (Almarhum), Ibunda Sitti Harpa, Bapak mertua Drs. H. Hamad Muhiddin, Ibu mertua Hj. Hadawiyah, Istri tercinta Hamidah Suryani, S.Pd, M.Pd, kedua putriku tersayang Azizah Putri Abdi dan Afifah Putri Abdi, serta seluruh anggota

keluarga lainnya terkhusus kepada Kakanda Capt. Iskandar Jaya (Almarhum) dan keluarga, Ny. Maryam Jaya, Moch. Ismar. A.Md., Imelda Jayanti, A.Md., dan Serda Ismail Iskandar Jaya, Kankanda Capt. Syamsuddin dan Keluarga, Kakanda Anton, Kakanda Adam, dan Adinda Mukarrama, S.IP serta Adinda Jabarudin, A. Md. Tidak lupa saya haturkan terima kasih pula kepada Kakak Ipar; Ir. H. Ahmad Bakri, M.A, P.hd, & Dra. H. Ina Mutmainnah, Dr. dr. H. Habibah, SPM, & Dr. Ir. H. Gunarto Latama, M.Sc., Dr. Amir Hamzah, MS, & Dra. Rahmaniar, Ir. H. Aisyah Pujiati & Ir. H. Mukhlis Toba, MM., dr. H. Rakhmawati, SpPK, & Ir. H. Aminuddin Maddu, MMT., tidak lupa juga terima kasih kepada sahabat saya Sunardi Alsas, S. Pd dan Muh. Taufik H. Makka, S.Pd yang dengan penuh kesabaran dan kesetiaannya, memberi bimbingan, semangat, saran, dan bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan kuliah S3 ini dengan baik dan lancar, sehingga memungkinkan selesainya penelitian dan penyusunan disertasi ini. Semoga bernilai ibadah dan mendapat pahala disisi Allah SWT, Amin.

Makassar

Agustus 2010

Abdi

PERNYATAAN KEORISINILAN DISERTASI

Saya, ABDI, Nomor Pokok; 06802001,

Menyatakan bahwa Disertasi yang berjudul: “Etika Aparatur Birokrasi Pemerintahan dalam Pelayanan Publik (Studi Penerapan Kode Etik Kedokteran dalam Pelayanan Publik di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng)” ini, merupakan ide dan karya asli dari saya, kecuali yang saya nyatakan sebagai kutipan. Selain itu, tidak ada bagian dari Disertasi ini yang saya gunakan sebelumnya untuk memperoleh gelar atau sertifikasi akademik.

Jika pernyataan ini terbukti sebaliknya, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan oleh Program Pascasarjana Universitas Negeri Makassar.

Makassar, September 2010

Tanda tangan:

.....

ABSTRAK

ABDI. Etika Aparatur Birokrasi Pemerintahan dalam Pelayanan Publik (Studi Penerapan Kode Etik Kedokteran dalam Pelayanan Publik di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng) (dibimbing oleh Juanda Nawawi, sebagai promotor, A. Mansyur Hamid dan Muhammad Rusdi, masing-masing sebagai kopromotor).

Tujuan penelitian ini adalah untuk; Untuk mengetahui dan menganalisis penerapan kode etik kedokteran dalam pemberian pelayanan publik di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. Untuk mengidentifikasi dan menganalisis faktor pendukung penerapan kode etik kedokteran dalam pelayanan publik di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.

Apabila dilihat dari segi tujuannya, penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif, dengan menggunakan pendekatan kualitatif fenomenologis. Pengumpulan data dilakukan melalui; observasi, wawancara, dan dokumen. Informan penelitian meliputi; Direktur Rumah Sakit, Kepala Tata Usaha Rumah Sakit, Kepala Bidang Pelayanan, Dokter, Perawat, Masyarakat Pelanggan Rumah Sakit, Pasien, dan Pegawai Rumah Sakit yang menangani langsung pasien. Sedangkan analisis data dilakukan secara deskriptif kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa; (1) Penerapan kode etik kedokteran di RSUD Anwar Makkatutu, konsisten dengan; ketaatan pada asas-asas umum, perilaku terhadap penderita, perilaku pada teman sejawat, dan perilaku pada diri sendiri. (2) Faktor pendukung kode etik kedokteran dalam pelayanan publik di RSUD Anwar Makkatutu adalah; a) kepemimpinan, b) budaya pelayanan, c) sumber daya; manusia, pembiayaan, sarana dan prasarana, dan teknologi informasi, d) kelembagaan instansi dan e) peraturan perundang-undangan yang berlaku, mencakup; asas, prinsip, dan standar pelayanan sebagai penyedia pelayanan.

ABSTRACT

ABDI. The Ethics of the Government Bureaucratics Apparatus in Public Service (The Study implementation of Docter Ethics in Public Service at Prof dr. H. M. Anwar Makkatutu local public hospital in Bantaeng District) (advised by Juanda Nawawi, as promotor, A Mansyur Hamid and Muhammad Rusdi, each as co-promotor).

The objectives of this research were to identify and to analyze the application of the docter's code ethics in providing public services at Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu local public hospital in Bantaeng District. Other objective was to identify and analyze the supporting factors in operating of the docter's code ethics in public services at Prof dr. H. M. Anwar Makkatutu local public hospital in Bantaeng District.

If seen from its objectives, this research is characterized as qualitative using phenomenal qualitative approach. Data collections were performed by observations, interviews, and documentations. The research informants included; the Head of Service Sector, medical doctors, nurses, community receiving hospital services, patients, and hospital staff directly handle the patients. Whereas the data analysis were performed by using descriptive qualitative.

Results of this research showed that:(1) The applications of doctor's code of ethics at RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu were consistent with obedience of general principles, behavior toward patients, behavior toward colleague, and toward themselves. (2) Supporting factors, applications of doctor's code of ethics at in public service at RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu include: a) leadership, b) service culture, c) resources such as manpower, financing, structure and infrastructure, and information technology, d) institutional agency, and e) applicable law, rules, and regulations consist of basis, principles and standard of service as service provider.

DAFTAR ISI

	Halaman
PRAKATA	iv
PERNYATAAN KEORISINILAN DISERTASI	ix
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Etika	13
B. Pelayanan Publik	69
C. Perilaku Aparatur Birokrasi Pemerintahan	105
D. Kebudayaan Dalam Birokrasi	124
E. Kode Etik	127
F. Kerangka Konseptual Penelitian	179

BAB III. METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Pendekatan Penelitian	180
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	181
C. Sumber dan Jenis Data	181
D. Fokus Masalah Penelitian dan Deskripsi Fokus	183
E. Instrumen Penelitian	185
F. Teknik Pengumpulan dan Pengabsahan Data	187
G. Teknik Analisis Data	191
BAB IV. DESKRIPSI LOKASI PENELITIAN	
A. Gambaran Lokasi Penelitian	195
B. Deskripsi Hasil Survei Pelayanan Publik	222
BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Penerapan Kode Etik Kedokteran dalam Pelayanan Publik di RSUD Prof. dr. H.M. Anwar Makkatutu Bantaeng	234
B. Faktor-Faktor Pendukung Penerapan Kode Etik Kedokteran dalam Pelayanan Publik di RSUD Prof. dr. H.M. Anwar Makkatutu Bantaeng	297
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan	347
B. Saran	348
DAFTAR PUSTAKA	352
LAMPIRAN	365

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Penelitian terdahulu dan hasil penelitian sekarang tentang etika aparatur birokrasi pemerintah dalam pelayanan publik	6
2. Kepemimpinan Karismatik berdasarkan Ethical	63
3. Pergeseran Paradigma Model Pelayanan Publik	81
4. Pembiayaan APBD Tahun Anggaran 2008	208
5. Laporan kinerja tahun 2008	209
6. Rekapitulasi biaya pelayanan Jamkesmas tahun 2008	211
7. Rekapitulasi biaya pelayanan Askes Sosial tahun 2008	212
8. Sasaran dan indikator pencapaiannya	213
9. Kegiatan pelayanan kesehatan Instalasi Rawat Inap Tahun 2007 dan 2008	216
10. Data kunjungan penderita pada Instalasi Rawat Jalan Tahun 2007 dan 2008	217
11. Kegiatan Instalasi Penunjang Pelayanan Tahun 2007 dan 2008	218
12. Hasil Kegiatan Instalasi Kamar Operasi Tahun 2007 dan 2008	220
13. Indikator Mutu Pelayanan Tahun 2007 – 2008	221
14. Pembiayaan RSUD Prof. dr. H.M. Anwar Makkatutu Bantaeng	323
15. Penataan Kewenangan dan Organisasi yang tidak tepat	339

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
1. Pembagian Bidang Kajian Etika Sosial	17
2. Segitiga Pelayanan Publik	76
3. Kerangka Pikir	179
4. Analisis data	192
5. Operasional RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu	322
6. Keluarga Pasien sedang Mengantri	387
7. Pasien sedang Menunggu Pelayanan	387
8. Seorang Dokter sedang Memeriksa Pasien di Ruang Poli	388
9. Seorang Dokter sedang Memeriksa Pasien di Kamar VIP	388

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Halaman
1. Format Pengembangan Instrumen Penelitian	365
2. Pedoman Wawancara	375
3. Foto-Foto Dokumen Mengenai Objek Penelitian	387
4. Peta RSUD Prof. dr. H.M. Anwar Makkatutu di Bantaeng	389
5. Nama-nama Informan Penelitian	390
6. Surat-surat Izin Penelitian	391
7. Daftar Riwayat Hidup	395

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah.

Etika Penyelenggaraan pemerintahan di Indonesia telah menjadi komitmen nasional berdasarkan Tap MPR Nomor VI/ MPR/ 2001 tentang Etika kehidupan berbangsa dan bernegara. Pada konsideran Tap tersebut, dalam Menimbang huruf a) dinyatakan: "bahwa sebagaimana termaktub dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia adalah untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial". Hal ini pula yang selama ini dikenal sebagai Tujuan Nasional atau cita-cita luhur bangsa, yang harus selalu menjadi acuan seluruh masyarakat bangsa maupun pemerintah Negara Republik Indonesia dalam penyelenggaraan kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Selanjutnya dinyatakan dalam Menimbang huruf b) Tap MPR tersebut: "bahwa untuk mewujudkan cita-cita luhur bangsa Indonesia sebagaimana termaktub dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 tersebut, diperlukan pencerahan dan sekaligus pengamalan etika kehidupan berbangsa bagi seluruh rakyat Indonesia".

Aparatur birokrasi pemerintahan dalam mewujudkan etikanya, perlu disusun dan diarahkan menuju kepada peningkatan kinerja pemerintah yang tidak saja klasik demi tercapainya tujuan yang efektif dan efisien tetapi juga sejauh mungkin tujuan itu tercapai sesuai dengan kriteria *public accountability, responsibility, productivity, responsivity* dan kualitas pelayanan yang harus dipenuhi oleh setiap aparat pemerintah/birokrasi negara di semua lini. Untuk mencapai tujuan itu penyelenggara negara dalam mempersiapkan sumber daya manusianya terutama menyangkut penyempurnaan manajemen pelayanan publik harus segera dilaksanakan.

Persoalan demikian muncul disebabkan karena masyarakat selalu mengharapkan memperoleh pelayanan yang sebaik-baiknya dari aparat pemerintah. Kesenjangan yang menjadi tuntutan masyarakat harus dipenuhi oleh aparat pemerintahan dalam rangka memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada mereka. Pemerintah perlu memperhatikan dengan sungguh-sungguh hal-hal sebagai berikut yaitu:

1. Derasnya tuntutan agar pemerintah mampu menumbuhkan adanya *good governance* yaitu suatu sistem penyelenggaraan pemerintahan yang bersih, bertanggungjawab dan profesional. Misalnya, rekrutmen penyelenggara pemerintah di semua jenjang, harus benar-benar didasarkan pada persyaratan *merit system* dan menolak favoritisme dan nepotisme.

2. Semakin tajamnya kritik masyarakat atas semakin rendahnya kualitas pelayanan publik. Masyarakat telah merasa melaksanakan kewajiban-kewajibannya tetapi seringkali hak-haknya terpasung oleh aparat pelayanan.
3. Semua aparat pemerintah dituntut untuk mempunyai *sense of crisis* sehingga mereka benar-benar paham bahwa kita sekarang sangat membutuhkan aparat pelayanan yang mampu *to do more with less*. Maksudnya bahwa aparat pelayanan harus mampu bekerja keras dan lebih produktif walaupun dengan kelangkaan sumber daya, dan harus meninggalkan jargon; "jika masih bisa diperlambat mengapa harus dipercepat?, jika bisa dibayar mengapa harus gratis? Jika masih bisa orang lain mengapa harus saya? dan lainnya."
4. Aparat pemerintah dituntut agar bekerja lebih profesional dengan mengedepankan terpenuhinya *public accountability, responsibility, productivity, responsivity* dalam pemberian pelayanannya, yaitu dengan menekan sekecil mungkin pemborosan penggunaan sumber-sumber negara dan juga sekaligus memperkuat peraturan perundangan yang berlaku sebagai fondasi untuk melaksanakan tugas-tugasnya.
5. Publik, sebagai pihak yang harus dipenuhi dan dilindungi kepentingannya, menuntut agar pemerintah memperhatikan dengan sungguh-sungguh aspirasi mereka.

Berkaitan dengan pentingnya etika dalam pelayanan publik, beberapa pakar memberi pandangan diantaranya Cooper, (1998); Amado, (2002); Donaue, (2003); Berman 2003, dalam Keban (2004), bahwa etika dapat menjadi suatu faktor yang mensukseskan tetapi juga sebaliknya dapat menjadi pemicu dalam menggagalkan tujuan kebijakan, struktur organisasi, serta manajemen publik. Bila moralitas dalam pelayanan publik para penyusun kebijakan rendah, maka kualitas kebijakan yang dihasilkanpun sangat rendah. Begitu pula bila struktur organisasi publik yang disusun berdasarkan kepentingan-kepentingan tertentu yang berbeda dengan kepentingan publik, maka struktur organisasi tersebut tidak akan efektif dalam menjalankan tugas dan fungsinya.

Berdasarkan laporan dari *World Competition Report*, Indonesia menduduki peringkat 31 dari 48 negara, sebagai negara yang tinggi tingkat korupsinya. Selanjutnya, laporan mengenai pelayanan aparatur birokrasi untuk negara berkembang, di dalamnya termasuk Indonesia. Urutan persentase faktor penyebab buruknya pelayanan aparat birokrasi di Indonesia yang dikemukakan oleh Smith, yaitu: 1) gaji rendah 56 persen, 2) sikap mental aparat pemerintah 46 persen, 3) kondisi ekonomi buruk pada umumnya 32 persen, 4) administrasi lemah dan kurangnya pengawasan 48 persen, dan 5) lain-lain 13 persen. Persentase lebih dari 100 persen disebabkan ada respons ganda dari responden (Smith, 2005 dalam Sudana (2009).

Bukti empiris terhadap buruknya pelayanan publik aparatur birokrasi pemerintahan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh PSKK Universitas Gajah Mada Yogyakarta, dapat diketahui bahwa sebanyak 48 persen aparat birokrasi di Provinsi Sumatera Barat, 43 persen di Yogyakarta, dan 30 persen di Sulawesi Selatan hanya menampung saja dan tidak berusaha untuk memberi penyelesaian apabila mereka mendapatkan keluhan dari masyarakat (Dwiyanto, 2007).

Apabila dikaji lebih mendalam, hasil penelitian ini sudah mampu menunjukkan secara keseluruhan perilaku aparatur birokrasi pemerintahan di Indonesia. Walaupun pada penelitian tersebut baru mengambil sampel pada beberapa daerah, tetapi sudah cukup memberi gambaran begitu memprihatinkannya pelayanan publik di negeri ini. Di daerah perkotaan saja dengan aparatur pemerintahan yang dapat dikatakan sudah cukup memiliki pendidikan memadai dengan latar belakang masyarakat yang heterogen, menunjukkan demikian, apalagi di daerah-daerah terpencil dimana wawasan para pegawainya belum begitu baik, bahkan dapat dikatakan cenderung memberikan pelayanan dengan sifat yang primordial.

Penelitian terdahulu sebagai bahan pembandingan dari penelitian yang relevan tentang etika (perilaku) aparatur birokrasi pemerintah dalam pelayanan publik, dikutip dari hasil penelitian Dr. Hasniati (2008), kemudian dipersandingkan dengan hasil penelitian sekarang. Untuk lebih jelasnya dapat dicermati seperti dalam pemaparan tabel berikut;

Tabel 1. Penelitian terdahulu dan hasil penelitian sekarang tentang etika aparatur birokrasi pemerintah dalam pelayanan publik

No	Nama peneliti	Judul Penelitian	Hasil Penelitian Terdahulu	Hasil Penelitian Sekarang
1	Agus Wantoro (1999)	Perilaku Petugas Polantas Dalam pelayanan pendaftaran kendaraan bermotor di Samsat Jakarta	Mengelompokkan kedalam 2 pola perilaku, yaitu pola perilaku prosedural dan pola perilaku diluar prosdur resmi yg mencakup toleran atau solider, saling menguntungkan, diskriminatif, penghindaran dan tidak bertanggung jawab.	1. Penerapan kode etik kedokteran dalam pelayanan publik di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng, konsisten dengan; ketaatan pada asas-asas umum, perilaku terhadap penderita, perilaku pada teman sejawat, dan perilaku pada diri sendiri.
2	Sukadji Budihardjo (2003)	Perilaku birokrasi dlm pelayanan publik (Studi kasus perilaku birokrasi pemerintahan Kelurahan Teluk Tiran Kec. Banjarmasin Barat Kota Banjarmasin	Nilai dan kode etik yg berkembang dikalangan perangkat kelurahan cenderung mengacu kepada kepentingan organisasi, dan perilaku perangkat birokrasi kelurahan masih tradisional yg ditandai oleh kuatnya nilai-nilai primordial yg menjadi sumber otoritas perangkat kelurahan, sedangkan lurah sendiri tunduk pada petunjuk dan arahan dari camat	2. Faktor pendukung penerapan kode etik kedokteran dalam pelayanan publik di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng adalah; a) kepemimpinan, b) budaya pelayanan, c) sumber daya; manusia, pembiayaan, sarana dan prasarana, dan teknologi infomasi, d) kelembagaan instansi dan e)peraturan perundang-undangan yang berlaku, mencakup; asas, prinsip, dan standar pelayanan sebagai penyedia pelayanan
3	Mada Teruna (2007)	Patologi birokrasi dlm penyelenggaraan pemerintahan di daerah	Berhasil mengidentifikasi beberapa bentuk patologi birokrasi seperti intimidasi, arogan, meminta komisi, ingin mudah, diskriminatif	
4	Hasniati (2008)	Perilaku Pelayanan Birokrat Garis-Depan (Studi tentang Interaksi Birokrat Kepolisian dengan Warga Masyarakat dalam Pelayanan Surat Izin Mengemudi di Kota Makassar	Berhasil mengidentifikasi 11 bentuk perilaku diferensiasi dlm pelayanan SIM, yang dikelompokkan menjadi 3, yaitu; (1) perilaku yg cenderung menguntungkan BGD mencakup; perilaku ajimumpung, superior, pengabaian, sebagai calo, putus asa, (2) perilaku yang cenderung menguntungkan WM, mencakup; perlawanan, cari gampang, dan (3) perilaku yg cenderung menguntungkan kedua belah pihak yg berinteraksi, mencakup perilaku melayani, perlakuan khusus terhadap korps tertentu, dan sogok menyogok. Penelitian ini jg berhasil menemukan bahwa aktor dominan yg menjadi penentu perilaku pelayanan adalah BGD, dengan beberapa bentuk perilaku yg cenderung bertujuan untuk mendapatkan keuntungan pribadi. Dipihak lain, WM juga seringkali berupaya utuk mencari jalan pintas dalam pelayanan publik, sehingga perilaku seperti ini dapat mengaburkan peraturan dan prosedur pelayanan SIM yg sebenarnya	

Sumber: Dikembangkan dari Hasniati, 2008

Hasil survei pelayanan publik aparatur pemerintah dalam rangka *Otonomi Award* yang dilaksanakan oleh *Insert Institute* bekerjasama dengan *Fajar Institute of Pro Otonomi* pada tahun 2009 di 23 Kabupaten/ Kota Sulawesi Selatan, mengacu pada parameter pendidikan, kesehatan, dan administrasi kependudukan. Dalam survei tersebut ditemukan bahwa khusus tentang program pendidikan dan kesehatan gratis sudah berjalan dengan baik, namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan adanya keluhan yang terkait dengan persyaratan administrasi yang berbelit-belit, pelayanan tenaga medis yang belum maksimal, dan masih adanya perbedaan pada kualitas pelayanan antara masyarakat yang menggunakan fasilitas gratis dengan yang tidak (Harian Fajar, Selasa 07 April 2009).

Pelayanan publik aparatur pemerintah pada bidang kesehatan memang tidak jauh berbeda dengan pelayanan publik aparatur bidang lainnya, seperti yang diakui oleh Kasmawati A. Basalamah sebagai salah satu anggota DPR RI dari Komisi Kesehatan, yang menyatakan bahwa belum maksimalnya pelayanan kesehatan kepada masyarakat disebabkan oleh minimnya rasa peduli aparat kesehatan itu sendiri dan membuatnya menjadi begitu prihatin dengan kondisi ini (Harian Fajar, Selasa 24 Maret 2009). Pengakuan yang sama dikemukakan oleh Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan DR. H. Syahrul Yasin Limpo, SH, M.Si, MH, bahwa siap memberi sanksi yang tegas apabila ada aparatur birokrasi pemerintahan yang pelayanannya menyulitkan masyarakat, setelah menerima laporan hasil

penelitian *task force* yang menemukan bahwa pelayanan aparatur di rumah sakit masih sering berbelit-belit dan menyulitkan masyarakat (Harian Tribun Timur, 14 Januari 2010).

Pemerintahan Kabupaten Bantaeng sendiri telah memiliki visi dan misi, tujuan dan kebijakan strategik dalam menjalankan penyelenggaraan pemerintahannya, dan dalam memberikan pelayanan publik kepada masyarakatnya. Bahkan sampai pada tingkat aparatur terendah dalam pemerintahan sudah sangat jelas tugas pokok dan fungsi serta kewenangannya masing-masing, termasuk dalam bidang kesehatan.

Berdasarkan kondisi empirik pelayanan publik di Kabuten Bantaeng jika dilihat dari sudut pandang etika, dapat diidentifikasi beberapa fenomena perilaku aparatur dalam memberikan pelayanan khususnya pada bidang kesehatan, bahwa kualitas pelayanan publik masih dalam kondisi memprihatinkan. Hal ini dapat dibuktikan dengan begitu banyaknya keluhan masyarakat terhadap kualitas pelayanan publik yang diajukan secara langsung kepada penyedia pelayanan dalam hal ini aparatur pemerintah.

Sehubungan dengan itu, Pemerintah Kabupaten Bantaeng melalui 2 (dua) PUSKESMAS, yaitu PUSKESMAS LOKA dan PUSKESMAS KOTA bekerjasama dengan Kementerian Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Lembaga Administrasi Negara (LAN) telah menyelenggarakan lokakarya "*Mekanisme Pengaduan Masyarakat*" pada tanggal 22 – 23 Juni 2009, dan dilanjutkan dengan Survei Pengaduan Masyarakat yang dilaksanakan dari

tanggal 3 s.d 20, sejumlah 1000 anggota masyarakat telah berpartisipasi dalam mengisi dan mengembalikan kuesioner dari sejumlah 1100 kuesioner yang disebar di PUSKESMAS KOTA dan sejumlah 600 anggota masyarakat telah berpartisipasi dalam mengisi dan mengembalikan kuesioner dari sejumlah 600 kuesioner yang disebar di PUSKESMAS LOKA. Pengaduan dan keluhan tersebut melibatkan pengguna layanan (masyarakat) dan penyedia layanan pada unit pelayanan tersebut di atas serta menghadirkan berbagai pelaku pelayanan lainnya yang terkait.

Analog dengan hasil survei tersebut, berdasarkan pengamatan awal penulis pada bulan November 2008, aparat pemerintahan Kabupaten Bantaeng khususnya yang bekerja pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dapat dikatakan belum memuaskan, karena masih terdapat pasien dan keluarga pasien yang mengeluh, mengkritisi, memprotes, bahkan marah-marah atas sikap dan perilaku pelayanan yang diberikan oleh aparat yang ada. Harian Fajar (14 Januari 2010), menyajikan sisi lain dalam pelayanan publik di Kabupaten Bantaeng, bahwa walaupun Kabupaten Bantaeng merupakan salah satu daerah tertua di Sulawesi Selatan, tetapi pelayanan kepada masyarakatnya masih mendapat banyak keluhan.

Kenyataan empirik tersebut di atas, seyogyanya tidak perlu terjadi atau paling tidak dapat diminimalkan apabila aparat birokrasi pemerintahan yang bekerja pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu

mematuhi kode etik yang ada. Seperti diketahui bahwa pelayanan di rumah sakit terdapat kode etik rumah sakit yang disebut dengan "Etika Rumah Sakit Indonesia (ERSI)", kode etik Dokter dan kode etik perawat serta Standar Pelayanan Minimal yang ada di Rumah Sakit.

Adapun isu-isu yang sering muncul ke permukaan pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng diantaranya adalah; 1) masih banyaknya keluhan masyarakat tentang perilaku aparat yang disfungsi di rumah sakit yang mengakibatkan munculnya ketidakpuasan masyarakat yang dilayani terutama pada unit gawat darurat dan pelayanan rawat inap, 2) konsistensi pada penegakan aturan dan perilaku pelayanan medik terhadap penerapan kode etik oleh dokter maupun oleh perawat yang belum maksimal.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian-uraian pada latar belakang tersebut di atas, maka permasalahan dalam penelitian ini dapat dirumuskan dalam beberapa bentuk pertanyaan penelitian sebagai berikut;

1. Bagaimana penerapan kode etik kedokteran dalam pemberian pelayanan publik di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng?
2. Faktor-faktor apa yang mendukung penerapan kode etik kedokteran dalam pemberian pelayanan publik di Rumah Sakit

Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan yang diharapkan dari penelitian ini adalah;

1. Untuk mengetahui dan menganalisis penerapan kode etik kedokteran dalam pemberian pelayanan publik di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.
2. Untuk mengidentifikasi dan menganalisis faktor pendukung penerapan kode etik kedokteran dalam pemberian pelayanan publik di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Manfaat teoritis

1. Menjadi bahan rujukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang administrasi publik.
2. Menjadi bahan rujukan bagi penelitian selanjutnya khususnya yang relevan dengan ilmu administrasi publik.

2. Manfaat praktis

1. Sebagai bahan masukan bagi pemerintah Kabupaten Bantaeng dalam menyusun kebijakan aparatur pemerintahnya yang berkaitan dengan perbaikan dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat.
2. Sebagai bahan masukan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Bantaeng dalam menggali dan menemukan metode mendekatkan aparat pemerintah dengan masyarakatnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Etika

1. Etika administrasi negara

Apabila kita membahas tentang dasar-dasar pengandaian normatif yang terdapat dalam etika beserta unsur-unsur filosofisnya dan kemudian mencoba menghubungkannya dengan konsep-konsep tentang kekuasaan serta penyelenggaraan aktivitas-aktivitas kenegaraan, maka hal itu dapat dijadikan sebagai langkah awal untuk menuju telaah etis berkenaan dengan interaksi antara penguasa, administrator, atau birokrat dengan masyarakat umum atau warga negara.

Premis yang mendasarinya ialah bahwa setiap hubungan sosial akan mempunyai konsekuensi tertentu dalam hal legitimasi. Sebagai contoh, pada umumnya kita melihat "kekuasaan" sebagai kemampuan untuk membuat orang lain bertindak sesuai dengan kemauan "saya". Akan tetapi, kekuasaan tidak sama dengan legitimasi. Seseorang yang menodongkan belati ke leher saya mungkin dapat membuat saya menyerahkan harta benda saya. Masalahnya adalah apakah dia *boleh* berbuat seperti itu? Seorang pejabat mungkin dapat memaksa bawahannya untuk memanipulasi tender supaya proyek tertentu jatuh pada perusahaan kontraktor di mana pejabat tersebut menanam sahamnya,

dengan ancaman untuk mengurangi kondite bawahan tadi bila tidak mau melakukannya. Akan tetapi, apakah "kekuasaan" seperti itu masih *layak* diikuti dan apakah pejabat tadi memang boleh melakukan tindakan tadi? Di sinilah letaknya persoalan legitimasi terhadap kekuasaan. Kaidah yang menunjang legitimasi ada bermacam-macam, kita dapat melihatnya dari norma agama, etika, susila, sopan-santun, maupun norma hukum. Untuk maksud kita, norma yang dijadikan landasan adalah norma etika atau moralitas (Komorotomo, 2005).

Dalam memahami relevansi etika dengan setiap aktivitas yang terdapat dalam birokrasi, perlu dirumuskan kembali lingkup administrasi negara itu sendiri. Perkembangan disiplin ilmu administrasi negara selama lebih dari 90 tahun di negara-negara maju (yang juga mempengaruhi perkembangan ilmu ini di Indonesia) masih memaparkan perdebatan-perdebatan mengenai kedudukan ilmu administrasi negara (*public administration*) itu sendiri sebagai salah satu cabang dari ilmu sosial politik.

Menurut Nicholas Henry (2004), ada lima paradigma dalam ilmu administrasi negara dan sebagian besar perbedaan paradigma itu ternyata berkisar pada perlu tidaknya dilakukan pemisahan antara ilmu politik dan administrasi. Jika membahas tentang paradigma maka kita harus memahami ilmu administrasi negara dari dua aspek. Aspek *pertama* disebut lokus yang menunjukkan tempat keberadaan suatu bidang ilmu, dan yang *kedua* adalah fokus yang menunjukkan kekhususan dari ilmu tersebut. Nicholas Henry

melanjutkan, bahwa paradigma yang terakhir mengatakan bahwa lokus ilmu administrasi negara adalah mengenai kepentingan publik (*public interest*) dan urusan publik (*public affairs*), sedangkan fokusnya adalah teori organisasi dan ilmu manajemen. Paradigma ini agaknya berusaha menghindari dikotomi politik-administrasi yang apabila dipaksakan ternyata justru menimbulkan berbagai kejanggalan.

Implementasinya, kita melihat bahwa seorang administrator atau birokrat tidak akan bisa menghindari tindakan-tindakan politis. Aktivitas politis dari birokrat tampak dari adanya keleluasaan bertindak (*diskresi*) administratif yang dimilikinya. Diskresi administratif adalah segala aktivitas untuk mengemukakan saran, melapor, menjawab, mengambil inisiatif, menyampaikan info, memverifikasi, memperingatkan, mengadukan, menyokong, merangsang kerja, menegur, mendukung, menolak, dan merundingkan sesuatu yang berpengaruh terhadap lembaga-lembaga publik. Sementara itu, aktivitas administrasi tampak dari segala perilakunya untuk merencanakan, memilih alternatif, mengorganisasi, mengelola, memantau, mengevaluasi, melaksanakan, serta melakukan implementasi atas program-program di dalam lingkup birokrasi. Untuk itu, dia perlu membekali diri dengan ilmu manajemen serta landasan pemahaman mengenai teori organisasi yang kuat (Kumorotomo, 2005).

Berdasarkan pandangan para ahli sebelumnya, maka dengan demikian, jelas bahwa administrasi negara merupakan proses yang

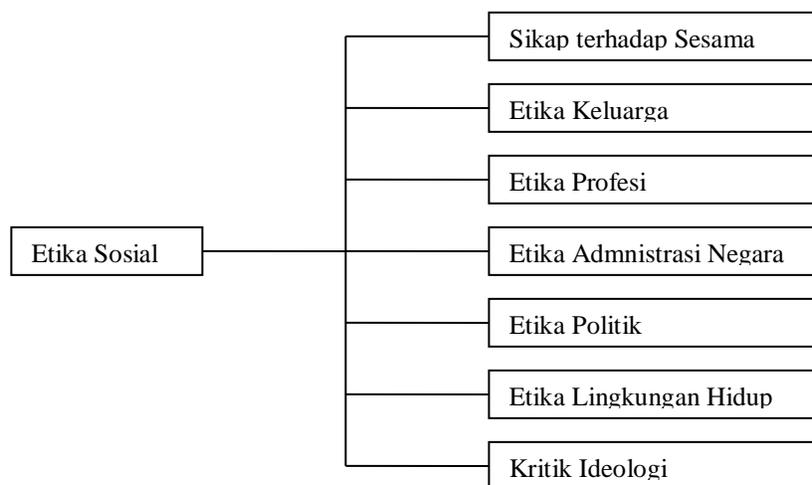
rumit. Ia bukan saja berkaitan dengan aktivitas-aktivitas teknis berlandaskan ilmu manajemen untuk mencapai efisiensi yang tinggi melainkan juga aktivitas-aktivitas politis yang berusaha menafsirkan kehendak publik dan menerjemahkannya dalam kebijakan nyata. Kebijakan (*policy*) dapat didefinisikan sebagai seluruh gagasan mengenai tujuan dan cara/arah tindakan-tindakan manusia dalam organisasi (Surie, 1978).

Kebijakan menentukan norma dan mengatur administrasi negara pada tingkat strategis. Dari segi materi atau isi, administrasi negara berarti melakukan kebijakan publik yakni menetapkan dan melaksanakan suatu kebijakan yang berpengaruh kepada masyarakat umum. Dari segi formal atau bentuk, administrasi negara adalah pengambilan keputusan-keputusan yang mengikat orang banyak. Sementara itu, dari segi sosiologi, administrasi negara merupakan bentuk tindakan sosial tertentu yang diorganisasi atau tepatnya serangkaian proses tindakan sosial yang berlangsung dan dibakukan dalam periode tertentu. Jadi, dalam praktik administrasi negara merupakan rangkaian pengambilan kebijakan yang menghasilkan norma-norma formal, aturan-aturan, serta keharusan-keharusan bagi tindakan sosial. Proses pengaturan itu tentunya akan menunjang tertib sosial hanya apabila ia merujuk kepada rasa kebenaran dan keadilan dari warga masyarakatnya, sehingga setiap aktivitas administrasi negara akan selalu punya konsekuensi nilai (*value loaded*).

Kesimpulan yang bisa ditarik dari uraian di atas, seperti yang telah diuraikan pada bagian sebelumnya, ialah bahwa proses administrasi negara senantiasa menuntut pertanggungjawaban etis. Sebagai salah satu bagian dari bidang kajian etika sosial, etika administrasi negara memiliki lingkup yang cukup luas.

Gambar di bawah ini memperlihatkan kedudukan etika administrasi negara di antara cabang-cabang etika sosial lainnya. Tampak bahwa berbagai cabang etika sosial yang ada itu dalam beberapa segi akan banyak pengaruhnya terhadap norma-norma yang harus diikuti di dalam etika administrasi negara.

Gambar 1. Pembagian Bidang Kajian Etika Sosial



Sumber: Kumorotomo, 2005.

Penjelasan dari gambar tersebut, dapat dijelaskan sebagai berikut; Seorang pejabat, misalnya untuk melaksanakan kedudukannya sebagai administrator sekurang-kurangnya harus memiliki etika keluarga yang baik kalau tak ingin akan kehilangan wibawanya di mata masyarakat. Sikap-sikapnya terhadap sesama terkadang juga ikut menentukan rasa respek masyarakat karena bagaimanapun ia menjadi cermin dan teladan bagi khalayak. Dalam gambar juga ditunjukkan bahwa etika administrasi negara berada di antara cabang etika profesi dan etika politik. Asumsi yang dipakai ialah bahwa seorang administrator adalah orang yang harus menerapkan ilmu-ilmu manajemen dan organisasi secara profesional. Dia harus mampu memecahkan masalah-masalah taktis dengan baik serta mampu mengelola organisasi secara efisien. Namun, berlainan dengan kedudukan kalangan profesi seperti pengacara, dokter, apoteker, atau manajer bisnis, seorang administrator harus bertanggungjawab kepada lingkup masyarakat yang jauh lebih luas dan beraneka ragam. Oleh karena itu, dia juga dituntut untuk memiliki kepekaan yang tinggi terhadap masalah-masalah politis.

Dilema yang harus dihadapi oleh administrator bukan sekadar bagaimana supaya organisasi-organisasi publik dapat berjalan secara efisien, tetapi juga bagaimana supaya organisasi-organisasi itu dapat memberikan pelayanan yang memuaskan publik. Dalam masyarakat yang pluralis dilema seperti ini jelas akan lebih pelik. Sementara itu, sebagai

seorang yang berwenang untuk melakukan pengambilan keputusan, dia harus mampu meletakkan desentralisasi dalam organisasi secara tepat. Delegasi wewenang, partisipasi masyarakat, dan pengambilan keputusan kepada tingkatan-tingkatan administratif yang lebih rendah merupakan hal penting bagi masyarakat yang demokratis. Namun, administrator harus berfungsi pula sebagai pribadi yang terampil menggunakan persuasi objektif untuk keputusan-keputusan yang memerlukan tindakan segera. Selain itu, ia pun akan selalu dihadapkan pada persoalan-persoalan bagaimana menciptakan pemerintahan yang rasional sekaligus yang bertanggungjawab secara demokratis. Pemerintahan harus rasional dalam arti bahwa ada masalah-masalah yang memang harus dipecahkan secara lugas, teknis, dan profesional. Namun, pemerintahan yang baik juga mesti memperoleh dukungan dan persetujuan sebagian besar masyarakat atas kebijakan-kebijakan yang diambilnya.

Etika administrasi negara berusaha menempatkan kaidah-kaidah moral dalam menghadapi pelbagai dilema di atas, dan juga masalah-masalah yang menyangkut kedudukan pribadi seorang administrator dalam proses interaksinya dengan negara dan masyarakat. Sehingga dengan demikian diharapkan terjadi semacam sinergi yang baik dan mampu menempatkan dirinya dengan sebaik-baiknya, dimanapun tugas administrator tersebut dilaksanakan.

2. Etika, nilai dan moralitas

Dalam Kamus Teori dan Aliran Filsafat dijelaskan bahwa, etika idealisme adalah sistem atau teori moral yang dalam prinsipnya bercorak teleologis atau formal, yaitu mengakui; (1) skala nilai, asas-asas moral atau aturan-aturan perbuatan; (2) mengutamakan penilaian secara universal daripada partikular; (3) mengutamakan hal yang spiritual atau mental daripada indrawi atau materil; dan (4) mengutamakan kebebasan moral daripada hukum-hukum psikologis atau alami (Mudhofir, 1998).

Sejak zaman Yunani kuno pembahasan mengenai etika telah menjadi salah satu topik yang menarik dikemukakan oleh para filosof. Diantara filosof yang ada, Aristoteles (382-322 SM) telah menyumbangkan pemikiran-pemikiran radikalnya, seperti dalam bukunya yang berjudul "Nichomachean Ethics" (Etika Nichomachus). Dalam buku tersebut, Aristoteles menyatakan bahwa yang baik bagi setiap hal bila ia dapat mewujudkan hakekatnya yang tertinggi. Bagi manusia, hakikat kebaikan yang setinggi-tingginya ialah mewujudkan kemampuannya secara penuh sebagai manusia, melalui akal budi yang dimiliki sebagai manifestasi dari etikanya.

Pada abad pertengahan (476 -1491), Abaelardus yang terkenal sebagai "Bapak" dari Etika Skolastik membedakan antara hukum yang kodrat dan hukum positif (yang dibuat berlaku oleh manusia). Abaelardus menitikberatkan "kehendak" sebagai sumber dari etika atau kesusilaan.

Selanjutnya etika yang bersumber dari “kehendak” dipertegas oleh Augustinus bahwa kehendak itu tempatnya di atas akal, cinta kasih sayang memiliki pengertian kesucian di atas ilmu pengetahuan, dan hal ini berlaku terhadap Tuhan, sedang Tuhan itu berarti Cinta-Kasih-Sayang (Epping, dkk, 1983).

Berdasarkan pemikiran Fichte (1762-1814), filsuf Jerman yang populer sebagai filosof di zaman modern menelaah akal dalam berpikir, moral dan bahkan seluruh kebutuhan manusia telah cukup memenuhi tuntutan sebuah prinsip, yaitu etika. Menurut Fichte dasar kepribadian adalah kemauan yang dikontrol oleh kesadaran bahwa kebebasan diperoleh hanya dengan melalui kepatuhan kepada peraturan. Walaupun dihadapkan kepada rintangan-rintangan, manusia wajib merasa bahwa ia berutang pada aturan moral umum yang memungkinkannya mampu memilih yang baik (Tafsir Ahmad, 2005).

Dalam kajian kepublikan yang berkaitan dengan etika dibahas berhubungan dengan norma. Norma menurut konsep sosiologi Teori Pertukaran George Homans memberi penekanan bahwa norma tidak secara otomatis memaksa, individu akan menyesuaikan diri karena mereka merasa mendapatkan keuntungan karena penyesuaian diri tersebut.

Max Weber (1864-1920), merasa tertantang oleh determinisme ekonomi Marx yang memandang segala sesuatu dari sisi politik ekonomi. Berbeda dengan Marx, Weber dalam karya-karyanya menyentuh secara luas

ekonomi, sosiologi, politik, dan sejarah teori sosial. Weber menggabungkan berbagai spektrum daerah penelitiannya untuk membuktikan bahwa sebab-akibat dalam sejarah tak selamanya didasarkan atas motif-motif ekonomi belaka. Weber berhasil menunjukkan bahwa ide-ide religius dan etis justru memiliki pengaruh yang sangat besar dalam proses pematangan kapitalisme di tengah masyarakat Eropa, sementara kapitalisme agak sulit memantangkan diri di dunia bagian timur oleh karena perbedaan religi dan filosofi hidup dengan di barat lebih dari pada sekadar faktor-faktor kegelisahan ekonomi atas penguasaan modal sekelompok orang yang lebih kaya.

Interaksionisme Simbolik khususnya tentang Behaviorisme oleh Mead, mengemukakan bahwa perilaku atau etika unit studinya adalah "tindakan", baik yang tersembunyi maupun yang terbuka pada manusia, dimana dalam tindakan itulah semua kategori psikologis seperti perhatian, persepsi, imajinasi, alasan, emosi yang terlibat pada seluruh aktifitas keberetikaan manusia, baik dalam kehidupan sehari-hari maupun dalam berbangsa dan bernegara. (Ritzer dan Goodman, 2005).

Menurut Al-Jazairi (2003), etika berhubungan dengan empat hal, yaitu; *Pertama*, dilihat dari segi objek pembahasannya, etika berupaya membahas perbuatan yang dilakukan oleh manusia. *Kedua*, dilihat dari segi sumbernya, etika bersumber pada akal pikiran atau filsafat. Sebagai hasil pemikiran, maka etika tidak bersifat mutlak, absolute dan tidak pula universal. Ia terbatas, dapat berubah, memiliki kekurangan, kelebihan dan sebagainya.

Selain itu, etika juga memanfaatkan berbagai ilmu yang membahas perilaku manusia seperti ilmu antropologi, psikologi, sosiologi, ilmu politik, ilmu ekonomi dan sebagainya. *Ketiga*, dilihat dari segi fungsinya, etika berfungsi sebagai penilai, penentu dan penetap terhadap sesuatu perbuatan yang dilakukan oleh manusia, yaitu apakah perbuatan tersebut akan dinilai baik, buruk, mulia, terhormat, hina dan sebagainya. Dengan demikian etika lebih berperan sebagai konseptor terhadap sejumlah perilaku yang dilaksanakan oleh manusia. Etika lebih mengacu kepada pengkajian sistem nilai-nilai yang ada. *Keempat*, dilihat dari segi sifatnya, etika bersifat relative yakni dapat berubah-ubah sesuai dengan tuntutan zaman.

Menurut Teichman (1998), prinsip dasar dari etika ada dua, yaitu; prinsip yang memandang manusia sebagai makhluk yang intrinsik berharga, dalam arti religius ataupun sekuler dan manusia yang kodrati. Pada prinsipnya etika dipandang sebagai koleksi dari prinsip-prinsip atau pandangan moral tentang tindakan-tindakan yang dapat atau tidak dapat diterima mengenai satu aktivitas tertentu seseorang atau kelompok orang (Salusu, 1996).

Ilmu secara moral harus ditujukan untuk kebaikan manusia tanpa merendahkan martabat atau merubah hakekat kemanusiaan. Masalah moral tidak bisa dilepaskan dengan tekad manusia untuk menemukan kebenaran, sebab untuk menemukan kebenaran dan terlebih lagi untuk mempertahankan kebenaran, diperlukan keberanian moral. Tanpa landasan moral, maka

ilmuan mudah sekali tergelincir dalam melakukan prostitusi intelektual (Suriasumantri, 1996).

Menurut Muhadjir (2001), kapasitas moral makhluk manusialah yang membuat manusia mampu membuat kesepakatan moral. Ketika tiada penyimpangan yang merugikan orang banyak, tidak dibuat undang-undang. Ketika mulai banyak penyimpangan yang merugikan orang banyak maka dibuat undang-undang baru. Dalam teori hukuman sebagai wahana pendidikan moral, dinyatakan bahwa hukuman sebagai proses reformasi, dimana penjara atau lembaga pemasyarakatan dapat dijadikan sebagai tempat pendidikan moral bagi terpenjara dan perlu diberikan pendidikan moral dan agama agar keyakinan dan pandangannya dapat diperbaharui serta hidupnya disegarkan (Ohiotimur, 1997).

Etika dapat diartikan sebagai kumpulan asas atau nilai moral yang secara normatif dapat digunakan untuk merumuskan prinsip-prinsip etis yang dapat dipertanggungjawabkan dengan cara rasional dan dapat diimplementasikan dalam tatanan sebuah lembaga, berupa kode etik. Seperti yang diterapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 1986, dengan menerbitkan sebuah kode etik untuk rumah sakit yang diberi nama "Etika Rumah Sakit Indonesia" atau disingkat ERSI (Bertens K, 2007).

Menurut Solomon (1987), terdapat perbedaan antara etika dengan moral. Etika bersumber pada dua hal, yaitu; 1) berkenaan dengan disiplin ilmu yang mempelajari nilai-nilai yang dianut oleh umat manusia beserta

pembenarannya dan dalam hal ini etika merupakan salah satu cabang filsafat. 2) etika merupakan pokok permasalahan di dalam disiplin ilmu itu sendiri yaitu nilai-nilai hidup dan hukum-hukum yang mengatur tingkah laku manusia. Sedangkan moral, dalam pengertiannya yang umum memberi penekanan kepada karakter dan sifat-sifat individu yang khusus dan bersifat spontan, seperti rasa kasih sayang, kemurahan hati, kebesaran jiwa dan sebagainya, yang domainnya di luar ketaatan kepada peraturan-peraturan atau tidak terdapat pada ketentuan-ketentuan hukum. Oleh karena itu menurut Wahyudi Kumorotomo (2005), orang yang mengingkari janji dari apa yang telah diucapkannya dapat dianggap sebagai orang yang tidak bisa dipercaya atau tidak etis, tetapi bukan berarti orang tersebut tidak bermoral.

Dewasa ini kita hidup di dunia yang semakin muram, di mana nilai-nilai demokratik, menghadapi tantangan yang lebih besar ketimbang masa-masa sebelumnya. Dan bahkan kita sekarang hidup di masa ketika kelangsungan hidup manusia sedang dipertaruhkan. Dalam keadaan seperti ini kita perlu mengembangkan strategi untuk mempertahankan dan memperluas nilai-nilai kita dengan menggunakan sumber daya intelektual kita yang terbatas (Parsons, 2005).

Max Weber dalam makalahnya "*Science a vocation*" menulis bahwa; pembelaan ilmu pada bidang praktis pada prinsipnya tak bermakna karena beragam nilai dunia berada pada konflik yang tidak bisa diperbaiki satu sama lain, dan sekarang kita menyadari bahwa sesuatu dapat dikeramatkan bukan

hanya terlepas dari ketidakindahannya, tetapi lebih karena sejauh hal itu tidak indah, ini adalah bagian dari kebijaksanaan sehari-hari bahwa sesuatu hal itu mungkin benar meskipun ia tidak indah, tidak suci dan tidak bagus, ini hanyalah kasus yang paling sepele mengenai perjuangan antara Dewa-dewa dari berbagai aturan dan nilai-nilai (Turner, 2000).

Menurut Ali (2006), model hubungan kemanusiaan dalam organisasi didorong oleh sejumlah nilai yang menjadi energi dan motivasi pengembangannya, yaitu;

- a. Nilai kepuasan kerja, yaitu nilai-nilai berperilaku individu dalam organisasi.
- b. Nilai perkembangan pribadi, yaitu nilai-nilai individual yang secara psikologis harus dipertimbangkan dalam keteraturan.

Etnometologi telah mengembangkan suatu konklusi bahwa aturan-aturan tidak bisa diterima begitu saja, tetapi diinterpretasikan dan direkonstruksi sedemikian rupa dan dengan cara yang berbeda dalam situasi yang berbeda-beda pula (Craib, 1994)

Marxisme berdasarkan teori Pavlov membuat sebuah kesimpulan bahwa kesadaran itu berkembang sesuai dengan kondisi-kondisi eksternal. Hal ini disebabkan oleh hasil dari aksi-aksi refleksif terkondisikan yang dibangkitkan oleh stimulus eksternal (Ash-Shadr, 1993). Tujuan berpikir adalah mengatur dunia internal kita dengan dunia eksternal supaya

memenuhi dan meningkatkan nilai kita. Tujuan tindakan adalah melaksanakan pemikiran itu (Edward, 1996).

Al-Ghazali memberi perumpamaan, bahwa untuk setiap sesuatu yang diketahui mengandung suatu kebenaran adalah dengan melihat sebuah gambar pada kaca cermin hati, yang merupakan rumah pengetahuan, yang bisa jadi akan kehilangan kemampuan jika dipengaruhi oleh kegelapan karena adanya dosa-dosa dan hawa nafsu (Ghulsyani, 1991).

Thompson dan Smithburg (1991), mengemukakan bahwa;

.....the most important of value premises that we will encounter repeatedly in organization decisions are (1) the organizations objectives, (2) the criterion of efficiency, (3) standards of fair play, and (4) the personal values of the individual making the decision.

Hal yang paling penting dari nilai-nilai lingkungan yang perlu diperhatikan bahwa kita akan mengambil keputusan organisasi dengan cepat bila menyangkut hal-hal; (1) tujuan organisasi, (2) kriteria efisiensi, (3) standar-standar umum dalam suatu kegiatan, dan (4) nilai-nilai pribadi dari orang-orang yang mengambil keputusan.

2. Teori Etika, nilai, moral dan norma-norma

Geuras dan Garofalo (2005), memulai pembahasan tentang teori etika dengan beberapa pertanyaan;

1) what character traits does this action express? 2) what effect will this action on my character? 3) what effect will this action have on the character of other people? dan 4) is this action of person whose character I would admire?

Mulai dengan pertanyaan; 1) karakter watak yang seperti apa yang jelas dinyatakan dalam tindakan? 2) apa pengaruh tindakan tersebut terhadap karakter pribadi saya? 3) apa pengaruh yang akan ditimbulkan tindakan ini terhadap karakter orang lain? 4) apakah tindakan orang ini yang akan saya perdulikan?

Kemudian dilanjutkan dengan *while we encourage you to ask all these question, for the sake of brevity, we will examine the issues more generally on the basis of the approaches of teleology, deontology, institutions, and virtue theory*. Dalam hal ini, Ketika kami memberi semangat dengan menanyakan semua pertanyaan itu, kami meringkas dengan menguji isu-isu secara lebih umum dengan berdasar pada pendekatan teleology, deontology, institusi dan teori tentang hal-hal yang baik.

Teori etika dalam perspektif filsafat akan selalu berkaitan dengan; 1) *hedonisme*; yang berkaitan dengan pertanyaan ‘apa yang menjadi hal baik bagi manusia’? Jawabannya adalah “kesenangan”, 2) *eudemonisme*; pandangan yang berasal dari Aristoteles ini menyatakan bahwa makna terakhir bagi hidup manusia adalah “kebahagiaan”, 3) *utilitarisme*; pandangan yang menyatakan bahwa keberetikaan suatu tindakan harus ditentukan dengan menimbang “kegunaannya” dalam mencapai kebahagiaan umat manusia, dan 4) *deontologi*; yang berpandangan bahwa etika selalu memperhatikan “hasil” dari apa yang harus dilakukan yang bertolak pada “kewajiban” (Bertens K, 2007).

a. Naturalisme

Paham ini berpendapat bahwa sistem-sistem etika dalam kesusilaan mempunyai dasar alami, yaitu pembenaran-pembenaran hanya dapat dilakukan melalui pengkajian atas fakta dan bukan atas teori-teori yang sangat metafisis. Naturalisme juga berpendapat bahwa manusia pada kodratnya adalah "baik", sehingga ia harus dihargai dan menjadi ukuran. Tampak bahwa naturalisme ingin bertolak dari sesuatu yang ditinjau secara psikologis dapat diamati sehingga dapat mendasarkan diri pada pengalaman. Dengan begitu, diharapkan penjabaran atas perilaku akan memperoleh asas yang tetap. Namun, kelemahan yang muncul ialah bahwa pandangan seperti ini dalam kenyataan menjabarkan "yang seharusnya" dari "yang ada", suatu alur pemikiran yang bisa menyesatkan. Aliran ini mengilhami paham *vitalisme* (*vita* = kehidupan) yang salah seorang tokohnya adalah Nietzsche. Vitalisme berpendapat bahwa perilaku yang baik ialah perilaku yang menambah daya hidup, sedangkan perilaku yang buruk adalah yang merusak daya hidup. Paham ini mengundang kritik karena sistem kefilosofannya yang mengandung pertentangan logika. Vitalisme menginginkan kehidupan alami, tetapi justru menginginkan kematian roh. Ia menganggap daya hidup manusia sebagaimana halnya daya hidup pada binatang, sehingga asumsi-asumsi yang dibuatnya jelas sangat *absurd*. Betapapun manusia tidak punya pilihan lain, ia hanya dapat hidup sebagai makhluk rohani. Jika

dia memaksakan diri untuk hidup semata-mata secara alami, maka akan binasalah martabatnya sebagai manusia.

b. Individualisme

Emmanuel Kant adalah salah seorang filsuf yang senantiasa menekankan bahwa setiap orang bertanggung jawab secara individual bagi dirinya. Memang esensi individualisme adalah ajaran bahwa di dalam hubungan sosial yang paling pokok adalah individunya. Segala interaksi dalam masyarakat harus dilakukan demi keuntungan individu. Dampak positif dari individualisme adalah terpacunya prestasi dan kreativitas individu. Orang akan memiliki etos kerja yang kuat dan selalu ingin berbuat yang terbaik bagi dirinya. Namun, di sisi lain ia juga mengandung dampak negatif dengan kecenderungan bahwa setiap orang akan mementingkan diri sendiri atau bersikap egosentris. Pandangan yang mirip dengan individualisme muncul dari orang-orang yang menganut paham liberalisme. Liberalisme berpendapat bahwa setiap individu berhak menentukan hidupnya sendiri. Setiap orang punya hak untuk bertindak sesuai dengan pilihan batinnya dan tidak boleh dihalangi oleh siapa pun juga. Cara hidup seseorang bukan merupakan tanggung jawab dari orang lain dan begitu pula sebaliknya. Pandangan ini bermula dari keyakinan bahwa pada dasarnya setiap manusia terlahir bebas. Masalahnya adalah bahwa pilihan tindakan yang diambil oleh seseorang

acap kali mengganggu kebebasan orang lain yang bertindak sesuai dengan pilihannya pula. Jadi, bagaimanapun juga kebebasan itu ada batasnya. Yang diperlukan dalam kaitan ini adalah kemampuan sistem sosial untuk melindungi hak-hak negatif ini yang berupa hak-hak untuk tidak terganggu oleh campur tangan orang lain (*the rights of noninterference*).

c. Hedonisme

Titik tolak pemikiran hedonisme ialah pendapat bahwa menurut kodratnya manusia selalu mengusahakan kenikmatan (bahasa Yunani, *hedone*= kenikmatan), yaitu bila kebutuhan kodrati terpenuhi, orang akan memperoleh kenikmatan sepuas-puasnya. Pendapat ini bermula dari pandangan Aristippus, seorang pendiri mazhab Cyrene (sekitar 400 SM) dan juga Epicurus (341-271 SM), bahwa mencari kesenangan merupakan kodrat manusia. Sayangnya, dalam kenyataan kita melihat bahwa kaum hedonis tidak pernah mencapai tujuannya. Bukti-bukti yang menunjukkan bahwa manusia akan senantiasa mengejar kenikmatan ternyata tidak lengkap. Upaya manusia sesungguhnya yang dilakukan oleh manusia adalah "hal-hal yang menimbulkan kenikmatan", tetapi bukan kenikmatan itu sendiri. Ia tidak menyingkiri rasa sakit melainkan menyingkiri sesuatu yang menimbulkan rasa sakit. Sempalan pemikiran dari paham hedonisme antara lain terungkap dalam pola *materialisme*. Gagasan utamanya ialah bahwa pada dasarnya alat pokok untuk memenuhi kepuasan manusia adalah

materi, manusia tidak lagi memiliki hakikat sebagai manusia jika melepaskan diri dari materi; selain itu, terdapat pula paham yang bermula dari tulisan Karl Marx, yang biasa disebut sebagai marxisme. Ada kemiripan antara paham ini dengan hedonisme dan materialisme, hanya saja marxisme mencoba membalikkan logika etisnya dari fakta bahwa setiap manusia memiliki rasa lapar, memiliki kehendak untuk melestarikan diri atau untuk hidup. Lebih lanjut marxisme melihat bahwa pertimbangan kesusilaan seringkali ditentukan oleh kepentingan. Apakah seseorang memandang politik pajak dari seorang menteri keuangan bermoral atau tidak bermoral, kerap kali tergantung kepada jumlah pajak yang harus dibayarnya seperti yang tertera dalam surat penetapan pajak. Akan tetapi, betapapun sempurnanya dalih yang dikemukakan paham-paham ini, ternyata masih mengandung banyak kelemahan. Biar bagaimanapun manusia tidak serendah binatang di dalam memenuhi hasratnya untuk meraih kenikmatan, kesenangan, atau kepentingannya. Ada banyak faktor yang berada di belakang setiap perilaku manusia.

d. Eudaemonisme

Eudaemonisme berasal dari kata Yunani, yaitu *demon* yang bisa berarti roh pengawal yang baik, kemujuran atau keuntungan. Orang yang telah mencapai tingkatan. "eudaemonia" akan memiliki keinsyafan tentang kepuasan yang sempurna, tidak saja secara jasmani tetapi juga rohani.

Eudaemonisme mencita-citakan suasana batiniah yang disebut "bahagia". ia mengajarkan bahwa kebahagiaan merupakan kebaikan tertinggi (*prima facie*). Manusia yang hidup di dunia ini sesungguhnya hanya mencari satu kata: bahagia, yang menjadi persoalan ialah bahwa kata "bahagia" itu sendiri selalu bermakna ganda dan kebahagiaan terlalu sulit untuk diukur. Kenyataannya kita sering menyaksikan bahwa orang yang menjadikan kebahagiaan sebagai tujuan hidup akan tergantung kepada keadaan sebab hanya sebagian kecil yang dapat dikuasainya. Lebih dari itu, secara psikologis manusia ternyata tidak semata-mata mengusahakan kebahagiaan, ada juga orang yang lebih menyenangi nestapa untuk mencari tujuan hidup. Jika orang melakukan kewajiban berdasarkan kasih sayang dan ketaatan, tentunya ia bukan sedang mencari kebahagiaan. Sebuah ungkapan ironis barangkali dapat menggambarkan masalahnya: "Barang siapa berbuat kebaikan untuk kebahagiaan berarti kehilangan kebahagiaan". Kaum Stoa, yang mengajarkan *Stoisisme*, pernah mengemukakan bahwa untuk mencapai kebahagiaan manusia harus menggunakan akal pikirannya. Konsepsi pencukupan kebutuhan diri sendiri (*autarkies*) hanya dapat dilaksanakan bila sepenuhnya manusia menguasai perasaannya dan memunculkan akalnya sebagai pedoman utama. Keberatan yang dapat diketengahkan atas pemikiran *Stoisisme* ini ialah bahwa dalam kenyataan tidak mungkin ada manusia yang tidak terpengaruh oleh apa pun. Kebijaksanaan yang sempurna tak pernah dimiliki

oleh seorang anak manusia. Hal lain yang menunjukkan kelemahan stoisisme adalah ketakutannya akan perasaan. Padahal keutuhan manusia akan sirna jika ia sudah tak memiliki rasa. Seorang manusia yang berusaha mengendapkan perasaan, mencari "kebijaksanaan", atau hidup menyendiri terkadang tidak lebih dari seorang pengecut yang tidak berani menghadapi tantangan dalam masyarakat ramai serta menghindar dari permasalahan yang sebenarnya.

f. Utilitarianisme

Salah satu paham yang sampai sekarang menjadi bahan perdebatan di kalangan filsuf. Pembela utama dari ajaran Utilitarianisme adalah Jeremy Bentham (1748-1832) dan John Stuart Mill (1806-1873). Utilitarianisme mengatakan bahwa ciri pengenal kesusilaan adalah manfaat dari suatu perbuatan. Suatu perbuatan dikatakan baik jika membawa manfaat atau kegunaan, berguna artinya memberikan kita sesuatu yang baik dan tidak menghasilkan sesuatu yang buruk. Ungkapan utilitarianisme yang terkenal berasal dari Jeremy Bentham: *"the greatest happiness of the greatest number"*. Terhadap paham ini pun ternyata bisa diajukan beberapa keberatan ilmiah dan titik-tolak utilitarianisme sebenarnya tidak menguntungkan. Ia tidak mengatakan kapan perbuatan yang baik ditinjau dari segi kesusilaan dapat disebut perbuatan berguna atau bermanfaat dan kita dapat menyaksikan bahwa sesuatu yang bermanfaat

tidak pernah berdiri sendiri. Obat dapat bermanfaat bagi orang yang sakit tetapi merugikan bagi orang yang sehat. Dengan demikian pengertian manfaat tak pernah mencapai kesepakatan mutlak. Aliran pemikiran yang serupa dengan utilitarianisme antara lain *pragmatisme* (Yunani; *pragma* = perbuatan/ tindakan), berpendapat bahwa yang benar itu dibuktikan dengan kegunaannya, dan *empirisme* yang mengajarkan manusia untuk melihat manfaat-manfaat nyata dari tindakan bermoral berdasarkan akalnyanya. Selain itu, terdapat pula *positivisme* yang menerjemahkan nilai-nilai manfaat secara kuantitatif. Perkembangannya di zaman modern kemudian menghasilkan neo-positivisme atau *scientisme* yang menghubungkan kebenaran dan kegunaan berdasarkan ilmu, bahwa di luar ilmu tidak ada kebenaran. Seperti telah diuraikan, paham-paham ini di samping memiliki keunggulan ternyata juga mengandung kelemahan di sana-sini.

g. Idealisme

Paham ini timbul dari kesadaran akan adanya lingkungan normativitas bahwa terdapat kenyataan yang bersifat normatif yang memberi dorongan kepada manusia untuk berbuat. Salah satu keunggulan dari ajaran idealisme adalah pengakuannya tentang dualisme manusia, bahwa manusia terdiri dari jasmani dan rohani. Berdasarkan aspek cipta, rasa, dan karsa yang terdapat dalam batin manusia, kita dapat membagi

tiga komponen idealisme. Pertama disebut *idealisme rasionalistik* yang mengatakan bahwa dengan menggunakan pikiran dan akal, manusia dapat mengenal norma-norma yang menuntun perilakunya. Kedua adalah *idealisme estetik*, bertolak dari pandangan bahwa dunia serta kehidupan manusia dapat dilihat dari perspektif "karya seni". Dunia ini merupakan "kosmos" yang secara harfiah berarti ketertiban atau hiasan. Dengan demikian, manusia merupakan makhluk yang serba laras. Lalu yang ketiga disebut *idealisme etik*, pada intinya ingin menentukan ukuran-ukuran moral dan kesusilaan terhadap dunia dan kehidupan manusia. Paham ini mengajarkan norma-norma moral yang berlaku bagi manusia dan menuntut manusia untuk mewujudkannya bahwa roh senantiasa mempunyai nilai tertinggi dan kekuasaan yang lebih besar.

Dari seluruh pembahasan tentang pelbagai aliran yang mendasari etika ini tampak bahwa setiap ajaran di samping memiliki keunggulan ternyata juga memiliki kelemahannya masing-masing. Pragmatisme, misalnya, dalam beberapa segi mempunyai keuntungan sebab kita akan mampu bertindak dan menafsirkan sesuatu secara cepat. Ini akan bermanfaat untuk membuat penilaian dalam keadaan mendesak serta mengambil keputusan dengan cepat. Namun, tindakan seperti itu terkadang terlalu gegabah dan tidak berdasar sama sekali. Hanya karena waktu seorang pejabat dapat melaksanakan tindakan-tindakan pengusaran tanpa mempertimbangkan anjuran-anjuran pihak legislatif dan melanggar norma

etis. Jelas bahwa dalam berbagai kasus kita pun harus bersikap idealis dan mendahulukan moralitas. Akan tetapi, sering terjadi bahwa orang yang terlalu idealis seringkali tidak melakukan tindakan apa pun, suatu perbuatan lemah yang menurut paham utilitarian mungkin dianggap tak berguna. Di tengah suasana kehidupan modern yang kompleks sekarang ini, orang tidak bisa selalu mementingkan rohani yang justru mengakibatkan ketakutan untuk bertindak memecahkan masalah-masalah sosial. Untuk itu, kita mesti pandai-pandai mempergunakan penerapan masing-masing aliran guna memperoleh hasil yang maksimal. Dalam membicarakan filsafat sosial politik dan masalah-masalah kenegaraan, Menurut Beck (1967), tidak kurang dari 9 perangkat analisis. Aliran-aliran yang digunakan sebagai sarana itu adalah realisme klasik, positivisme, liberalisme, utilitarianisme, idealisme, komunisme, pragmatisme, eksistensialisme dan filsafat analitis. Kajian-kajian tentang masalah kemasyarakatan kiranya akan lebih mengena jika memakai landasan pemikiran yang menyeluruh. Dalam hal norma-norma etika pun, kita selalu mengenal pola serba dua antara *yang seharusnya* dan *yang ada*. Hanya saja, untuk maksud pembahasan kita, ditinjau dari segi etika ajaran idealisme mestinya dipandang lebih tinggi. Kita hendak membahas persoalan-persoalan kemasyarakatan dengan ketentuan-ketentuan normatif sebagai acuan.

Dalam sejarah peradaban manusia sejak abad ke-4 Sebelum Masehi para pemikir telah mencoba menjabarkan berbagai corak landasan etika sebagai pedoman hidup bermasyarakat. Gagasan-gagasan itu kemudian terkumpul dalam sejumlah *great ideas* (The Liang Gie, 1986, menerjemahkannya dengan "ide agung") yang sesungguhnya bermula dari kesepakatan terminologis mengenai segala sesuatu yang melandasi moralitas manusia. Sebuah buku berjudul *The Great Ideas: A Syntopicon of Great Books of the Western World* yang terbit pada tahun 1952 memuat 120 ide agung dan menyajikan pembahasan menyeluruh atas masing-masing ide tersebut. Adler (1981), mengungkapkan enam ide agung sebagai sebuah penajaman, yaitu;

a. Keindahan (*beauty*)

Prinsip-prinsip estetika mendasari segala sesuatu yang mencakup penikmatan rasa senang terhadap keindahan. Banyak filsuf mengatakan bahwa hidup dan kehidupari manusia itu sendiri sesungguhnya merupakan keindahan. Keindahan alamiah dapat dihayati dari kenyataan bahwa perilaku alam beserta benda mati, tumbuhan, dan hewan yang terdapat di dalamnya itu mematuhi hukum-hukum tertentu dari Sang Pencipta. Sementara itu, keindahan artistik bersumber pada pemahaman jiwa manusia terhadap alam semesta. Ia merupakan hasil kecintaan manusia terhadap pola-pola yang menarik dari pengertiannya

mengenai pola alami. Seorang seniman sebenarnya tidak mencipta keindahan, tetapi dengan emosinya yang kuat ia mampu menangkap interaksi-interaksi yang terdapat di alam bebas dan kemudian mengungkapkannya dalam bentuk yang lebih jelas hingga dapat dimengerti oleh orang lain. Dalam kehidupan sosial kita dapat menyaksikan bahwa orang lebih menyenangi cinta kasih, kerja sama antar-manusia, gotong-royong, kedamaian, dan kehidupan yang berdasarkan saling membantu. Maka kasih sayang, kedamaian, dan kesejahteraan itu sesungguhnya merupakan unsur-unsur keindahan.

b. Persamaan (*equality*)

Hakikat kemanusiaan menghendaki adanya persamaan antara manusia yang satu dengan yang lain. Setiap manusia yang terlahir di bumi ini serta-merta memiliki hak dan kewajiban masing-masing, tetapi sebagai manusia ia adalah sama atau sederajat. Ada beberapa ukuran yang hanya bisa dikategorikan, tetapi tidak dapat dijadikan dasar untuk membedakan manusia, antara lain: ras dan jenis kelamin. Kita mengenal empat ras utama yang hidup di muka bumi ini (*mongoloid, kaukasoid, negroid, dan australoid*), tetapi itu sama sekali tidak dapat dijadikan ukuran untuk membedakan bahwa satu ras lebih unggul dari yang lain. Oleh sebab itu, politik *apartheid* di mana pun tidak dapat dibenarkan. Perbudakan antarmanusia hendaknya juga dihapuskan dari muka bumi. *No one is*

anyone else's master, and no one is anyone's slave. Konsekuensi dari ajaran persamaan ras juga menuntut persamaan di antara beraneka ragam etnis. Watak, karakter, atau pandangan hidup masing-masing etnis di dunia ini memang berlain-lainan namun kedudukannya sebagai suatu kelompok masyarakat adalah sama, Tuhan juga telah menciptakan manusia menjadi dua macam jenis kelamin, pria dan wanita, dengan bentuk fisik yang berlainan. Dalam kehidupan modern kita hanya dapat membedakan tugas spesifik dari kedua macam jenis kelamin ini, tetapi dalam hal ini tidak ada perbedaan derajat antarkeduanya. Pembedaan tugas secara seksual dapat saja dilakukan, namun itu bukan berarti pembedaan derajatnya.

c. Kebaikan (*goodness*)

Lacey (1976), mengungkapkan bahwa secara umum kebaikan berarti sifat atau karakterisasi dari sesuatu yang menimbulkan pujian. Perkataan baik (*good*) mengandung sifat-sifat seperti persetujuan, pujian, keunggulan, kekaguman, atau ketepatan. Dengan demikian, ide agung kebaikan sangat erat kaitannya dengan hasrat dan cita manusia. Apabila orang menginginkan kebaikan dari suatu ilmu pengetahuan, misalnya, ia akan mengandaikan objektivitas ilmiah, kemanfaatan pengetahuan, rasionalitas, dan sebagainya. Jika menginginkan kebaikan tatanan sosial, maka yang diperlukan adalah sikap-sikap sadar hukum, saling menghormati, perilaku yang baik (*good habits*), dan sebagainya, jadi lingkup dari ide kebaikan

sangat universal. Kebaikan ritual dari agama yang satu mungkin berlainan dengan agama yang lain. Namun, kebaikan agama yang berkenaan dengan masalah-masalah kemanusiaan, hormat menghormati dengan sesama, berbuat baik kepada orang lain, kasih sayang, dan sebagainya, merupakan nilai-nilai kebaikan yang sudah pasti diterima oleh semua pihak. Lawan dari ide agung kebaikan adalah keburukan (*evil*). Perbuatan disebut buruk jika itu merugikan diri sendiri dan orang lain sehingga hati nurani manusia pada umumnya menghindari perbuatan-perbuatan yang buruk.

d. Keadilan (*justice*)

Suatu definisi tertua yang hingga sekarang masih relevan untuk merumuskan keadilan (*justice*) berasal dari zaman Romawi kuno adalah:

"justitia est cons fans et perpetua voluntas jus suum cuique tribuendi"

(keadilan ialah kemauan yang tetap dan kekal untuk memberikan kepada setiap orang apa yang semestinya).

Definisi inilah yang menjadi landasan bagi Plato untuk menguraikan teori-teori mengenai keadilan dalam bukunya *Res Publica*. Keadilan merupakan substansi rohani umum dari suatu masyarakat yang menciptakan dan menjaga kesatuannya. Masyarakat akan adil bila setiap anggotanya melakukan segala sesuatu yang terbaik menurut kemampuannya beserta fungsi yang selaras baginya. Negara yang adil memungkinkan setiap warga negara dapat melaksanakan satu fungsi

dalam masyarakat yang paling cocok baginya. Dalam perkembangannya, banyak filsuf yang merinci teori keadilan dari berbagai segi. Aristoteles, misalnya, mengatakan bahwa keadilan merupakan kelayakan dalam tindakan manusia, dan merinci empat macam keadilan: keadilan komutatif, keadilan distributif, keadilan sosial dan keadilan hukum. Sementara itu, Rawls (1971), mengemukakan dua asas keadilan. *Pertama*, bahwa setiap orang hendaknya memiliki hak yang sama atas kebebasan dasar. *Kedua*, bahwa perbedaan sosial ekonomi hendaknya diatur sehingga memberi manfaat terbesar bagi mereka yang berkedudukan paling tak menguntungkan serta bertalian dengan jabatan atau kedudukan yang terbuka bagi semua orang berdasarkan persamaan kesempatan yang layak. Di luar itu, masih banyak teori-teori keadilan yang dikemukakan oleh para pemikir. Semakin kompleksnya permasalahan sosial mengharuskan munculnya teori-teori dan konsep-konsep keadilan baru yang mampu menjawab setiap permasalahan tersebut.

e. Kebebasan (*liberty*)

Secara sederhana kebebasan dapat dirumuskan sebagai keleluasaan untuk bertindak atau tidak bertindak berdasarkan pilihan-pilihan yang tersedia bagi seseorang. Kebebasan muncul dari doktrin bahwa setiap orang memiliki hidupnya sendiri serta memiliki hak untuk bertindak menurut pilihannya sendiri kecuali jika pilihan-pilihan tindakan tersebut

melanggar kebebasan yang sama dari orang lain. Itulah sebabnya, hukum sesungguhnya tidak dimaksudkan untuk membatasi kebebasan tetapi justru untuk menjamin kebebasan itu sendiri (Magnis, 1987). Kebebasan ditantang manakala berhadapan dengan kewajiban moral. Dalam kaitan ini hal yang selalu dituntut untuk diperolehnya suatu kebebasan adalah tanggung jawab. Seorang Walikota memiliki kekuasaan dan kebebasan untuk mengambil kebijakan-kebijakan yang menyangkut wilayahnya. Nasib warga kota atau wujud perkembangan wilayah yang dikuasainya mungkin sepenuhnya tergantung kepada apa yang dikatakan atau ditentukan oleh walikota tersebut. Akan tetapi, kebebasan yang dimilikinya juga mensyaratkan tanggung jawab. Jika kebijakan yang diambil oleh walikota itu gagal, maka dialah yang pertama-tama mempertanggungjawabkan kegagalan tersebut. Oleh karena itu, kebebasan manusia mengandung pengertian: (1) kemampuan untuk menentukan diri sendiri; (2) kesanggupan untuk mempertanggungjawabkan per-buatan; (3) syarat-syarat yang memungkinkan manusia untuk melak-sanakan pilihan-pilihannya beserta konsekuensi dari pilihan itu.

Oleh karena itu, tidak ada kebebasan tanpa tanggung jawab, dan begitu pula sebaliknya tidak ada tanggung jawab tanpa kebebasan. Semakin besar kebebasan yang dimiliki oleh seseorang, semakin besar pula tanggung jawab yang mesti dipikulnya.

f. Kebenaran (*truth*)

Ide kebenaran biasanya dipakai dalam pembicaraan mengenai logika ilmiah, sehingga kita mengenal kriteria kebenaran dalam berbagai cabang ilmu semisal matematika, ilmu fisika, biologi, sejarah, dan juga filsafat. Namun, ada pula kebenaran mutlak - yang hanya dapat dibuktikan dengan keyakinan, bukan dengan fakta - yang ditelaah oleh teologi dan ilmu agama. Dalam kajian selanjutnya, kebenaran akan kita tinjau berdasarkan logika filosofis dengan mempertanyakan esensi dari nilai-nilai moral beserta pembedaannya dalam kehidupan sosial. Kita hendaknya mampu menjembatani antara kebenaran dalam pemikiran (*truth in the mind*) dan kebenaran menurut kenyataan (*truth in reality*). Betapapun, doktrin-doktrin etika tidak selalu dapat diterima oleh orang awam apabila kebenaran yang terdapat di dalamnya belum dapat dibuktikan.

Plato mengemukakan bahwa untuk membuka kesadaran gaya hidup yang bermutu, yang menunjukkan kebahagiaan, tidak akan tercapai melalui egoisme dan pemuasan nafsu, melainkan melainkan dengan mengangkat diri melalui nilai-nilai yang abadi (Magnis, 1998).

Emile Durkheim mengungkapkan skeptisismenya tentang moral, dengan mengungkapkan bahwa dalam upaya kita menyempurnakan hukum pelbagai perubahan yang dengannya keutamaan moral telah menjadi masa lalu, ilmu pengetahuan memungkinkan kita mengantisipasi terjadinya

pelbagai perubahan itu, yang memang dituntut oleh tatanan pelbagai hal yang baru (Beilharz, 2005).

Dalam hal lain Durkheim berpendapat bahwa masyarakat bukanlah sekadar jumlah total individu-individu, dan bahwa sistem yang dibentuk oleh bersatunya mereka itu merupakan suatu realitas spesifik yang memiliki karakteristiknya sendiri. Misalnya suatu partai politik atau suatu gereja, disamping terdiri dari anggota-anggota individual juga memiliki struktur, sejarah, pandangan-dunia dan kultur yang terlembaga, yang tidak dapat diterangkan dalam kerangka psikologi individual. Kalau kita berangkat dari individu, ujar Durkheim, kita tak akan bisa memahami apa yang terjadi dalam suatu kelompok. Ia sama sekali menolak gagasan bahwa masyarakat bermula dari kontrak sosial antar-individu, dan menyatakan bahwa dalam seluruh proses evolusi sosial belum pernah ada satu masa pun di mana individu-individu diarahkan oleh pertimbangan yang cermat untuk bergabung ataupun tidak bergabung ke dalam kehidupan kolektif, atau ke dalam kehidupan kolektif yang satu daripada yang lain. Bagi Durkheim, masyarakat (prinsip asosiasi) adalah yang utama, dan karena masyarakat secara tak terbatas mengungguli individu dalam ruang dan waktu, maka masyarakat berada pada posisi menentukan cara bertindak dan berpikir terhadapnya (Beilharz, 2005).

Menurut Nibert Elias, jika dalam suatu wilayah tertentu kekuasaan otoritas pusat berkembang, jika di atas suatu area yang lebih besar atau lebih

kecil orang-orang dipaksa untuk hidup damai satu sama lain, maka perwujudan efek-efek serta standar-standar tuntutan yang dikenakan pada pengelolaan emosional berangsur-angsur berubah pula (Beilharz, 2005; Burke, 2003).

Dalam Mazhab Frankfurt dikemukakan bahwa persoalan mengenai hubungan antara kehidupan ekonom, masyarakat, perkembangan psikologis individu-individunya serta perubahan di dalam area-area kebudayaan tertentu, yang tidak hanya mencakup warisan intelektual yang berupa ilmu pengetahuan, seni dan agama, tetapi juga mencakup hukum, adat kebiasaan, fashion, opini publik, olah raga, hiburan, gaya hidup, dan sebagainya (Bronner dan Kellner, 1989).

Dalam konteks reformasi birokrasi, ruang lingkupnya tidak hanya terbatas pada proses dan prosedur, tetapi juga mengaitkan perubahan pada tingkat struktur dan sikap serta tingkah laku (*the ethics being*). Menurut Sudana, hal ini berarti menyangkut permasalahan yang bersinggungan dengan authority atau formal power (kekuasaan). Maka; 1) perlu pemikiran pembenahan dan pengembalian fungsi dan misi birokrasi kepada konsep, makna, prinsip yang sebenarnya. 2) birokrasi sebagai komponen pemerintah harus dikembalikan lagi untuk hanya terfokus kepada fungsi, tugas prinsip pelayanan publik (*public service*). Dengan demikian, birokrasi akan menjadi lebih lincah dan jelas kinerja atau performancenya. Tidak saja kinerja organisasi atau lembaganya tetapi juga memudahkan untuk membuat

performance indicators dari masing-masing aparat atau birokrat. 3) perlu adanya kebijakan presiden melalui political will melakukan reformasi di bidang birokrasi, dengan melepaskan birokrasi dari fungsi dan tugas dan misi sesungguhnya tidak termasuk dalam kewenangannya. 4) Tetapi juga untuk melepaskan birokrasi sebagai alat politik (netralitas), serta membebaskan birokrasi untuk bersinergi dan berinteraksi dengan *customer's oriented* yang pada hakikatnya adalah kepentingan pelayanan untuk masyarakat (<http://www.balipost.co.id/balipostcetak>, diakses, 22 Agustus 2009).

Syafiie (2006), mengemukakan bahwa apabila kita akan mengkaji etika, maka kita akan bergelut dengan kegiatan hati (*qolbu*), nilai (*value*), jiwa (*nafs*), sikap (*attitude*), mulai dari kegiatan memperhatikan fenomena yang sederhana sampai dengan yang kompleks yang menyentuh kepribadian dan hati nurani.

Habermas mengemukakan bahwa, terdapat relasi yang disengaja antara makna, penggunaan, dan validasi; dalam aktivitas komunikatif intersubjektif sehari-hari, pengakuan atas norma-norma sosial yang terkandung dalam bahasa serta kesesuaian norma-norma tersebut dengan konteks sosial terus-menerus diperhatikan. Selanjutnya Habermas menambahkan bahwa aspek moral-praktis yang bersumber dari tanggung jawab subjek yang bertindak serta norma-norma tindakan yang bisa dibenarkan (untuk mengungkapkan) kejujuran ekspresi-ekspresi intensional dan kebaikan norma-norma. Dalam hal ini, karena bahasa senantiasa

"berkaitan erat dengan kehendak" maka ia merupakan basis validitas yang di dalamnya para partisipan, setidaknya secara implisit, mencapai dan secara timbal-balik mengakui kemufakatan yang membuat komunikasi bisa dijalankan (Beilharz, 2005).

Dalam kehidupan sehari-hari Agnes Heller berpendapat bahwa, syarat untuk mempertahankan hidup adalah dengan belajar menggunakan norma-norma kelompok yang telah tersedia. Seseorang dalam dunia kehidupan sehari-hari berpikir (membedakan antara yang baik dan yang buruk) secara tidak reflektif, yakni mengikuti norma-norma yang telah diterima begitu saja (Beilharz, 2005).

Pateman, sebagaimana para teoretisi studi-studi hukum dan politik feminis tahun 1980-an, telah mengkonfrontasikan isu-isu tentang perbedaan dengan masalah-masalah universal formal dalam kultur politik modern. Sebagaimana diungkapkan Jones: bahwa dilema yang dihadapi teori politik modern sejak abad ke-18 adalah bagaimana memberikan relevansi politis terhadap perbedaan seksual, serta bagaimana mengaitkan perbedaan-perbedaan tersebut dengan definisi-definisi tentang aksi politik dan kekuatan warga negara tanpa perlu mengkonstruksi norma-norma kewarganegaraan yang mengandung pemisahan seksual. Singkatnya, tugas yang dihadapi adalah mengkonstruksi suatu teori tentang kesetaraan politik dan kewarganegaraan yang menghargai kemandirian pribadi kaum perempuan

tanpa harus mengingkari bahwa kaum perempuan memiliki kebutuhan dan kepentingan yang berbeda dengan kaum laki-laki (Beilharz, 2005).

Membahas tentang karya Max Weber, maka terdapat banyak keanekaragaman. Mulai dari persoalan sosiologi agama, sejarah dan hukum zaman pertengahan dan kuno, sosiologi musik ("*The History of the Piano*"), tindakan, perkotaan, metodologi, dan tentang kharisma. Benang merahnya adalah perhatian Weber terhadap kebudayaan, atau bagaimana kita hidup, beserta rasionalisasinya. Karya Weber terpenting dan paling kontroversial adalah *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*. Sebagaimana ia nyatakan kemudian, warga modernitas memerlukan birokrasi, keadilan, legalitas dan administrasi, namun kesemuanya itu, pada gilirannya, justru menguasai kita. Namun demikian Weber tidak mengkonstruksi teorinya menurut sistem yang birokratis. Dalam bentuk maupun isinya, metode Weber bersifat esaisistik. Weber mengutip Goethe: asketisisme sebenarnya hendak mengupayakan kebaikan, tapi akhirnya menciptakan kejahatan. Seperti Marx, Weber mengutip Goethe untuk melukiskan kondisi manusia: kita adalah "Para spesialis tanpa spirit, hedonis tanpa hati; kehampaan ini membayangkan dirinya telah mencapai taraf peradaban yang belum pernah ada sebelumnya". Birokrasi menjadi dominan di segala wilayah kehidupan publik karena meningkatnya formalisasi relasi-relasi publik; inilah awal dari proses Weberian yang dijelaskan oleh Habermas sebagai kolonisasi dan yuridikalisasi dunia kehidupan (*life-world*). *Protestant Ethic*, Weber bukan

sekadar mengatakan bahwa birokrasi eksis dalam arti institusional atau organisasional yang sempit; lebih dari itu adalah kebudayaan kita, praktik dan keyakinan kita, pun menjadi birokratis. Yang menyebabkan proses demikian itu bukanlah ide-ide, melainkan kepentingan-kepentingan material dan ideal, yang dikonsepsi-kan oleh para aktornya. Jika anggapan umum mengenai sosiologi Weber dikembalikan pada konteksnya, maka sasaran pemikiran Weber akan tampil lebih nyata. Pemikirannya merupakan teori sosial yang skeptis, yang diarahkan oleh perhatian terhadap kompleksitas, aksi, motivasi individu, bentuk-bentuk asosiasi, beserta konsekuensi sosialnya (Beilharz, 2005).

3. Etika dalam teori-teori sosial

a. Teori konsensus

Emile Durkheim mengemukakan bahwa, asal-usul dan otoritas moralitas harus ditelusuri pada sesuatu yang agak samar-samar yang ia sebut sebagai 'Masyarakat'. Akan tetapi dia memang menghasilkan dua konsep yang berhubungan untuk penjelasannya tentang kenyataan sosial. Konsep-konsep itu adalah '*conscience collective*' (diterjemahkan 'kesadaran kolektif atau 'suara hati kolektif', dan '*representation collective*' (diterjemahkan gambaran kolektif).

Durkheim menyatakan bahwa keseluruhan kepercayaan normatif yang dianut bersama dengan implikasi-implikasi untuk hubungan-hubungan sosial

membentuk sebuah sistem tertentu dengan fungsi mengatur kehidupan dalam masyarakat dan karenanya menetapkan kesatuannya. Kesadaran kolektif yang intensitas, kekakuan dan banyaknya berbeda-beda dari masyarakat ke masyarakat, adalah bagian hidup sadar para individu itu yang mereka miliki bersama berkenaan dengan kehidupan bersama mereka: kesadaran kolektif itu adalah sebuah konsensus normatif yang mencakup kepercayaan-kepercayaan keagamaan, atau kepercayaan-kepercayaan lain yang menyokongnya (Campbell, 1994).

b. Teori pertukaran sosial dan teori pertukaran perilaku

Dalam membahas teori pertukaran, ada dua tokoh teori pertukaran sosial, yaitu dari George C. Romans dan Peter M. Blau. Tidak seperti George C. Romans yang membatasi analisisnya pada jenjang sosiologi mikro, walaupun menurut pendapat Peter M. Blau proses perilaku sosial pada jenjang mikro itu mempunyai dampak pada sosiologi makro. Perbedaan teori pertukaran nilai George C. Romans dan Peter M. Blau ialah:

- 1) Peter M. Blau membatasi diri pada interaksi yang melibatkan prinsip pertukaran dengan mengatur tidak semua interaksi melibatkan pertukaran, sedang George C. Romans berkecenderungan semua interaksi melibatkan pertukaran. Namun, baik George C. Romans maupun Peter M. Blau memulai analisisnya pada proses interaksi, akan tetapi

Peter M. Blau melanjutkan analisisnya dengan membahas struktur yang lebih besar.

- 2) George C. Romans, bertujuan menjelaskan interaksi sosial yang berdasarkan pada proses-proses psikologi pertukaran dasar, sementara M. Blau berupaya menunjukkan bahwa dalam proses pertukaran dasar tersebut menghadirkan fenomena yang berupa struktur yang lebih kompleks.

Menurut Peter M. Blau harapan-harapan yang akan diperoleh dalam pertukaran sosial adalah: (a) ganjaran atau penghargaan; (b). lahirnya deferensiasi kekuasaan; (c). kekuasaan dalam kelompok; dan (d). keabsahan kekuasaan dalam kelompok. Sedang George C. Romans tidak membahas masalah harapan yang akan dicapai dalam interaksi sosial, sementara George C. Romans mengatakan bahwa pokok-pokok teori pertukaran sosial, yaitu: (a) manusia dalam melakukan transaksi sosialnya dengan orang lain senantiasa berusaha mencari keuntungan; (b) manusia dalam melakukan transaksi sosialnya dengan orang lain memperhitungkan keuntungan dan kerugian; (c) manusia dalam melakukan transaksi sosialnya dengan orang lain cenderung menyadari adanya berbagai macam alternatif; (d) manusia dalam melakukan transaksi sosialnya mengandung unsur adanya persaingan antara satu dengan yang lain; (e) secara umum hubungan pertukaran sosial individu yang satu dengan individu yang lain mencakup hampir semua konteks sosial; dan (f) dalam interaksi sosial itu

antar individu saling mempertukarkan komoditas yang berujud, misalnya jasa dan perasaan (Wagiyo, 2004).

Menurut Doyle Paul Johnson (1990), ditegaskan bahwa interaksi sosial dapat digolongkan dalam dua kategori yaitu yang didasarkan pada ganjaran atau penghargaan yang bersifat intrinsik dan ekstrinsik. Penghargaan intrinsik berasal dari hubungan itu sendiri (kasih sayang, pujian dan kehormatan), sedang penghargaan ekstrinsik (uang, barang dan jasa) sebagaimana telah dikemukakan di muka.

4. Etika dalam kepemimpinan

Gibson, dkk. (2000), mendefinisikan bahwa kepemimpinan adalah usaha mempengaruhi individu agar termotivasi dalam mencapai tujuan, kepemimpinan terjadi ketika individu dalam kelompok mempengaruhi motivasi atau kompetensi individu lainnya. Definisi ini menunjukkan penggunaan pengaruh dan semua hubungan antar individu dengan melibatkan kepemimpinan.

Menurut Bass (1990b), pemimpin merupakan seseorang yang memiliki suatu program dan yang berperilaku secara bersama-sama dengan anggota-anggota kelompok dan pemimpin mempergunakan atau mengaplikasikan cara atau perilaku tertentu, sehingga kepemimpinan mempunyai peranan sebagai kekuatan dinamik yang mendorong, memotivasi, dan mengkoordinasi organisasi dalam menetapkan tujuan yang akan dicapai.

Salah satu faktor yang paling penting dalam hal kepemimpinan adalah kualitas yang tinggi yang harus dimiliki oleh pemimpin. Kualitas tersebut mencakup kemampuan mengarahkan visi yang jelas dan ide-ide cemerlang yang dapat dilaksanakan (Anthony, dkk, 1999).

Kepemimpinan dalam organisasi bertujuan melakukan perubahan secara konstruktif, dengan menetapkan arah pengembangan visi masa depan dan penerapan strategi untuk melakukan perubahan yang diinginkan dalam mencapai visi organisasi. Seorang pemimpin harus mempunyai visi dan strategi serta mampu mewujudkan visi menjadi kenyataan dan menerapkan strategi secara tepat (Kotter, 1990).

Berdasarkan pengertian mengenai kepemimpinan yang telah dikemukakan di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa kepemimpinan merupakan kemampuan seseorang memimpin untuk mempengaruhi pegawai atau bawahannya dalam sebuah organisasi. Pemimpin yang mampu melaksanakan fungsi kepemimpinannya dapat dipastikan keadaan kelompoknya akan terwujud dengan baik. Keadaan yang baik jelas akan memperkuat posisi dan kedudukan pemimpin tersebut didalam kelompok. Oleh karena itu seseorang pemimpin hendaknya mengetahui dan melaksanakan tugas serta fungsinya sebagai pemimpin dengan sebaik-baiknya.

Fungsi pemimpin dirumuskan oleh Moorhead dan Griffin (1995), dan Yukl (1998), yang mengatakan bahwa pemimpin melalui kekuasaannya

berusaha mempengaruhi dan mengarahkan pegawai untuk bekerja keras, memiliki semangat tinggi, dan motivasi tinggi guna mencapai tujuan organisasi. Hal ini terutama terikat dengan fungsi mengatur hubungan antara individu dan kelompok dalam organisasi. Fungsi pemimpin dalam mempengaruhi dan mengarahkan bertujuan untuk membantu organisasi bergerak ke arah pencapaian sasaran.

Inti kepemimpinan bukan pertama-tama terletak pada kedudukan yang ditempati. Inti kepemimpinan adalah bagaimana pemimpin melaksanakan fungsinya sebagai pemimpin yang mencerminkan etika yang baik darinya. Tujuan dan cita-citanya merupakan unsur yang paling pokok dalam kepemimpinan. Sadar bahwa tujuan dan cita-cita itu baik demi kesejahteraan orang banyak, mengumpulkan, mengarahkan pegawai untuk bersama-sama bekerja mencapai tujuan dan cita-cita.

Bass (1997), mendefinisikan kepemimpinan transformasional sebagai pemimpin yang mencakup upaya perubahan organisasi. Peran seorang pemimpin yang utama adalah sebagai katalis bagi perubahan yang akan dilaksanakan, artinya pemimpin berperan meningkatkan sumber daya manusia yang ada dan berusaha memberikan reaksi yang menimbulkan semangat dan daya kerja yang tinggi bagi pegawai, tetapi tidak bertindak sebagai pengawas perubahan, yang lebih penting lagi, dalam kepemimpinan transformasional seorang pemimpin dituntut untuk memiliki visi yang kuat.

Berkaitan dengan identifikasi kepemimpinan transformasional, Pawar dan Eastman, (1997) mengatakan bahwa kepemimpinan transformasional dapat diidentifikasi melalui dampaknya terhadap sikap, etika dan nilai, asumsi, dan komitmen para pengikut. Apabila pegawai bersedia mengubah sikap dan perilakunya, nilai, asumsi, dan komitmennya sedemikian rupa sehingga selaras dengan organisasinya, maka diyakini bahwa pegawai memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi pada pemimpinnya. Karena itu, kepemimpinan transformasional merupakan salah satu alat penting yang berpengaruh dalam perubahan organisasi. Kepemimpinan transformasional mempengaruhi perubahan organisasi melalui artikulasi visi, penerimaan visi, dan mengarahkan keinginan pegawai agar sesuai dengan visi yang ingin dicapai.

Bass (1997), mendefinisikan kepemimpinan transformasional berdasarkan pengaruh pemimpin terhadap pegawai. Para pegawai merasa percaya, mengagumi, loyal dan menghormati pemimpin, serta memiliki komitmen dan motivasi untuk berprestasi lebih dari yang diharapkan. Seorang pemimpin transformasional dapat memotivasi pegawainya melalui tiga cara yaitu: (1) pemimpin mendorong pegawai untuk lebih sadar mengenai arti pentingnya nilai dari hasil suatu pekerjaan, (2) pemimpin mendorong pegawai untuk lebih mementingkan organisasi atau tim dari pada kepentingan pribadi, (3) pemimpin berusaha untuk meningkatkan kebutuhan

pegawai yang lebih tinggi seperti kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri.

Howell dan Hall-Merenda (1999), mengemukakan bahwa keberhasilan organisasi sebagian tergantung pada etika dan sikap, nilai, dan keterampilan pemimpinnya. Pemimpin yang transformasional akan menunjukkan perilaku sebagai berikut: (1) melihat diri sebagai agen perubahan, (2) pengambil resiko yang berhati-hati, (3) memiliki kepercayaan kepada pegawainya dan peka terhadap kebutuhan-kebutuhan pegawai, (4) mampu membimbing pegawai, (5) fleksibel dan terbuka terhadap pengalaman, (6) memiliki kemampuan kognitif, disiplin, dan mampu menganalisis masalah secara berhati-hati, dan (7) memiliki visi.

Bass (1990a), mengemukakan bahwa kepemimpinan transformasional memiliki empat karakteristik yaitu: kharisma, inspirasional, stimulasi intelektual, dan perhatian individual. Keempat karakteristik kepemimpinan transformasional, selengkapnya dijelaskan sebagai berikut.

- a. Kharisma. Kepemimpinan kharismatik diakui oleh sejumlah ahli menjadi nilai penting bagi kepemimpinan transformasional. Pemahaman akan kepemimpinan kharismatik tidak dapat dilepaskan dari pengertian kharisma itu sendiri. Kharisma merupakan kekuatan pemimpin yang besar untuk memotivasi bawahan dalam menjalankan kegiatan-kegiatan organisasi. Bawahan mempercayai pimpinan, karena pemimpin dianggap

mempunyai pandangan dan tujuan yang dianggap benar. Karena itu, pemimpin yang memiliki kharisma akan lebih mudah mempengaruhi dan mengarahkan pegawai agar bertindak sesuai dengan yang diharapkan oleh pemimpin untuk keberhasilan suatu organisasi (Popper dan Zakkai, 1994). Dengan demikian, pemimpin diidentifikasi untuk dijadikan panutan oleh pengikut, dipercaya, dihormati, dan memiliki tujuan yang jelas.

- b. Inspirasional. Pemimpin yang inspirasional didefinisikan sebagai seorang pemimpin yang mampu mengkomunikasikan suatu visi yang menarik dan berwawasan ke depan. Pemimpin transformasional memotivasi dan menginspirasi bawahan dengan jalan mengkomunikasikan harapan dan tantangan kerja secara jelas, serta mengekspresikan tujuan-tujuan penting. Pemimpin juga membangkitkan semangat kerja sama tim atau kelompok, antusiasme, dan optimisme pada pegawai.
- c. Stimulasi intelektual. Melalui stimulasi intelektual, pemimpin berupaya menciptakan iklim yang kondusif bagi berkembangnya inovasi dan kreativitas bawahan. Pemimpin mendorong bawahan untuk memunculkan ide-ide baru dan solusi kreatif atas masalah-masalah yang dihadapi. Untuk itu bawahan sungguh-sungguh dilibatkan dan diberdayakan dalam proses perumusan masalah dan pencarian solusi.

- d. Perhatian individual. Pemimpin transformasional memberikan perhatian khusus pada kebutuhan setiap individu untuk berprestasi dan berkembang dengan jalan bertindak selaku penasehat. Pemimpin menghargai dan menerima perbedaan-perbedaan individual dalam hal kebutuhan dan minat. Pemimpin berinteraksi dan berkomunikasi secara individual dengan bawahan. Tugas yang didelegasikan akan dipantau untuk memastikan apakah pegawai membutuhkan arahan atau dukungan tambahan dan untuk menilai kemajuan yang dicapai.

Implikasi dari peran baru pemimpin adalah diperlukannya keterampilan/ keahlian baru (*new skills*) yang tercermin dari etika dari pemimpin itu sendiri. Menurut Senge (1999), ada tiga keterampilan baru yang dipertukan adalah: *building shared vision*, *surfacing and testing mental model*, dan *systems thinking* dengan rincian masing-masing sebagai berikut:

Building shared vision: (Membangun visi)

- a. *Encouraging personal vision*; (mendorong visi pribadi)
- b. *Communicating and asking for support*; (Komunikasi dan permintaan yang bersifat dukungan)
- c. *Visioning as an ongoing process*; (Visi sebagai proses yang terus menerus)
- d. *Blending extrinsic and intrinsic visions*; (Campuran visi dari luar dan dalam)

- e. *Distinguishing positive from negative visions* (membedakan visi yang positif dengan yang negatif)

Surfacing and testing mental models: (Model pengenalan dan tes mental)

- a. *Seeing leaps of abstraction;* (halaman abstrak)
- b. *Balancing inquiry and advocacy;* (keseimbangan antara menyelidiki dengan pembelaan)
- c. *Distinguished espoused theory from theory in use;* (membedakan antara theory yang espoused dan theory yang digunakan)
- d. *Recognizing and diffusing defensive routines;* (Mengenal dan mempertahankan kegiatan rutin)

Systems thinking: (Sistem pemikiran)

- a. *Seeing interrelationships;* (melihat hubungan interpersonal)
- b. *Moving beyond blame;* (bergerak tanpa menyalahkan)
- c. *Distinguishing detail complexity from dynamic complexity;*
(Membedakan detail yang kompleks dengan dinamika yang kompleks)
- d. *Focusing on areas of high level/age;* (fokus terhadap area)
- e. *Avoiding symptomatic solutions;* (Menghindari solusi berdasar gejala)

Dalam konteks organisasi sektor publik (pemerintahan), kepemimpinan lebih merupakan “kepemimpinan formal” dalam arti pemimpin merupakan

orang yang diangkat dan dikukuhkan menduduki jabatan tertentu. Pada lingkup nasional (Indonesia), para pemimpin pada organisasi pemerintahan harus mendasarkan pada kerangka pemahaman dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia. Pada dimensi makro, nilai-nilai filosofis Sistem Administrasi Negara Indonesia baik menyangkut cita-cita negara, tujuan negara (nasional) maupun Pancasila yang kesemuanya tertuang dalam Pembukaan UUD 1945 harus menjadi dasar dalam kepemimpinan aparatur di Indonesia.

Atas dasar kredibilitas yang berakar pada kejujuran, komitmen yang tinggi, dan semangat pengabdian dalam menjalankan berbagai peran kepemimpinan sebagaimana diuraikan diatas diharapkan kepemimpinan aparatur dapat mengantarkan kepada kehidupan organisasi publik yang terhindar dari KKN, mampu memastikan penegakkan hukum dan HAM, terwujudnya kinerja organisasi yang maksimal, dan masadepan Indonesia yang lebih baik

Masih berkaitan dengan lingkup pemerintah, “status” pegawai dan pejabat publik, dikenal pula dengan sebutan lain yaitu *public servant*. Hal ini mengandung nilai filosofis bahwa mereka melayani publik (*servicing the public*). Selain itu, di Indonesia dikenal bahwa pegawai negeri merupakan abdi negara dan abdi masyarakat. Status dan prinsip beserta nilai yang mendasarinya harus meresap pula pada konsep dan kepemimpinan aparatur

di Indonesia. Semangat pengabdian harus mendasari semua langkah dan proses dalam kepemimpinan aparatur.

Pandangan lain oleh Stonner (1989), bahwa kepemimpinan itu suatu proses mengarahkan berbagai sumber daya untuk mempengaruhi aktivitas yang berkaitan dengan tugas dari para anggota kelompoknya. Sedangkan Koontz et.al. (1984), menegaskan bahwa kepemimpinan berwujud kemampuan untuk mempengaruhi orang lain agar ikut serta dalam mencapai tujuan umum. Hal yang sama dengan Koontz, Hosmer (dalam Timpe, 1999), yang mengatakan bahwa pemimpin merupakan individu dalam suatu organisasi yang mampu mempengaruhi sikap dan pendapat orang lain dalam organisasi. Usaha mempengaruhi sikap dan pendapat orang lain dalam organisasi tersebut bertujuan tercapainya usaha kelompok yang terkoordinasi dan terpadu.

Etika kepemimpinan dalam suatu organisasi manapun sangat diperlukan. Dalam hal ini, dikenal pula dengan *charismatic leadership theory* dan *transformational leadership theory*. Berkaitan dengan kepemimpinan kharismatik, dijumpai adanya praktek kepemimpinan yang mendasarkan diri pada beretika atau tidak beretikanya seorang pemimpin. Jane M. Howell dan Bruce J. Avolio (Luthans, 1995) mengidentifikasi perbedaan antara pemimpin yang beretika dengan yang tidak beretika sebagai berikut :

Tabel 2. Kepemimpinan Karismatik berdasarkan Ethical dan Unethical

Ethical Charismatic Leader	Unethical Charismatic Leader
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uses Power to serve others</i> (Menggunakan kekuasaan untuk melayani orang lain) • <i>Aligns vision with followers needs and aspiration</i> (visi yang sesuai dengan kebutuhan pengikut dan aspirasi). • <i>Considers and learns from critic</i> (mempertimbangkan dan belajar dari kritik) • <i>Stimulates followers to think independently</i> (memotivasi pengikut untuk berfikir secara bebas) • <i>Open, two-way communication</i> (terbuka, komunikasi dua arah) • <i>Coach, develops and supports followers; shares recognition with others</i> (membimbing, mengembangkan dan mendorong pengikut, mengakui kemampuan orang lain) • <i>Relies on internal moral standards to satisfy organizational and societal interest</i> (percaya pada standar moral dalam mengembangkan organisasi dan sosial) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uses power only for personal gain or impact</i> (menggunakan kekuasaan hanya untuk kepentingan pribadi) • <i>Promotes own personal vision</i> (mengandalkan visi pribadi) • <i>Censures critical or opposing views</i> (mencela kritik dan melawan pandangan yang umum) • <i>Demands own decisions be accepted without question</i> (menuntut kesimpulan pribadinya untuk diterima tanpa pertanyaan) • <i>One-way communication</i> (komunikasi satu arah) • <i>Insensitive to followers need</i> (tidak peka dengan kebutuhan pengikut) • <i>Relies on convenient, external moral standards to satisfy self-interests</i> (percaya pada hal-hal praktis untuk memuaskan keinginan pribadi)

Sumber: Howell dan Avolio (Luthan, 1995)

Salah satu konsep kepemimpinan yang dikemukakan oleh Joseph C. Roost, bahwa kepemimpinan merupakan sebuah hubungan yang saling mempengaruhi antara pemimpin dan pengikut (bawahan) yang

menginginkan perubahan nyata dan yang mencerminkan tujuan bersama (LAN, 2009).

Seorang pemimpin tidak hanya mempengaruhi bawahan, tetapi juga sebagai sumber inspirasi dan motivasi bawahannya. Oleh karena itu, pandangan berbagai penafsiran kepemimpinan semakin beragam dalam perkembangannya. Terry (dalam Kartono, 1994), menganggap bahwa kepemimpinan merupakan aktivitas mempengaruhi orang lain agar mereka mau bekerjasama untuk mencapai tujuan kelompok. R. Tannenbaum (dalam Harsey dan Blanchard, 1984), mengemukakan bahwa kepemimpinan itu memberi pengaruh antar pribadi yang dilakukan dalam suatu situasi dan diarahkan melalui proses komunikasi pada pencapaian tujuan tertentu.

Dari berbagai pandangan mengenai kepemimpinan tersebut, maka pemimpin dalam kehidupan organisasi mempunyai kedudukan yang strategis dan merupakan gejala sosial yang selalu diperlukan dalam kehidupan kelompok. Di samping kedudukannya yang strategis, kepemimpinan mutlak diperlukan, dimana terjadi interaksi kerjasama antara dua orang atau lebih dalam mencapai tujuan organisasi.

Dari berbagai pengaruh kepemimpinan yang telah diuraikan di atas, ada beberapa perbedaan dan persamaan dalam penekanannya. Sebagian menekankan kepada kemampuan seseorang untuk mempengaruhi orang lain dalam mencapai tujuan pada situasi tertentu. Sedangkan yang lainnya

menekankan pada bagaimana kemampuan seorang pemimpin mengarahkan orang lain untuk bekerjasama dalam mencapai suatu tujuan tertentu. Stogdill (1974), secara rinci mengemukakan implikasi dari kepemimpinan, yaitu:

- a. Kepemimpinan merupakan titik sentral proses kegiatan kelompok (*leadership as a focus of group processes*).
- b. Kepemimpinan adalah suatu kepribadian yang memiliki pengaruh (*leadership as personality and its effects*).
- c. Kepemimpinan sebagai suatu seni untuk menciptakan kesesuaian paham (*leadership as the art of inducing compliance*).
- d. Kepemimpinan adalah tindakan mempengaruhi (*leadership as the exercise of influence*).
- e. Kepemimpinan adalah tindakan dan perilaku (*leadership as act and behavior*).
- f. Kepemimpinan sebagai suatu bentuk persuasi dan inspirasi (*leadership as a form of persuasion and inspiration*).
- g. Kepemimpinan merupakan hubungan kekuatan/kekuasaan (*leadership as a power relation*).
- h. Kepemimpinan sebagai sarana pencapaian tujuan (*leadership as an instrument of goal attainment*).
- i. Kepemimpinan merupakan hasil dari interaksi (*leadership as an effect of interaction*).
- j. Kepemimpinan adalah peranan yang dibedakan (*leadership as a differentiated role*).
- k. Kepemimpinan adalah sebagai inisiasi struktur (*leadership as the initiation of structure*).

John Adair (1998), mengkategorikan kepemimpinan dalam tiga konsep "*Task, Team, and Individual*" dalam lingkaran saling terkait, sehingga merupakan satu kesatuan konsep ACL (*Action-Centered Leadership*); dan menyatakan "... *leadership is about teamwork, creating teams. Teams tend to have Leaders, leaders tend to create teams*". Adair berkeyakinan bahwa *working groups* atau *teams* akan memberikan tiga

kontribusi pada pemenuhan kebutuhan bersama, berupa *"the need to accomplish a common task, the need to be maintained as a cohesive social unit or team, and the sum of the groups's individual. needs"*; serta mengidentifikasi enam fungsi kepemimpinan berikut : (1) Planning (*seeking all available information; defining groups tasks or goals; making a workable plan*); (2) Initiating (*briefing the group; allocating tasks; setting groups standards*); (3) Controlling (*maintaining groups standard; ensuring progress towards objectives; 'prodding' action sand decisions*); (4) Supporting (*expressing acceptance of individual contributions; encouraging and disciplining; creating team spirit; relieving tension with humour; reconciling disagreements*); (5) Informing (*clarifying task and plan; keeping group informed; receiving information from the group; summarising ideas and suggestions*); dan (6) Evaluating (*checking feasibility of ideas; testing consequencies; evaluating group performance; helping group to evaluate it self*).

Gibson (2000), menegaskan bahwa kepemimpinan merupakan kemampuan mempengaruhi orang lain, yang dilakukan melalui hubungan interpersonal dan proses komunikasi untuk mencapai tujuan. Newstrom & Davis (1999), menyatakan bahwa kepemimpinan merupakan suatu proses mengatur dan membantu orang lain agar bekerja dengan benar untuk mencapai tujuan. Sedangkan Stogdill (1999), menambahkan bahwa kepemimpinan juga merupakan proses mempengaruhi kegiatan kelompok, dengan maksud untuk mencapai tujuan dan prestasi kerja. Oleh karena

itu, kepemimpinan dapat dipandang dari pengaruh interpersonal dengan memanfaatkan situasi dan pengarahan melalui suatu proses komunikasi ke arah tercapainya tujuan khusus atau tujuan lainnya. Vroom & Jago (1988), menyatakan bahwa kepemimpinan terdiri dari dua hal yakni proses dan properti. Proses dari kepemimpinan adalah penggunaan pengaruh secara tidak memaksa, untuk mengarahkan dan mengkoordinasikan kegiatan dari para anggota yang diarahkan pada pencapaian tujuan organisasi. Properti dimaksudkan, bahwa kepemimpinan memiliki sekelompok kualitas dan atau karakteristik dari atribut-atribut yang dirasakan serta mampu mempengaruhi keberhasilan pegawai. Secara praktis, kepemimpinan dirumuskan sebagai suatu seni memobilisasi orang-orang lain (bawahan dan pihak lain) pada suatu upaya untuk mencapai aspirasi dan tujuan organisasi.

Zwell (2000), mengidentifikasi sekurangnya ada 15 fungsi yang secara umum dilakukan oleh pemimpin, yaitu: (1) *modeling the corporate culture*; (2) *developing the corporate philosophy*; (3) *establishing and maintaining standards*; (4) *understanding the business*; (5) *determining strategic direction*; (6) *managing change*; (7) *being a good follower*; (8) *aligning with superior*; (9) *inspiring and motivating*; (10) *establishing alignment and focus*; (11) *holding ultimate responsibility*; (12) *dealing with authority issues*; (13) *determining successors*; (14) *managing ambiguity*; and (15) *optimising organisational structure and process*.

Dibalik fungsi-fungsi tersebut terdapat tugas dan peran kepemimpinan. Dalam hubungan itu, John P. Kotter pada satu pihak mengidentifikasi tiga tugas prinsipil kepemimpinan, yaitu (1) Menetapkan tujuan , membangun visi dan strategi, untuk masa depan penyelenggaraan pelayanan (*establishing direction, developing a vision and strategies for the future of the business*); (2) Menyearahkan bawahan, membuat orang lain mengerti, menerima dan bekerja sama ke arah tujuan yang telah ditetapkan (*Aligning people - getting others to 'understand, accept and line up in the chosen direction'*), dan (3) Memotivasi dan menginspirasi bawahan untuk memahami kebutuhan dasar, nilai-nilai dan emosi masyarakat yang sering kurang mendapatkan perhatian (*Motivating and inspiring people by appealing to very basic but often untapped human needs, value and emotions*).

Pada lain pihak, Kotter juga menjelaskan empat peran manajemen berikut, (1) Perencanaan dan penganggaran, menentukan target jangka pendek dan menengah (*Planning and budgeting, setting short-to medium-term targets*); (2) Menetapkan langkah-langkah untuk mendapatkan dan mengalokasikan berbagai sumber daya yang dibutuhkan (*Establishing steps to reach them and allocating resources*); (3) Mengorganisir, mengatur dan menetapkan struktur organisasi dalam upaya pelaksanaan rencana, menempatkan sumber daya manusia untuk tugas-tugas tertentu, mengkomunikasikan rencana,

mendelegasikan tanggung jawab dan menetapkan sistem monitoring pelaksanaan (*Organising and staffing, establishing an organisational structure to accomplish the plan, staffing the jobs; communicating the plan, delegating responsibility and establishing systems to monitor implementation*); dan (4) Pengendalian dan penyelesaian masalah, pengidentifikasian permasalahan serta mengupayakan berbagai cara untuk menyelesaikannya (*Controlling and problem solving, monitoring results, identifying problems and organising to solve them*).

B. Pelayanan Publik

1. Konsep pelayanan publik

Menurut Gronroos, pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan pegawai atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen atau pelanggan (Ratminto, 2006).

Hasil penelitian tentang etika dalam pelayanan publik dikemukakan oleh Paul C. Light yang dimuat dalam bukunya yang berjudul *The New Public Service* seperti yang dikutip oleh Nicholas Henry (2004); *a survey of 1000 graduates of the top public administration programs in the United States found that "maintaining ethical standards" was ranked as the single most*

important skill for achieving success out of thirteen possibilities. No other skill even came close, and this was the case irrespective of where the graduates were employed – federal, state, or local government, the private sector, or the nonprofit sector.

Dalam suatu survei terhadap 1000 tamatan program administrasi publik yang terkemuka di Amerika Serikat, didapatkan bahwa “standar etika” telah menempati peringkat sebagai satu-satunya hal yang penting dalam mencapai sukses, diluar dari pada 13 kemungkinan yang ada. Tidak ada kemampuan lain yang lebih mendekati dan menjadikannya sebagai sesuatu yang tidak dipertimbangkan, dimana para alumni tersebut bekerja dengan baik di Negara Bagian, Negara, Pemerintahan Lokal, Usaha Pribadi maupun pada Lembaga Usaha yang tidak mengutamakan keuntungan.

Etika aparatur dalam organisasi pemerintahan negara sejalan dengan perkembangan yang berlaku dalam penyelenggaraan pemerintahan negara itu sendiri. Seperti di Amerika Serikat dalam hal pelayanan publik terdapat *American Society for Public Administration (ASPA) Code of Ethics* yang *exists to advance the science, processes and art of public administration*, menyatakan bahwa;

The Society affirms its responsibility to develop the spirit of professionalism within its membership and to increase public awareness of ethical principles in public service by its example, commit to the following principles: 1) serve the public interest, 2) respect the constitution and the law,

3) *demonstrate personal integrity*, 4) *promote ethical organizations*, and 5) *strive for professional excellence* (Geuras dan Garofalo, 2005).

Dalam kegiatan tersebut, masyarakat telah menegaskan untuk bertanggungjawab dalam mengembangkan semangat profesionalisme dalam keanggotaannya dan menambah kesadaran publik terhadap prinsip etika dalam pelayanan publik dengan segala contohnya dan tetap berpegang pada prinsip-prinsip di bawah ini; 1) melayani keinginan publik, 2) menghormati peraturan dan hukum, 3) menampilkan integritas pribadi, 4) menyebarluaskan etika organisasi, 5) berusaha keras bertindak secara profesional.

Beberapa pengertian dasar yang dituliskan di dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 adalah sebagai berikut:

- a. Pelayanan Publik adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Penyelenggara Pelayanan Publik adalah Instansi Pemerintah.
- c. Instansi Pemerintah adalah sebutan kolektif meliputi satuan kerja/satuan organisasi Kementerian, Departemen, Lembaga Pemerintah Non Departemen, Kesekretariatan Lembaga Tertinggi dan Tinggi Negara, dan Instansi Pemerintah lainnya, baik Pusat

maupun Daerah termasuk Badan Usaha Milik Negara, Badan Hukum Milik Negara dan Badan Usaha Milik Daerah.

- d. Unit penyelenggara pelayanan publik adalah unit kerja pada Instansi Pemerintah yang secara langsung memberikan pelayanan kepada penerima pelayanan publik.
- e. Pemberi pelayanan publik adalah pejabat/pegawai instansi pemerintah yang melaksanakan tugas dan fungsi pelayanan publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- f. Penerima pelayanan publik adalah orang, masyarakat, instansi pemerintah dan badan hukum.

Berdasarkan Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2003 dinyatakan bahwa Hakikat etika pelayanan publik adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat.

Pelayanan yang memuaskan bagi pengguna jasa, penyelenggaraan pelayanan harus memenuhi asas-asas pelayanan sebagai berikut (Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2003): (1) Transparansi; bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti. (2) Akuntabilitas, dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (3) Kondisional, sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada

prinsip efisiensi dan efektifitas. (4) Partisipatif, mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat. (5) Kesamaan Hak, tidak diskriminatif dalam arti tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender dan status ekonomi. (6) Keseimbangan Hak dan Kewajiban, pemberi dan penerima pelayanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masing-masing pihak.

Menurut Richard Emerson bahwa individu-individu yang membutuhkan bantuan atau pelayanan orang lain tersebut harus memberikan alternatif, yaitu: (1) dapat memberikan pelayanan yang dibutuhkan sehingga cukup membuat orang-orang yang bersangkutan memberikan jasanya sebagai imbalan, meskipun sebatas apabila mereka mempunyai sumber daya yang dibutuhkan untuk maksud tersebut. Kenyataan yang demikian akan mengarah pada pertukaran timbal balik; (2) dapat memperoleh pelayanan yang dibutuhkan itu, dengan anggapan ada penyedia sebagai alternatif. Kenyataan tersebut akan mengarah pada pertukaran timbal balik, meskipun dalam bentuk interaksi yang berbeda; (3) dapat memaksa seseorang untuk menyediakan pelayanan dengan sesuatu bahwa orang yang bersangkutan melakukannya. Dalam hal ini, apabila ada pemaksaan maka mereka yang dapat memperoleh pelayanan akan mendominasi pada pihak penyedia; (4) dapat belajar menarik diri tanpa mengharap pelayanan atau menemukan beberapa pengganti pelayanan yang serupa itu (Wagiyo, 2004).

Aspek dalam pelayanan yang juga penting adalah faktor budaya yang dibawa oleh orang-orang yang bekerjasama dalam organisasi itu. Makmur (2007), mengemukakan bahwa budaya merupakan suatu proses memanusiakan manusia dalam berperilaku, baik yang merupakan bagian masyarakat maupun sebagai bagian dari organisasi dalam mempertahankan identitasnya.

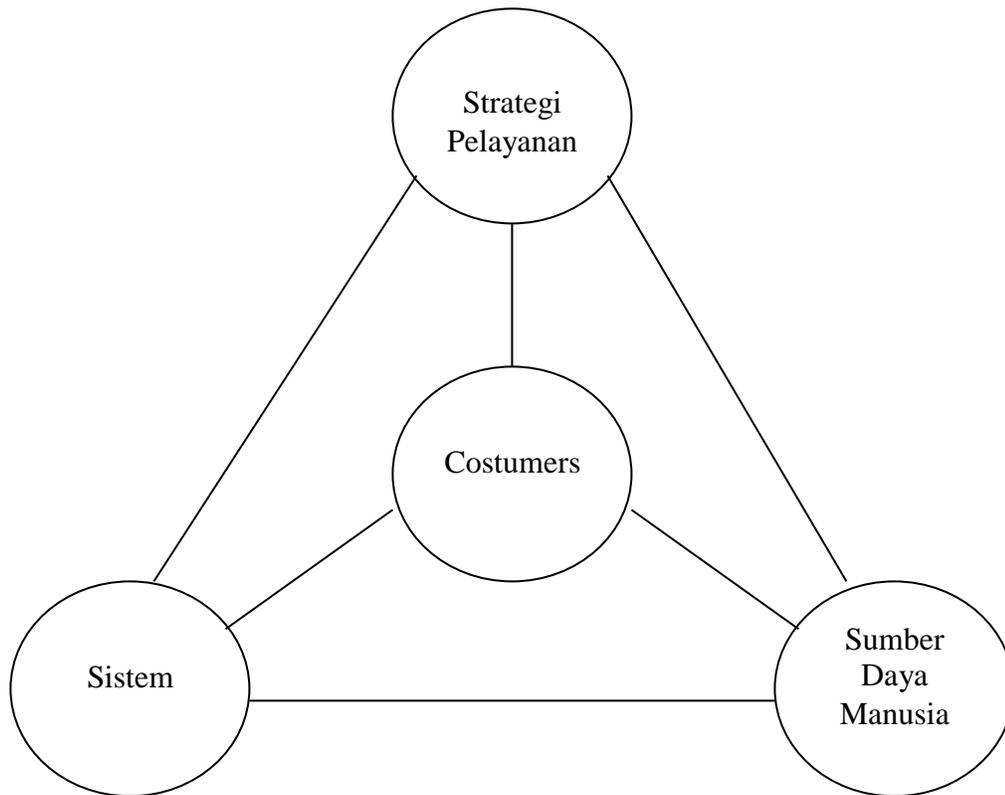
Faktor-faktor yang menyebabkan perilaku pengambilan keputusan yang etis dijelaskan Robbin (1996) yaitu; tahap perkembangan moral, *locus of control*, dan lingkungan organisasional. Selanjutnya Finn (1988), Shaub *et all.* (1993), Khomsiyah dan Indriyantoro (1998), mengembangkan persepsi komponen etika pada penelitian Hunt dan Vitelli dimana faktor-faktor yang mempengaruhi sensitivitas etika adalah lingkungan budaya dan pengalaman pribadi yang membentuk orientasi etika, lingkungan organisasi yang membentuk komitmen pada organisasi dan lingkungan profesi merupakan komitmen pada profesinya.

Oleh sebab itu seorang pemimpin atau manajer harus mengenali perbedaan perilaku individu. Menurut Gibson, dkk (1996), para manajer harus mengerti perbedaan individu dengan; (1) mengenali dan mengamati perbedaan individu; (2) mempelajari variabel-variabel yang mempengaruhi perilaku individu; dan (3) menemukan hubungan diantara variabel-variabel.

Penegasan yang digagas oleh Steven R. Covey, menjadi sangat penting untuk diimplementasikan bahwa taburlah gagasan petiklah

perbuatan, taburlah perbuatan petiklah kebiasaan, taburlah kebiasaan petiklah karakter, taburlah karakter petiklah nasib (Agustian Ary, 2001).

Albrecht dan Bradford (1990), memandang kualitas pelayanan publik berdasarkan hasil dari interaksi dari beberapa aspek, yaitu sistem pelayanan, sumber daya manusia yang memberikan pelayanan, strategi yang diterapkan, dan pelanggan. Apabila keempat aspek tersebut diperhatikan dengan baik, maka akan menghasilkan kualitas pelayanan publik lebih baik pula. Keempat aspek tersebut yang menjadi fokus utamanya adalah costumers atau para pelanggan. Dimana ketiga aspek, sistem, sumber daya manusia, dan strategi pelayanan, masing-masing memiliki keterkaitan satu sama lain dan saling mempengaruhi dalam rangka memberikan kepuasan kepada pelanggan yang menjadi tujuan akhir dari seluruh komponen dan strategi dengan membuat sebuah sistem yang kuat untuk pencapaiannya. Sehingga dengan demikian akan membuat semacam sinergi diantara keempat aspek yang saling berkaitan tersebut. Berkaitan dengan segi tiga pelayanan yang dikemukakan oleh Albrecht dan Bradford tersebut, maka Subarsono dalam Dwiyanto (2006), mengemukakan bahwa kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh aparatur birokrasi pemerintahan dipengaruhi oleh tingkat kompetensi aparat, kualitas peralatan yang digunakan, dan budaya birokrasi itu sendiri.



Sumber: Albrecht dan Bradford (1990)

Gambar 2. Segitiga Pelayanan Publik

Menurut Lovelock (1994), pelayanan ibarat sekuntum bunga, layanan bisa dianalogikan sebagai delapan daun bunga yang melekat pada setiap penawaran produk, semakin lengkap dan indah daun bunganya, semakin cantik bunga itu.

- a. Informasi misalnya jalan/arrah lokasi perusahaan, jadwal atau skedul penyampaian produk/jasa, harga, instuksi mengenai cara menggunakan produk inti atau layanan pelengkap, peringatan (warnings), persyaratan penjualan/layanan, pemberitahuan tentang

adanya perubahan, dokumentasi, konfirmasi reservasi, rekapitulasi rekening, tanda terima dan tiket.

- b. Konsultasi, seperti pemberian saran, auditing, konseling pribadi, dan konsultasi manajemen/teknis.
- c. *Order taking*, meliputi aplikasi (keanggotaan di klub atau program tertentu); jasa langganan; jasa berbasis kualifikasi (misalnya perguruan tinggi), *order entry*, dan reservasi (tempat duduk, meja, ruang, *professional appointments*, dan admisi untuk fasilitas yang terbatas seperti pameran).
- d. *Hospitality*, di antaranya sambutan, food and beverages, toilet, perlengkapan kamar mandi, fasilitas menunggu (majalah, hiburan, koran, ruang tunggu), transportasi, tempat ibadah, dan jasa keamanan.
- e. *Caretaking*, terdiri dari perhatian dan perlindungan atas barang milik pelanggan yang mereka bawa (parkir kendaraan roda dua dan roda empat; penanganan bagasi; titipan tas; dan lain-lain), serta perhatian dan perlindungan atas barang yang dibeli pelanggan (pembungkusan, pengangkutan, pengantaran, penginstalasian, pembersihan, pemeriksaan, dan pendiagnosis, pemeliharaan preventif, reparasi dan inovasi, dan *upgrades*).
- f. *Exceptions*, meliputi permintaan khusus sebelum penyampain produk, penanganan komplain/ pujian/ saran, penyelesaian masalah

(jaminan dan garansi atas kegagalan pemakaian produk; kesulitan yang muncul dalam pemakaian produk; kesulitan yang disebabkan kegagalan produk, termasuk masalah dengan staf atau pelanggan lainnya); dan restitusi (pengembalian uang, kompensasi atau ganti rugi, dan sebagainya).

- g. *Billing*, meliputi laporan rekening periodik, faktur untuk transaksi individual, laporan verbal mengenai jumlah rekening, mesin yang memperlihatkan jumlah rekening, dan *self-billing*.
- h. Pembayaran, dalam bentuk pembayaran swalayan oleh pelanggan; pelanggan berinteraksi dengan personel perusahaan yang menerima pembayaran; pengurangan otomatis atau rekening pelanggan; serta kontrol verifikasi.

Dengan demikian, kualitas layanan merupakan isu krusial bagi setiap perusahaan, apa pun bentuk produk yang dihasilkan. Lantas, apa itu kualitas layanan? Secara sederhana, kualitas layanan bisa diartikan sebagai "ukuran seberapa bagus tingkat layanan yang diberikan mampu sesuai dengan ekspektasi pelanggan" (Lewis & Booms, 1983).

Berdasarkan defenisi ini, kualitas layanan ditentukan oleh kemampuan perusahaan memenuhi kebutuhan dan keinginan pelanggan sesuai dengan ekspektasi pelanggan. Dengan kata lain, faktor utama yang mempengaruhi kalitas layanan adalah layanan yang diharapkan pelanggan (*expected service*) dan persepsi terhadap layanan (*perceived service*) (Parasuraman, et

al., 1985). Apabila *perceived service* sesuai dengan *expected service*, maka kualitas layanan bersangkutan akan dinilai baik atau positif. Jika *perceived service* melebihi *expected service*, maka kualitas layanan dipersepsikan sebagai kualitas ideal. Sebaliknya apabila *perceived service* lebih jelek dibandingkan *expected service*, maka kualitas layanan dipersepsikan negatif atau buruk. Oleh sebab itu, baik tidaknya kualitas layanan tergantung pada kemampuan perusahaan dan stafnya memenuhi harapan pelanggan secara konsisten.

Administrator publik seharusnya berbagi kuasa dengan masyarakat dan mengurangi kendali terhadap masyarakat serta meningkatkan kepercayaan kepada masyarakat melalui kolaborasi penyelenggaraan pemerintahan dengan masyarakat. Integratif antara masyarakat aktif dengan administrator aktif untuk memenuhi kebutuhan, tujuan, dan sasaran bersama.

2. Paradigma baru dalam pelayanan publik

Denhardt dan Denhardt (2007), mengemukakan bahwa ada tujuh prinsip dalam *new public service* atau pelayanan publik baru, yaitu; 1) peran utama pelayan publik adalah membantu masyarakat dalam mengartikulasi dan memenuhi kepentingan yang telah disepakati, 2) administrator publik harus menciptakan gagasan kolektif yang disetujui bersama, 3) kebijakan dan program dapat dicapai secara efektif melalui upaya-upaya kolektif dan kolaboratif, 4) kepentingan publik lebih merupakan hasil dialog dengan nilai

yang disetujui bersama dari pada agregasi kepentingan individu, 5) pelayan publik harus memberi perhatian pada aspek hukum, aturan-aturan, nilai-nilai dan norma dalam masyarakat serta standar profesionalnya, 6) adanya organisasi publik yang memiliki jaringan dengan kepemimpinan yang menghargai semua orang, dan 7) kepentingan publik lebih baik dikembangkan oleh pelayan-pelayan publik dan warga masyarakat yang berkomitmen untuk kepentingan mereka.

Paradigma *new public service* ini didukung oleh beberapa ahli yang berkembang beberapa tahun sebelumnya sebagai reaksi terhadap dominasi perspektif *new public management*. Wamsley & Wolf (1996), melakukan kritik keras atas *reinventing government* dengan menulis buku yang berjudul "*refounding democratic public administration*." Wamsley & Wolf melukiskan betapa pentingnya melibatkan masyarakat dalam administrasi publik dalam posisi sebagai warga negara bukan sekedar sebagai pelanggan. Hal ini menekankan bahwa betapa pentingnya *democratic government* yang mengedepankan partisipasi masyarakat dalam administrasi publik.

Dewasa ini paradigma administrasi negara telah melalui tiga babakan. Babakan yang dimaksud menurut Thoha (2008), adalah *pertama*, administrasi negara klasik atau administrasi negara lama atau *old public administration*, *kedua*, manajemen publik baru atau *new public management*, dan *ketiga*, *new public service*. Pergeseran paradigma administrasi publik dapat dilihat pada tabel berikut;

Tabel 3. Pergeseran Paradigma Model Pelayanan Publik

Aspek	<i>Old Public Administration</i>	<i>New Public Management</i>	<i>New Publik Service</i>
Dasar Teoritis	Teori Politik	Teori Ekonomi	Teori Demokrasi
Konsep kepentingan public	Kepentingan publik adalah sesuatu yang didefenisikan secara politis dan tercantum dalam aturan	Kepentingan publik mewakili agregasi dari kepentingan individu	Kepentingan publik adalah hasil dari dialog tentang berbagai nilai
Kepada siapa birokrasi publik harus bertanggungjawab?	Klien (<i>clients</i>) dan pemilih	Pelanggan (<i>costumers</i>)	Warga negara (<i>citizens</i>)
Peran pemerintah	Pengayuh (<i>rowing</i>)	Mengarahkan (<i>steering</i>)	Menegosiasikan dan mengelaborasi berbagai kepentingan warga negara dan kelompok komunitas
Akuntabilitas	Menurut hirarki administratif	Kehendak pasar yang merupakan hasil keinginan pelanggan (<i>costumers</i>)	Multi aspek: Akuntabel pada hukum, nilai komunitas, norma politik, standar profesional, kepentingan warga negara.

Sumber: Denhardt dan Denhardt (2007).

Little (1996), mengemukakan bahwa konsekuensi dari substansi demokrasi ada tiga, yaitu; 1) *government of the people* berarti pemerintahan masyarakat akan membawa legitimasi bagi administrasi publik, 2) *government by the people* berarti menjamin adanya representasi administrator publik dan akuntabilitas administrasi publik terhadap masyarakat, dan 3) *government for the people* berarti bahwa administrasi publik akan benar-benar menjalankan kepentingan publik, bukan kepentingan birokrasi. Sedangkan King & Stivers (1998), menegaskan bahwa seyogyanya administrasi publik memandang warga negara sebagai warga negara bukan sekedar sebagai pelanggan karena pemerintahan itu adalah milik masyarakat. King dan Stivers mengungkapkan "*Government is Us is a democratic public administration that involves active citizenship and active administration.*" (Pemerintahan bagi kami adalah suatu demokrasi administrasi publik yang melibatkan secara aktif para penduduk dan administrasi yang aktif). Maksud dari *active administration* adalah tidak sekedar meningkatkan kekuasaan administrasi tetapi memperkuat kerja kolaboratif dengan warga negara.

3. Asas, prinsip-prinsip, dan pola dalam pelayanan publik

Dalam buku "Etika Birokrasi" yang ditulis oleh Supriyadi (2001), mengemukakan beberapa asas umum etika pelayanan publik aparat pemerintahan, diantaranya adalah sebagai berikut;

- a. Asas kepastian hukum (*Principle of Legal Security*)
- b. Asas keseimbangan (*Principle of Proportionality*)
- c. Asas kesamaan dalam mengambil keputusan (*Principle of Equality*)
- d. Asas bertindak cermat (*Principle of Carefulness*)
- e. Asas motivasi untuk setiap keputusan (*Principle of Motivation*)
- f. Asas tidak mencampuradukkan kewenangan (*Principle of non misuse of competence*) yang bisa juga berarti Asas tidak menyalahgunakan kekuasaan
- g. Asas permainan yang layak (*Principle of Fair play*)
- h. Asas Keadilan dan kewajaran (*Principle of Reasonable or Prohibition of Arbitrariness*)
- i. Asas menanggapi penghargaan yang wajar (*Principle of Meeting Raised Expectation*) atau bisa juga berarti Asas pemenuhan aspirasi dan harapan yang diajukan
- j. Asas meniadakan akibat suatu keputusan yang batal (*Principle of Undoing the Consequencies of Annuled Decision*)
- k. Asas perlindungan atas pandangan/cara hidup pribadi (*Principle of Protecting the Personal Way of Life*)
- l. Asas kebijaksanaan (*Sapientia*)
- m. Asas penyelenggaraan kepentingan umum (*Principle of Public Service*).

Prinsip pelayanan dalam Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2003 disebutkan bahwa penyelenggaraan pelayanan harus memenuhi beberapa prinsip sebagai berikut:

- a. Kesederhanaan
- b. Prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
- c. Kejelasan

Kejelasan ini mencakup kejelasan dalam hal:

- 1) Prasyarat teknis dan administratif pelayanan publik;
- 2) Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan/sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik.
- 3) Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran.

- d. Kepastian Waktu
- e. Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.
- f. Akurasi
- g. Produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat, dan sah.
- h. Keamanan

- i. Proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum.
- j. Tanggung Jawab
- k. Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan/ persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik.
- l. Kelengkapan sarana dan prasarana.
- m. Tersedianya sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi telekomunikasi dan informatika (telematiak).
- n. Kemudahan Akses
- o. Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika.
- p. Kedisiplinan, Kesopanan dan Keramahan
- q. Pemberian pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas.
- r. Kenyaman. Lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi, lingkungan yang indah dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan, seperti parkir, toilet, tempat ibadah dan lain-lain.

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 Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2003, standar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi:

- a. Prosedur Pelayanan. Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.
- b. Waktu penyelesaian. Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.
- c. Biaya pelayanan. Biaya/ tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.
- d. Produk pelayanan. Hasil pelayanan akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
- e. Sarana dan Prasarana. Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.
- f. Kompetensi petugas pemberi pelayanan. Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap, dan perilaku yang dibutuhkan.

a. Standar pelayanan minimal (SPM)

SPM adalah suatu ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal (PP No.6.5 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan SPM). Sedangkan yang dimaksudkan dengan pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi kualitatif dan kuantitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam suatu pencapaian SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/ atau manfaat pelayanan. SPM ini disusun dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota yang berkaitan dengan pelayanan dasar sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Adapun ruang lingkup SPM meliputi: (1) pedoman penyusunan dan penerapan SPM untuk menjadi acuan dalam penyusunan SPM oleh Menteri/ LPND dan dalam penerapannya oleh Pemerintah Propinsi dan Pemerintah Kabupaten/ Kota, (2) SPM disusun dan diterapkan dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota yang berkaitan dengan pelayanan

dasar sesuai dengan peraturan undang-undang. Prinsip-prinsip SPM adalah :

- 1) SPM disusun sebagai alat Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib.
- 2) SPM ditetapkan oleh Pemerintah dan diberlakukan untuk seluruh Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota.
- 3) Penerapan SPM oleh Pemerintah Daerah merupakan bagian dari penyelenggaraan pelayanan dasar nasional.
- 4) SPM bersifat sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas waktu pencapaian.
- 5) SPM disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan, prioritas dan kemampuan keuangan nasional dan daerah serta kemampuan kelembagaan dan personil daerah dalam bidang yang bersangkutan.

b. Standard Operating Procedures (SOP).

SOP adalah penetapan tertulis mengenai apa yang harus dilakukan, kapan, di mana dan oleh siapa (LAN, 2006). Sedangkan

PER/21/M.PAN/11/2008 tentang Pedoman Penyusunan SOP Administrasi Pemerintahan, SOP didefinisikan sebagai serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintahan: bagaimana dan kapan harus dilakukan; di mana; dan oleh siapa dilakukan.

Adapun manfaat SOP bagi instansi pemerintah adalah:

- 1) Standarisasi cara yang dilakukan pejabat publik/ instansi pemerintah atau pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tugas dan tanggungjawabnya;
- 2) Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh pejabat publik/ instansi pemerintah atau pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tugas dan tanggungjawabnya;
- 3) Meningkatkan efisiensi dan efektivitas;
- 4) Membantu pejabat publik/ instansi pemerintah atau pegawai menjadi lebih mandiri;
- 5) Meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan tugas;
- 6) Menciptakan ukuran standar kinerja bagi pejabat publik/ instansi pemerintah atau pegawai;
- 7) Memastikan pelaksanaan tugas penyelenggaraan pemerintahan dapat berlangsung dalam berbagai situasi;
- 8) Menjamin konsistensi pelayanan kepada masyarakat, baik

dari sisi mutu, waktu dan prosedur;

- 9) Memberikan informasi mengenai kualifikasi kompetensi yang harus dikuasai oleh pegawai dalam melaksanakan tugasnya;
- 10) Memberikan informasi bagi upaya peningkatan kompetensi pegawai;
- 11) Memberikan informasi mengenai beban tugas yang dipikul oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya;
- 12) Sebagai instrumen yang dapat melindungi pegawai dari kemungkinan tuntutan hukum karena tuduhan melakukan penyimpangan;
- 13) Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas;
- 14) Membantu penelusuran terhadap kesalahan kesalahan prosedural;
- 15) Membantu memberikan informasi yang diperlukan dalam penyusunan standar pelayanan sehingga sekaligus dapat memberikan informasi bagi kinerja pelayanan.

Komponen yang sekurang-kurangnya harus ada dalam SOP adalah: (1) Halaman Judul (Cover); (2) Daftar Isi (3) SK yang ditanda tangani pimpinan tertinggi; (4) Penjelasan tata cara penggunaan dokumen. (5) Penjelasan beberapa definisi yang diperlukan .

Sedangkan kelengkapan yang harus ada dalam setiap SOP adalah: Nama SOP, Satuan Kerja/ Unir Kerja, Nomor Dokumen, Tanggal

Pembuatan, Tanggal Revisi, Tanggal Efektif, Pengesahan oleh pejabat yang berkompeten, Dasar hukum, Keterkaitan, Kualifikasi personel, Peralatan dan Perlengkapan Uraian SOP, serta Pencatatan.

Adapun prinsip-prinsip penyusunan SOP berdasarkan PER/21/M.PAN/ 11/2008 adalah sebagai berikut:

- 1) *Kemudahan dan kejelasan.* Prosedur-prosedur yang distandarkan harus dapat dengan mudah dimengerti dan diterapkan oleh semua pegawai bahkan seseorang sama sekali baru dalam tugas pelaksanaan tugasnya;
- 2) *Efisiensi dan efektivitas.* Prosedur-prosedur yang distandarkan harus merupakan prosedur yang paling efisien dan efektif dalam proses pelaksanaan tugas;
- 3) *Keselarasan.* Prosedur-prosedur yang distandarkan harus selaras dengan prosedur-prosedur standar lain yang terkait;
- 4) *Keterukuran.* Output dari prosedur-prosedur yang distandarkan mengandung standar kualitas (mutu) tertentu yang dapat diukur pencapaian keberhasilannya;
- 5) *Dinamis.* Prosedur-prosedur yang distandarkan harus dengan cepat dapat disesuaikan dengan kebutuhan peningkatan kualitas pelayanan yang berkembang dalam penyelenggaraan administrasi pemerintahan;
- 6) *Berorientasi pada pengguna* (mereka yang dilayani). Prosedur-

prosedur yang distandarkan harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna (*customer's needs*) sehingga dapat memberikan kepuasan kepada pengguna;

- 7) *Kepatuhan hukum*. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus memenuhi ketentuan dan peraturan-peraturan pemerintah yang berlaku;
- 8) *Kepastian hukum*. Prosedur-prosedur yang distandarkan harus ditetapkan oleh pimpinan sebagai sebuah produk hukum yang ditaati, dilaksanakan dan menjadi instrumen untuk melindungi pegawai dari kemungkinan tuntutan hukum.

Sedangkan prinsip-prinsip pelaksanaan SOP masih dari peraturan yang sama, adalah sebagai berikut:

- 1) *Konsisten*. SOP harus dilaksanakan secara konsisten dari waktu ke waktu, oleh siapapun, dan dalam kondisi apapun oleh seluruh jajaran organisasi pemerintahan;
- 2) *Komitmen*. SOP harus dilaksanakan dengan komitmen penuh dari seluruh jajaran organisasi, dari level yang paling rendah dan tertinggi;
- 3) *Perbaikan berkelanjutan*. Pelaksanaan SOP harus terbuka terhadap penyempurnaan-penyempurnaan untuk memperoleh prosedur yang benar-benar efisien dan efektif;
- 4) *Mengikat*. SOP harus mengikat pelaksana dalam

melaksanakan tugasnya sesuai dengan prosedur standar yang telah ditetapkan;

- 5) *Seluruh unsur memiliki peran penting.* Seluruh pegawai peran-peran tertentu dalam setiap prosedur yang distandarkan. Jika pegawai tertentu tidak melaksanakan perannya dengan baik, maka akan mengganggu keseluruhan proses, yang akhirnya juga berdampak pada proses penyelenggaraan pemerintahan;
- 6) *Terdokumentasi dengan baik.* Seluruh prosedur yang telah distandarkan harus didokumentasikan dengan baik, sehingga dapat selalu dijadikan referensi bagi setiap mereka

Dalam kiatannya dengan pola pelayanan, Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 menyatakan adanya empat pola pelayanan yaitu:

- 1) Fungsional

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

- 2) Terpusat

Pola pelayanan terpusat ini adalah pola pelayanan publik diberikan secara tunggal oleh penyelenggara pelayanan yang menjalankan fungsinya berdasarkan pelimpahan wewenang dari penyelenggara pelayanan terkait lainnya yang mempunyai urusan-urusan bersangkutan.

3) 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 disatuatapkan.
- 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.

Di dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 diamanatkan agar penetapan besaran biaya pelayanan publik perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Tingkat kemampuan dan daya beli masyarakat;
- 2) Nilai/harga yang berlaku atas barang, dan atau jasa;
- 3) Rincian biaya harus jelas untuk jenis pelayanan publik yang memerlukan tindakan seperti penelitian, pemeriksaan, pengukuran dan pengajuan;
- 4) Ditetapkan oleh pejabat yang berwenang dan memperhatikan prosedur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

4. Standar pelayanan minimal di rumah sakit

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 228/ MENKES/ SK/ III/ 2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit yang Wajib dilaksanakan Daerah

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Kabupaten/ Kota adalah standar pelayanan berdasarkan kewenangan yang telah diserahkan, yang harus dilaksanakan Rumah Sakit Kabupaten/Kota untuk meningkatkan mutu pelayanan yang dapat dijangkau oleh masyarakat yang sekaligus merupakan akuntabilitas daerah kepada pemerintah dalam penyelenggaraan pemerintah Kabupaten/Kota serta sebagai instrumen pembinaan dan pengawasan pemerintah kepada Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota.

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1747/Menkes-Kesos/SK/XII/2000 tentang Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal Dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, maka pedoman ini merupakan acuan bagi setiap Propinsi untuk menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Kabupaten/ Kota masing-masing. Rumah Sakit yang ada di Kabupaten/ Kota melaksanakan Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan oleh Propinsi. Walaupun demikian, tidak serta merta pelaksanaan tersebut harus secara otomatis, akan tetapi tetap bijaksana dan memiliki kepekaan dengan memperhatikan situasi kondisi wilayah setempat.

Falsafah dalam pelayanan minimal di rumah sakit adalah;

- a) Kesehatan adalah Hak Warga Negara, sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945.
- b) Kesehatan adalah investasi Sumber Daya Manusia.
- c) Kesehatan adalah tanggung jawab bersama antara Pemerintah dan Masyarakat.
- d) Upaya kesehatan berdasarkan perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan pada Tuhan Yang Maha Esa.
- e) Dalam Pembangunan Kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal, bermutu, efisien dan merata, tanpa memandang suku dan golongan.

Visi dari pelayanan minimal yaitu; Pelayanan rumah sakit yang Prima terjangkau dan merata sesuai standar.

Adapun yang menjadi misi dari pelayanan minimal adalah;

- a) Meningkatkan peran Pemerintah Kabupaten/Kota dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya.
- b) Meningkatkan peran Pemerintah Kabupaten/Kota dalam upaya membiayai pelayananpelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit yang diperuntukkan kepada masyarakat yang tidak mampu diwilayahnya.

- c) Meningkatkan peran rumah sakit Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota dalam peningkatan mutu pelayanan bagi masyarakat khususnya bagi yang tidak mampu.
- d) Meningkatkan peran rumah sakit Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan pada masyarakat tidak mampu untuk jenis pelayanan rujukan, kegawatdaruratan, kesehatan ibu anak, pelayanan darah, kekurangan energi protein/kurang gizi, serta pemberantasan penyakit menular.
- e) Mengembangkan system pembiayaan pelayanan kesehatan dalam bentuk unit cost untuk masing-masing jenis pelayanan.

Tujuan dari adanya pelayanan minimal adalah;

- a) Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pembiayaan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.
- b) Terlaksananya pelayanan kesehatan rujukan, pelayanan kesehatan dasar.
- c) Terlaksananya pelayanan yang dapat dijangkau oleh masyarakat yang tidak mampu.
- d) Terlaksananya pelayanan yang bermutu oleh rumah sakit diperuntukkan bagi sebesar-besar peningkatan kepuasan masyarakat yang dilayani.

- e) Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah Propinsi/Kabupaten/Kota.
- f) Standar pelayanan minimal merupakan salah satu upaya untuk mendorong pemerintah daerah memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit yang bertujuan agar kebutuhan dasar masyarakat dibidang kesehatan umumnya dan pelayanan kesehatan rujukan/rumah sakit tidak terabaikan, sedangkan pendanaannya diatur melalui dana alokasi umum atau dana dari sumber lainnya yang sah.

Manfaat dari diadakannya standar pelayanan minimal dalam pelayanan publik, adalah;

- a) Bagi masyarakat:
 - 1) tersedia pelayanan yang terjangkau dan berkesinambungan.
 - 2) Pelayanan bermutu dan sesuai standart
 - 3) Meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat.
 - 4) Melindungi hak asasi masyarakat dibidang kesehatan.
- b) Bagi Rumah Sakit
 - 1) akuntabilitas rumah sakit kepada pemerintah daerah.
 - 2) Pemacu untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja rumah sakit.
 - 3) Memudahkan rumah sakit untuk menentukan strategi.

4) Dapat dijadikan salah satu dasar untuk menghitung besarnya subsidi kepada rumah sakit oleh pemerintah kabupaten/kota untuk pelayanan masyarakat.

c) Bagi Pemerintah Kabupaten/ Kota

- 1) Adanya akuntabilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Merupakan rujukan dalam rangka melakukan pembinaan diwilayahnya.
- 3) Mengetahui hal-hal yang harus difasilitasi oleh Kabupaten/Kota
- 4) Mengetahui ruang kewenangan dalam bidang kesehatan daerah Kabupaten Kota.
- 5) Merupakan acuan yang dapat digunakan sebagai alat untuk meningkatkan pembinaan.

d) Bagi Propinsi

Merupakan acuan untuk propinsi dalam menetapkan sebagai tolok ukur pelaksanaan kewenangan minimal yang menjadi kewajiban daerah Kabupaten Kota.

e) Bagi Pemerintah Pusat

Terjaminnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat khususnya yang tidak mampu tetap menjadi prioritas. Sebab jangan sampai pembagian kewenangan itu justru mengabaikan fungsi-fungsi dasar adanya pelayanan itu sendiri.

5. Standar pelayanan minimal rumah sakit daerah.

Keberadaan standar pelayanan minimal bagi rumah sakit-rumah sakit di daerah, diharapkan dapat;

a) Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit.

b) Indikator

Merupakan variabel ukuran atau tolok ukur yang dapat menunjukkan indikasi-indikasi terjadinya perubahan tertentu. Untuk mengukur kinerja rumah sakit ada beberapa indicator, yaitu:

- 1) Input, yang dapat mengukur pada bahan alat sistem prosedur atau orang yang memberikan pelayanan misalnya jumlah dokter, kelengkapan alat, prosedur tetap dan lain-lain.
- 2) Proses, yang dapat mengukur perubahan pada saat pelayanan yang misalnya kecepatan pelayanan, pelayanan dengan ramah dan lain-lain.
- 3) Output, yang dapat menjadi tolok ukur pada hasil yang dicapai, misalnya jumlah yang dilayani, jumlah pasien yang dioperasi, kebersihan ruangan.

- 4) Outcome, yang menjadi tolok ukur dan merupakan dampak dari hasil pelayanan sebagai misalnya keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan dan lain-lain.
 - 5) Benefit, adalah tolok ukur dari keuntungan yang diperoleh pihak rumah sakit maupun penerima pelayanan atau pasien yang misal biaya pelayanan yang lebih murah, peningkatan pendapatan rumah sakit.
 - 6) Impact, adalah tolok ukur dampak pada lingkungan atau masyarakat luas misalnya angka kematian ibu yang menurun, meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, meningkatnya kesejahteraan karyawan.
- c) Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan sebagai patokan dalam melakukan kegiatan. Standar ini dapat ditentukan berdasarkan kesepakatan propinsi, kabupaten/kota sesuai dengan *evidence base*.
- d) Bahwa rumah Sakit sesuai dengan tuntutan daripada kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh rumah sakit propinsi/kabupaten/kota, maka harus memberikan pelayanan untuk keluarga miskin dengan biaya ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.
- e) Secara khusus selain pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat wilayah setempat maka rumah sakit juga harus meningkatkan manajemen di dalam rumah sakit yaitu meliputi:

- 1) Manajemen Sumberdaya Manusia.
- 2) Manajemen Keuangan.
- 3) Manajemen Sistem Informasi Rumah Sakit, kedalam dan keluar rumah sakit.
- 4) Sarana prasarana.
- 5) Mutu Pelayanan.

f) Indikator Kinerja

Pelayanan Kegiatan Minimal yang wajib dilakukan Indikator/Cakupan Standar/Fokus

- 1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan Jumlah rumah sakit, 1 TT untuk 1500 penduduk Kelas C jumlah pasien miskin 100% terlayani Standar disusun oleh Propinsi sesuai kesepakatan dengan Kabupaten/Kota
- 2) Manajemen Rumah Sakit Jumlah dokter spesialis 4 dasar
 - a) SDM Membuat rencana ketenaga kerjaan di rumah sakit meliputi: Medis, Non Medis Diklat, 5% dari jumlah anggaran rumah sakit
 - b) Keuangan Penerimaan RS untuk pembiayaan operasional RS Analisa keuangan, perencanaan, evaluasi
 - c) Sarana prasarana/alat untuk mendukung pelayanan Sesuai dengan standar pelayanan alat medis, sesuai dengan spesialisasi yang dimiliki. Sanitasi lingkungan RS/limbah rumah sakit

Dikalibrasi secara berkala Kandungan limbah cair; PH 6-9, BOD 30 Mg/l, COD 80 Mg/l, TSS 30 Mg/l

- g) Perencanaan administrasi Rencana strategi, master plan, master program
- h) Mutu Rumah sakit terakreditasi untuk pelayanan dasar
- i) Manajemen system informasi rumah sakit
 - 1) Rekam Medik,
 - 2) Informasi Keuangan RS;
 - 3) Data-data umum, dan informasi seluruh kegiatan dan pelayanan di RS
 - 4) Data-data Pelayanan RS
 - 5) Data-data Kepegawaian
 - 6) Data-data alat
- j) Pelayanan Medik Pelayanan oleh tenaga medis, meliputi Promotif
 - 1) Rawat Jalan Preventif, Kuratif, Rehabilitatif, untuk rujukan, kegawat- daruratan, kesehatan ibu anak, kurang gizi dan protein anak, pemberantasan penyakit menular
 - 2) Rawat Inap Tersedianya pelayanan rawat inap bagi pasien miskin, rawat inap kelas III
 - 3) Pelayanan Penunjang Radiologi: toraz foto Laboratorium dan bank darah, Rehabilitasi medik: Fisioterapi Farmasi: Doen, formularium Gizi Rawat inap

6. Peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*)

Dalam rangka melindungi penyelenggaraan rumah sakit, tenaga kesehatan dan melindungi pasien maka rumah sakit perlu mempunyai peraturan internal rumah sakit yang bisa disebut *hospital by laws*. Peraturan tersebut meliputi aturan-aturan berkaitan dengan pelayanan kesehatan, ketenagaan, administrasi dan manajemen.

Bentuk peraturan internal rumah sakit (HBL) yang merupakan materi muatan pengaturan dapat meliputi antara lain: tata tertib rawat inap pasien, identitas pasien, hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit, informed consent, rekam medik, visum et repertum, wajib simpan rahasia kedokteran, komite medik, panitia etik kedokteran, panitia etika rumah sakit, hak akses dokter terhadap fasilitas rumah sakit, persyaratan kerja, jaminan keselamatan dan kesehatan, kontrak kerja dengan tenaga kesehatan dan rekanan. Bentuk dari *Hospital by laws* dapat merupakan Peraturan Rumah Sakit, Standar Operating Procedure (SOP), Surat Keputusan, Surat Penugasan, Pengumuman, Pemberitahuan dan Perjanjian (MoU). Peraturan internal rumah sakit (HBL) antara rumah sakit satu dengan yang lainnya tidak harus sama materi muatannya, hal tersebut tergantung pada: sejarahnya, pendiriannya, kepemilikannya, situasi dan kondisi yang ada pada rumah sakit tersebut. Namun demikian peraturan internal rumah sakit tidak boleh bertentangan dengan peraturan di atasnya seperti Keputusan Menteri, Keputusan Presiden, Peraturan Pemerintah dan Undang-undang. Dalam

bidang kesehatan pengaturan tersebut harus selaras dengan Undang-undang nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan peraturan pelaksanaannya.

Dalam pelaksanaan pelayanan di rumah sakit, monitoring dan evaluasi sangat penting untuk dilaksanakan, terhadap hal-hal;

- a) Standar pelayanan minimal ini wajib dilaksanakan oleh Rumah Sakit Kabupaten/Kota.
- b) Untuk pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi, dapat dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota setempat, Bupati/Walikota, DPRD, Gubernur.
- c) Pembinaan oleh pemerintah pusat dilakukan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- d) Evaluasi internal dilakukan oleh Komite Medik dalam mutu pelayanan Rumah Sakit.
- e) Monitoring dan Evaluasi oleh Tim Akreditasi Rumah Sakit wilayah setempat dan Dinas Kesehatan Propinsi dilakukan secara berkala.

C. Perilaku Aparatur Birokrasi Pemerintahan

Kecenderungan *birokrasi* dan *birokratisasi* pada masyarakat modern benar-benar dipandang memprihatinkan, sehingga digambarkan adanya prediksi mengenai makin menggejalanya dan berkembangnya praktek-praktek birokrasi yang paling rasionalpun, tidak bisa lagi dianggap sebagai

kabar menggembirakan, melainkan justru merupakan pertanda malapetaka dan bencana baru yang menakutkan (Blau dan Meyer, 2000).

Siagian (1994), mengakui adanya *patologi birokrasi*. Hal itu dicirikan oleh kecenderungan patologi karena persepsi, perilaku dan gaya manajerial, masalah pengetahuan dan ketrampilan, tindakan melanggar hukum, keperilakuan, dan adanya situasi internal. Demikian juga Kartasasmita (1995), menyebutkan bahwa birokrasi memiliki kecenderungan mengutamakan kepentingan sendiri (*self serving*), mempertahankan *statusquo* dan *resisten* terhadap perubahan, dan memusatkan kekuasaan. Hal inilah yang kemudian memunculkan kesan bahwa birokrasi cenderung lebih mementingkan prosedur daripada substansi, lamban dan menghambat kemajuan.

Islamy (1998), mengemukakan bahwa birokrasi di kebanyakan negara berkembang termasuk Indonesia cenderung bersifat *patrimonialistik* : tidak efisien, tidak efektif (*over consuming and under producing*), tidak obyektif, menjadi pemaarah ketika berhadapan dengan kontrol dan kritik, tidak mengabdikan kepada kepentingan umum, tidak lagi menjadi alat rakyat tetapi telah menjadi instrumen penguasa dan sering tampil sebagai penguasa yang sangat *otoritatif* dan *represif*.

Hasil penelitian (Santoso, 1993; Thaba, 1996; Fatah, 1998), ditemukan bahwa birokrasi di Indonesia ada kecenderungan berkembang kearah "*parkinsonian*", dimana terjadinya proses pertumbuhan jumlah personil dan

pemekaran struktur dalam birokrasi secara tidak terkendali. Pemekaran yang terjadi bukan karena tuntutan fungsi, tetapi semata-mata untuk memenuhi tuntutan struktur. Disamping itu, terdapat pula kecenderungan terjadinya birokrasi "*orwellian*" yakni proses pertumbuhan kekuasaan birokrasi atas masyarakat, sehingga kehidupan masyarakat menjadi dikendalikan oleh birokrasi. Akibatnya, birokrasi semakin membesar (*big bureaucracy*) dan cenderung tidak efektif dan tidak efisien.

Pada kondisi yang demikian, sangat sulit diharapkan birokrasi siap dan mampu melaksanakan kewenangan-kewenangan barunya secara optimal. Meskipun sudah menjadi gejala yang sangat umum, ternyata pada setiap konteks sistem budaya masyarakat, secara empirik birokrasi dan birokratisasi terlihat dalam pola perilaku yang beragam. Gejala demikian menunjukkan bahwa birokrasi dan birokratisasi tidak pernah tampil dalam bentuk idealnya.

Beberapa alasan mengapa bentuk ideal birokrasi tidak nampak dalam praktek kerjanya antara lain: *Pertama*, manusia birokrasi tidak selalu berada (*exist*) hanya untuk organisasi. *Kedua*, birokrasi sendiri tidak kebal terhadap perubahan sosial. *Ketiga*, birokrasi dirancang untuk semua orang. *Keempat*, dalam kehidupan keseharian manusia birokrasi berbeda-beda dalam kecerdasan, kekuatan, pengabdian dan sebagainya, sehingga mereka tidak dapat saling dipertukarkan untuk peran dan fungsinya dalam kinerja organisasi birokrasi (Suryono, down load, 17 April 2008).

Masyarakat yang sedang berkembang tidak semua dapat menikmati manfaat birokrasi yang rasional. Birokrasi menghadapi krisis kepercayaan dari masyarakat, maka kecaman dan pesimisme semakin muncul karena banyak anggota masyarakat merasakan bahwa berbagai pola tingkah laku yang telah merupakan kebiasaan dalam birokrasi tidak dapat mengikuti dan memenuhi tuntutan pembangunan dan perkembangan masyarakatnya. Islamy (1998), menyebutkan adanya keadaan birokrasi publik di sektor pemerintahan, pendidikan dan kesehatan dan sebagainya berada dalam suatu kondisi yang dikenal dengan istilah *organizational slack* yang ditandai dengan menurunnya kualitas pelayanan yang diberikannya. Masyarakat pengguna pelayanan banyak mengeluhkan akan lambannya penanganan pemerintah atas masalah yang dihadapi dan bahkan mereka telah memberikan semacam *public alarm* agar pemerintah sebagai instansi yang paling berwenang, responsif terhadap semakin menurunnya kualitas pelayanan kepada masyarakat segera mengambil inisiatif yang cepat dan tepat untuk menanggulangnya.

Menurut Islamy (1998), terdapat pelbagai faktor yang menyebabkan birokrasi publik mengalami *organizational slack* yaitu antara lain pendekatan atau orientasi pelayanan yang kaku, visi pelayanan yang sempit, penguasaan terhadap *administrative engineering* yang tidak memadai, dan semakin bertambah gemuknya unit-unit birokrasi publik yang tidak difasilitasi dengan 3P (personalia, peralatan dan penganggaran) yang cukup dan handal (*viable*

bureaucratic infrastructure). Akibatnya, aparat birokrasi publik menjadi lamban dan sering terjebak ke dalam kegiatan rutin, tidak responsif terhadap aspirasi dan kepentingan publik serta lemah beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi di lingkungannya.

Guna merespon kesan buruk birokrasi seperti itu, birokrasi perlu melakukan beberapa perubahan sikap dan perilakunya antara lain: (a) birokrasi harus lebih mengutamakan sifat pendekatan tugas yang diarahkan pada hal pengayoman dan pelayanan masyarakat; dan menghindarkan kesan pendekatan kekuasaan dan kewenangan; (b) birokrasi perlu melakukan penyempurnaan organisasi yang bercirikan organisasi modern, ramping, efektif dan efisien yang mampu membedakan antara tugas-tugas yang perlu ditangani dan yang tidak perlu ditangani (termasuk membagi tugas-tugas yang dapat diserahkan kepada masyarakat); (c) birokrasi harus mampu dan mau melakukan perubahan sistem dan prosedur kerjanya yang lebih berorientasi pada ciri-ciri organisasi modern yakni: pelayanan cepat, tepat, akurat, terbuka dengan tetap mempertahankan kualitas, efisiensi biaya dan ketepatan waktu; (d) birokrasi harus memosisikan diri sebagai fasilitator pelayan publik dari pada sebagai agen pembaharu pembangunan; (e) birokrasi harus mampu dan mau melakukan transformasi diri dari birokrasi yang kinerjanya kaku (*rigid*) menjadi organisasi birokrasi yang strukturnya lebih desentralistis, inovatif, fleksibel dan responsif. (Suryono, down load, 17 April 2008).

Dari pandangan ini, dapat disimpulkan bahwa organisasi birokrasi yang mampu memberikan pelayanan publik secara efektif dan efisien kepada masyarakat, salah satunya jika strukturnya lebih terdesentralisasi daripada tersentralisasi. Sebab, dengan struktur yang terdesentralisasi diharapkan akan lebih mudah mengantisipasi kebutuhan dan kepentingan yang diperlukan oleh masyarakat, sehingga dengan cepat birokrasi dapat menyediakan pelayanannya sesuai yang diharapkan masyarakat pelanggannya. Sedangkan dalam konteks persyaratan budaya organisasi birokrasi, perlu dipersiapkan tenaga kerja atau aparat yang benar-benar memiliki kemampuan (*capability*), memiliki loyalitas kepentingan (*competency*), dan memiliki keterkaitan kepentingan (*consistency* atau *coherency*). Oleh karena itu, untuk merealisasikan kriteria ini Pemerintah sudah seharusnya segera menyediakan dan mempersiapkan tenaga kerja birokrasi *professional* yang mampu menguasai teknik-teknik manajemen pemerintahan yang tidak hanya berorientasi pada peraturan (*rule oriented*) tetapi juga pada pencapaian tujuan (*goal oriented*).

Menurut Johnson (1991), istilah *professional* dan *professionalisasi*, *Pertama*, dipergunakan untuk menunjuk pada perubahan besar dalam struktur pekerjaan, dengan jumlah pekerjaan-pekerjaan *professional*, atau bahkan pekerjaan-pekerjaan halus (*white collar jobs*) yang meningkat secara relative dibandingkan dengan pekerjaan-pekerjaan lainnya, baik sebagai akibat perluasan kelompok pekerjaan yang sudah ada ataupun sebagai

akibat munculnya pekerjaan-pekerjaan baru di bidang jasa. *Kedua*, dipergunakan dalam arti yang hampir sama dengan peningkatan jumlah asosiasi pekerjaan yang mengupayakan adanya pengaturan rekrutmen dan praktek dalam bidang pekerjaan tertentu. *Ketiga*, memandang profesionalisasi sebagai suatu proses yang jauh lebih rumit yang menunjuk pada suatu pekerjaan dengan sejumlah atribut prinsip-prinsip profesional yang merupakan unsur-unsur pokok profesionalisme. *Keempat*, menunjuk pada suatu proses dengan urutan yang tetap, yaitu suatu pekerjaan dengan tahap-tahap perubahan organisatoris yang dapat diramalkan menuju bentuk akhir profesionalisme.

Dengan demikian, manajemen strategi pelayanan publik yang profesional harus lebih berorientasi pada paradigma *goal governance* yang didasarkan pada pendekatan manajemen baru baik secara teoritis maupun praktis. Sekaligus, paradigma *goal governance* ini diharapkan mampu menghilangkan praktek-praktek birokrasi Weberian yang negative seperti struktur birokrasi yang hierarkhikal yang menghasilkan biaya operasional lebih mahal (*high cost economy*) daripada keuntungan yang diperolehnya, merajalelanya *red tape*, rendahnya inisiatif dan kreativitas aparat, tumbuhnya budaya *mediokratis* (sebagai lawan dari budaya *meritokratis*) dan inefisiensi.

Substansi pelayanan publik selalu dikaitkan dengan suatu kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau kelompok orang atau instansi tertentu

untuk memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Pelayanan publik ini menjadi semakin penting karena senantiasa berhubungan dengan khalayak masyarakat ramai yang memiliki keaneka ragaman kepentingan dan tujuan. Oleh karena itu institusi pelayanan publik dapat dilakukan oleh pemerintah maupun non-pemerintah. Jika pemerintah, maka organisasi birokrasi pemerintahan merupakan organisasi garis terdepan (*street level bureaucracy*) yang berhubungan dengan pelayanan publik. Dan jika non-pemerintah, maka dapat berbentuk organisasi partai politik, organisasi keagamaan, lembaga swadaya masyarakat maupun organisasi-organisasi kemasyarakatan yang lain. Siapapun bentuk institusi pelayanannya, maka yang terpenting adalah bagaimana memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam rangka memenuhi kebutuhan dan kepentingannya.

Dalam kaitannya dengan penyelenggaraan pemerintahan, birokrasi sebagai ujung tombak pelaksana pelayanan publik mencakup berbagai program-program pembangunan dan kebijaksanaan-kebijaksanaan pemerintah. Tetapi dalam kenyataannya, birokrasi yang dimaksudkan untuk melaksanakan tugas-tugas umum pemerintahan dan pembangunan tersebut, seringkali diartikulasikan berbeda oleh masyarakat. Birokrasi di dalam menyelenggarakan tugas pemerintahan dan pembangunan (termasuk di dalamnya penyelenggaraan pelayanan publik) diberi kesan adanya proses panjang dan berbelit-belit apabila masyarakat menyelesaikan urusannya

berkaitan dengan pelayanan aparatur pemerintahan. Akibatnya, birokrasi selalu mendapatkan citra negatif yang tidak menguntungkan bagi perkembangan birokrasi itu sendiri (khususnya dalam hal pelayanan publik). Strategi manajemen birokrasi profesional dalam pelayanan publik ini ditandai dengan beberapa karakteristik antara lain: *Pertama*, perubahan yang besar pada orientasi administrasi negara tradisional menuju ke perhatian yang lebih besar pada pencapaian hasil dan pertanggung jawaban pribadi pimpinan. *Kedua*, keinginan untuk keluar dari birokrasi klasik dan menjadikan organisasi, pegawai, masa pengabdian dan kondisi pekerjaan yang lebih luwes. *Ketiga*, tujuan organisasi dan individu pegawai disusun secara jelas sehingga memungkinkan dibuatkannya tolok ukur prestasi lewat indikator kinerjanya masing-masing, termasuk pula sistem evaluasi program-programnya. *Keempat*, staf pimpinan yang senior dapat memiliki komitmen politik kepada pemerintah yang ada, dan dapat pula bersikap non partisan dan netral. *Kelima*, fungsi-fungsi pemerintah bisa dinilai lewat uji pasar (*market test*) seperti misalnya dikontrakkan pada pihak ketiga tanpa harus disediakan atau ditangani sendiri oleh pemerintah. *Keenam*, mengurangi peran-peran pemerintah misalnya lewat kegiatan *privatisasi*. *Ketujuh*, birokrasi harus steril dari akomodasi politik yang menghambat efektivitas pemerintahan. *Kedelapan*, rekrutmen dan penempatan pejabat birokrasi yang bebas dari kolusi, korupsi dan nepotisme.

Penerapan pendekatan manajemen profesional pada sektor publik ini telah banyak disuarakan oleh para pakar dengan berbagai label, misalnya dengan nama "*managerialism*" oleh Pollitt (1990), "*new public management*" oleh Hood (1991), "*market based public administration*" oleh Lan dan Rosenbloom (1992), dan "*entrepreneurial government/ Reinventing Government*" oleh Osborn dan Gaebler (1992). Apapun label yang dipergunakan, yang jelas pendekatan manajemen profesional ini telah merubah orientasi fokus peran dan fungsi birokrasi dalam pemerintahan yang semula lebih mementingkan "*process*" menuju ke "*product*", atau dari "*rule governance*" menuju ke "*goal governance*". Tetapi perlu diingat, bahwa dalam perdebatan teoritis dari kedua kutub orientasi ini, baik *rule governance* maupun *goal governance* memiliki segi kelemahan dan kelebihan masing-masing. Kelemahan *rule governance*, misalnya, dianggap mempunyai penerapan peraturan yang kaku, bercirikan struktural hierarkhikal, pengawasan yang ketat, bersifat impersonal, dan sebagainya, sehingga menjadikan birokrasi sebagai "*mesin rasional*" yang menciptakan perilaku aparat yang formal dan *robotic* yang kurang peka terhadap terhadap nilai-nilai kemanusiaan dan lingkungan sosialnya. Akibat dari struktur birokrasi yang terlalu rasional bisa menimbulkan hal-hal yang sifatnya disfungsional, inefisiensi dan bahkan konflik dengan masyarakat yang dilayani karena sifat impersonal aparat birokrasi dalam memberikan pelayanan kepada masyarakatnya. Demikian pula, aturan-aturan (*rules*) sebagai sarana untuk

mencapai tujuan seringkali berubah menjadi tujuan itu sendiri. Segi kelebihannya, menunjukkan semakin tingginya tertib administrasi yang dicapai oleh birokrasi publik.

Adapun kelebihan *goal governance* yaitu meletakkan fokus utamanya pada “*the achievement of result and taking individual responsibility for their achievement*”. (berorientasi pada hasil dan setiap individu harus ikut bertanggungjawab terhadap hasil tersebut). Tetapi ia juga memiliki kelemahan apabila prinsip-prinsip manajemen baru itu hendak diterapkan di sektor publik. Misalnya, sampai sekarang masih terjadi diskursus yang seru terhadap 10 prinsip dalam *entrepreneurial government*-nya Osborn dan Gaebler (1992), yang mereka kemukakan dalam uraian yang sangat provokatif yaitu *Reinventing Government*.

Konsep pemerintahan *entrepreneur* Osborn dan Gaebler yang mencoba menemukan nilai-nilai baru (*re-inventing*) di bidang pemerintahan ternyata menurut Painter (1994), mempunyai kekuatan dan sekaligus kelemahan. Kritik Painter terhadap konsep pemerintahan *entrepreneur* adalah bahwa ia terlalu bias pada “*new administrative values*” yang lebih banyak menitik beratkan pada orientasi *goal governance* dengan meminggirkan nilai-nilai administrasi klasik yang sebenarnya masih potensial yang berbasis pada *rule governance*. Oleh karena itu, Painter menyebutnya bukannya *reinventing government* melainkan pemerintahan yang sudah dalam keadaan tertinggal (*abandoning government*), karena Osborn dan

Gaebler sebenarnya telah menghapuskan atau setidaknya telah membelotkan nilai-nilai pemerintahan. Padahal kedua nilai tersebut (lama dan baru) bisa disatu padukan.

Kritik yang lain, misalnya dari Pollitt (dalam Hughes, 1994), yang meragukan penerapan prinsip-prinsip *entrepreneurship* di sektor publik. Setidaknya-tidaknya ada dua hal yang melemahkan konsep tersebut dengan mengatakan:

“First, the provider/consumer transactions in the public services tend to be notably more complex than those faced by the customer in a normal market; and second, public service consumers are never merely consumers, they are always citizens too, and they has a set of unique implications for the transactions” (Pertama, transaksi, provider/konsumer dalam pelayanan publik cenderung berada pada sesuatu yang khusus dan lebih kompleks daripada berhadapan dengan pelanggan di pasar yang normal; Kedua, pengguna pelayanan publik tidak hanya konsumen saja, mereka juga termasuk warga negara lain, dan mereka adalah bagian yang unik dari implikasi suatu transaksi).

Sehubungan dengan itu, menurut Hughes (1994), diperlukan adanya *repositioning* dengan menyusun agenda kebijakan reformasi administrasi negara dengan mensinergikan orientasi *rule governance* dan *goal governance*. Hughes mengatakan:

.....the best parts of the old model professionalism, impartiality, high ethical standards, the absence of corruption can be maintained, along with the improved performance a managerial model premises” (bagian terbaik dari model profesionalisme lama adalah sikap yang adil, standard etika yang tinggi, tingkat korupsi yang dapat dipantau, bersamaan dengan bentuk dasar pemikiran model manajerialnya).

Memahami perdebatan persoalan tatanan dan pertikaian (*order and conflict*) seperti diatas, hingga kinipun para teoritis sosiologi-politik sering

membandingkannya dengan perdebatan hubungan antara *struktur* dengan *tindakan*. Berkenaan dengan persoalan ini, Sharrock dan Watson (1988), mengemukakan sebagai berikut;

“What is the relationship between structure and agency? The two seem inimical: structure apparently means givenness, constraint, stability, whilst agency seemingly implies creativity, autonomy, fluidity. How, then, do structure and agency relate in society: is it primarily one or the other? Does emphasis on structure marginalize or eliminate agency, does emphasis on agency dispose of structure?”.

Tampaknya, hubungan antara struktur dengan tindakan cenderung digambarkan sebagai bersifat antagonistik. Struktur sering digambarkan sebagai suatu ketentuan, kekuatan penghambat, dan kestabilan. Sedangkan tindakancenderung menampakkan daya cipta, otonomi, dan ketidak stabilan. Karena itu, penting untuk diajukan pertanyaan. Manakah yang lebih mendasar, struktur atau tindakan? Benarkah bila penekanan diberikan kepada struktur berarti menghilangkan atau meminggirkan tindakan? Sebaliknya, benarkan bila penekanan diberikan kepada tindakan berarti membuang struktur begitu saja? Benarkah bahwa tertib yang berlangsung dalam birokrasi selalu bersifat impersonal? Benarkan bahwa para pejabat birokrasi hanya tunduk kepada suatu tatanan yang menjadi kiblat bagi segala tindakannya? Mengapa birokrasi cenderung bertindak berbeda pada *setting* ruang dan waktu yang berbeda? Apakah perubahan yang dilakukan oleh birokrasi sesuai dengan fungsi reformasi yang dikehendaki oleh masyarakat banyak, ataukah sekedar *formalitas* sebagai kewajiban struktural yang

cenderung *statusquo*; atau hanya sebagai *mesin* alat penggerak untuk memanipulasi dan memobilisasi rakyat agar tunduk pada kekuasaan birokrasi (*machine bureaucracy*)?.

Pertanyaan-pertanyaan ini antara lain dapat dijawab melalui pandangan kelompok: *aliran strukturalis, aliran struktural-konflik, dan aliran strukturalisasi*. *Aliran strukturalis* (Marx, 1942; Dahrendorf, 1959), berpandangan bahwa kekuasaan (birokrasi) adalah sebagai fasilitas atau sumber sosial yang dapat dipakai untuk mencapai tujuan bersama. Fungsi sosial dari kekuasaan adalah untuk memelihara ketertiban dan keseimbangan dalam masyarakat. Kekuasaan sebagai atribut utama dalam sistem sosial berwujud kepemimpinan yang bertanggung jawab, tetapi juga berbentuk keputusan-keputusan yang mengikat bagi semua golongan masyarakat. Jadi kekuasaan adalah sarana bagi tercapainya tujuan-tujuan masyarakat secara keseluruhan. Atas dasar itulah, menurut pandangan strukturalis, konsentrasi kekuasaan adalah syah selama masyarakat memang menghendaknya.

Kritik terhadap pendapat ini adalah karena kaum strukturalis terlalu menitik beratkan pada struktur yang statis (*statusquo*) dengan mengabaikan proses perubahan sosial yang terjadi, serta ketidak mampuannya mengatasi konflik secara efektif (Cohen, 1968; Gouldner, 1970; Abrahamson, 1978).

Implikasi pendapat strukturalis ini terhadap fenomena birokrasi profesional menunjukkan bahwa perubahan tindakan birokrasi merupakan gerakan moral masyarakat yang menghendaki adanya suatu perubahan

paradigma kinerja birokrasi. Berbeda halnya dengan pandangan aliran *struktural-konflik* (Gramsci, Baran, Coser, dalam Turner, 1974); kelompok yang satu ini justru melihat tindakan birokrasi sebagai suatu fakta sosial yang banyak diwarnai oleh dominasi politik, eksploitasi sosial, dan perkembangan ekonomi.

Dominasi politik ditandai dengan suasana paksaan (*coercion*) yang menimbulkan intimidasi, propaganda dan indoktrinasi. *Dominasi sosial* ditandai dengan supremasi golongan/ ras/ budaya yang menyebabkan suasana *hegemoni*. Sedangkan *dominasi ekonomi* ditandai oleh eksploitasi akibat ketimpangan distribusi alat produksi antara kepentingan kelas borjuasi dengan proletar. Implikasi pandangan aliran strukturalis konflik ini terhadap fenomena birokrasi profesional menunjukkan bahwa perubahan paradigma yang dilakukan oleh birokrasi justru akan menimbulkan konflik baru (*new conflict*) dalam tatanan kenegaraan, pemerintahan dan masyarakat. Konflik dimaksud, bisa saja tidak seperti konflik yang terjadi dalam organisasi yaitu intensitas konfliknya dapat mempertinggi kinerja pencapaian hasil sebuah organisasi, karena berkonflik hanya dalam perbedaan pandangan, pendapat, metode, atau strategi dalam mencapai tujuan organisasi tersebut (Abdi, 2001).

Adapun menurut *aliran strukturasi* Giddens (dalam Baert, 1998), mencoba mencari hubungan antara *struktur* dan *aktor*. Kelompok strukturasionis ini tidak memandang struktur dan aktor atau agen sebagai

dua hal yang dikotomis sehingga menghasilkan dualisme struktur; sebaliknya dua hal tersebut saling berhubungan secara *dialektis* dan *kontinuum* sehingga menghasilkan *dualitas struktur*. Aktor atau agen menurut pandangan aliran ini adalah partisipan yang aktif dalam mengkonstruksi kehidupan sosial, setidaknya-tidaknya menjadi tuan atas nasibnya sendiri.

Setiap tindakan manusia selalu mempunyai tujuan. Ini berarti bahwa aktor secara rutin dan diam-diam memonitor apa yang sedang ia lakukan, sebagaimana reaksi orang terhadap tindakannya dan lingkungan dimana ia melakukan aktivitas tersebut. Sedangkan struktur, selain dapat membatasi aktivitas manusia (*constraining*) tetapi juga memberikan kebebasan bertindak (*enabling*) kepada manusia. Dualitas struktur melihat kekuasaan (birokrasi) sebagai simuka janus (*the janus face of power*) yang berfungsi sebagai alat analisis kehidupan sosial yang penting, terutama mengenai hubungan antara tindakan manusia dan struktur. Dualitas struktur menganalisis bagaimana tindakan-tindakan aktor sosial diproduksi dan juga bagaimana struktur secara terus menerus di reproduksi dalam kegiatan-kegiatan si aktor sosial sepanjang waktu dan ruang yang sangat luas.

Teori strukturasi ini tidak luput dari kritik. Beberapa kritik yang sering dikemukakan terhadap aliran strukturasi antara lain: (a) masih sedikitnya bukti empirik yang bisa memperkuat validitas teori ini; Bukan aktor atau agen merubah struktur, tetapi justru struktur merubah aktor atau agen. (b) Giddens dipandang gagal menjelaskan fenomena konflik; (c) diragukan keaslian,

kedalaman, kejelasan analitik dan konsistensi internalnya (*fallacy of perspectivism*), karena berasal dari pinjaman berbagai teori lain; (d) dan dicurigai karena pendirian politiknya cenderung mendukung *statusquo*. Implikasi pendapat strukturasi ini terhadap fenomena birokrasi profesional diharapkan akan berdampak positif dalam upaya menciptakan kejelasan pembagian konsep ruang publik (*public sphere*) dan ruang pribadi (*private sphere*) dalam pembaharuan perubahan orientasi tindakan birokrasi.

Jawaban teoritis tersebut di atas sengaja penulis ajukan untuk memancing wacana dan emosi para pembaca apakah strategi manajemen birokrasi profesional masih dimungkinkan untuk dilaksanakan atau tidak di Negara Republik Indonesia ini? Jika ya, maka akan lahir putera-puteri bangsa yang terbaik dari yang terbaik (*best for the best*) seperti yang kita harapkan selama ini. Dengan tanpa mengurangi rasa optimisme para pembaca penulis akan mengutip salah satu pernyataan dari Terence J. Johnson (1991), untuk bahan renungan dan instropeksi diri kita bersama. Beliau mengatakan sebagai berikut: Benarkah? Sangat boleh jadi pada masa revolusi industri di Eropa, profesionalisme yang demikian itu sesuai dengan realitas. Tetapi menjadikan fenomena historis yang sangat kontekstual ini sebagai suatu paradigma untuk masa kini nampaknya tidak lebih dari sebuah mitos. Profesionalisme sejati telah memudar, dan kaum professional seperti yang dapat kita saksikan telah bertingkah laku *money-mindedness*. Kemadirian mereka pun semakin terdesak oleh birokratisasi pelayanan dan oleh berbagai

pengawasan. Betapa lembaga profesionalisme telah mengalami banyak kemerosotan peran dalam masyarakat.

Akhirnya penulis berkesimpulan bahwa untuk mengatasi persoalan kemunduran birokrasi dalam hal pelayanan publik sebagai solusi strateginya perlu memperhatikan beberapa hal, yakni: (1) merubah persepsi dan paradigma birokrasi mengenai konsep pelayanan; (2) adanya kebijakan publik yang lebih mengutamakan kepentingan publik dan pelayanan publik dibanding dengan kepentingan penguasa atau elit tertentu; (3) unsur pemerintah, privat dan masyarakat harus merupakan *all together* yang sinergi; (4) adanya peraturan daerah yang mampu menjelaskan mengenai standart minimal pelayanan publik dan sanksi yang diberikan bagi yang melanggarnya; (5) adanya mekanisme pengawasan sosial yang jelas mengenai pelayanan publik antara birokrat dan masyarakat yang dilayani; (6) adanya kepemimpinan yang kuat (*strong leadership*) dalam melaksanakan komitmen pelayanan publik; (7) adanya upaya pembaharuan dibidang sistem adminitrasi publik (*administrative reform*); (8) adanya upaya untuk memberdayakan masyarakat (*empowerment*) secara terus menerus dan demokratis, dst.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa dimensi perilaku manusia dalam memberikan pelayanan khususnya dalam organisasi pemerintahan maupun organisasi lainnya yang berhubungan

dengan nilai-nilai etika, dapat mencakup beberapa dimensi (Fernanda, 2003), yaitu:

1. Dimensi hubungan antara anggota dengan organisasi yang tertuang dalam perjanjian atau aturan-aturan legal;
2. Hubungan antara anggota organisasi dengan sesama anggota lainnya, antara anggota dengan Pejabat dalam struktur hirarkhi;
3. Hubungan antara anggota organisasi yang bersangkutan dengan anggota dan organisasi lainnya; dan
4. Hubungan antara anggota dengan publik yang dilayaninya
5. Dalam organisasi administrasi publik atau pemerintah, pola-pola sikap dan perilaku aparat serta hubungan antar manusia dalam organisasi tersebut, dan hubungannya dengan pihak luar organisasi pada umumnya diatur dengan peraturan-perundangan yang berlaku dalam sistem hukum negara yang bersangkutan. Bagi aparatur pemerintah, budaya dan etika kerja merupakan hal yang penting untuk dikembangkan baik pada tingkat pemerintahan Pusat maupun Daerah, pada tingkat Departemen atau organisasi maupun unit-unit kerja dibawahnya. Adanya etika ini diharapkan mampu membangkitkan kepekaan birokrasi (pemerintah) dalam melayani kepentingan masyarakat. Sehingga dengan demikian aparatur pemerintah menunjukkan karakternya sebagai seorang pelayan masyarakat.

D. Kebudayaan dalam Birokrasi

Dalam kehidupan bermasyarakat, ada nilai-nilai dan kaidah-kaidah tertentu yang karena dipandang baik maka dapat diterima oleh anggota masyarakat dan nilai-nilai lain, kadang-kadang dapat berlaku sebaliknya, karena dipandang tidak baik maka ditolak oleh para anggota masyarakat. (Siagian. 1994). Senada dengan hal tersebut, Dwiyanto (2006), mengatakan bahwa pemahaman kebudayaan yang sangat beragam tersebut terjadi karena adanya nilai budaya yang disebut dengan kebudayaan lokal. Hal ini, akan mewarnai nilai dan pola perilaku masyarakat tempat kebudayaan tersebut berlaku.

Penelitian Hunt dan Vitell (1986), menyebutkan bahwa kemampuan seorang profesional untuk dapat mengerti dan sensitif akan adanya masalah-masalah etika dalam profesinya dipengaruhi oleh lingkungan budaya atau masyarakat di mana profesi itu berada, lingkungan profesi, lingkungan organisasi dan pengalaman pribadi.

Hasil penelitian lain tentang etika yang termuat dalam jurnal Nasional maupun jurnal-jurnal International membuktikan bahwa budaya etis organisasi mempengaruhi idealisme (Falah, 2006). Penelitian tentang etika yang lain adalah hasil penelitian yang menyatakan bahwa budaya etis organisasi berpengaruh positif terhadap idealisme (Douglas *et al.* 2001;

Forte,). Penelitian yang dilakukan oleh Sims, 1992 dalam Falah (2006), juga menyatakan bahwa budaya etis organisasi melakukan perubahan atas nilai personal seseorang dalam organisasi. Hasil ini sesuai dengan postulat yang dikemukakan oleh Hunt dan Vitell (1986), dan Trevino (1986), bahwa budaya etis organisasi berpengaruh terhadap perilaku etis.

Dengan demikian, maka perilaku individu dalam organisasi juga tidak dapat dilepaskan dari pengaruh nilai budaya lokal yang berkembang. Kultur organisasi penting dipahami karena berperan, antara lain sebagai bahan pengendali perilaku para anggota birokrasi pemerintahan. Dikatakan demikian, karena organisasi turut menentukan apa yang baik dan yang tidak wajar. Agar diakui dan diterima sebagai pelaku birokrasi yang baik, perilaku yang dituntut daripadanya adalah yang sesuai dengan kultur yang dianut oleh organisasi yang bersangkutan. (Siagian, 1994).

Soejanto dalam (Ayatrohaedi, 1986), yang memperluas pengertian "*Cultural characteristic*" yang sifatnya fenomenologis kepada yang bersifat kognitif: 1) Orientasi, yang menunjukkan pandangan hidup dan sistem nilai dari masyarakat tersebut; 2) Persepsi, yang menggambarkan tanggapan masyarakat terhadap dunia luar; 3) Pola dan sikap hidup, yang mewujudkan tingkah laku masyarakat sehari-hari, dan 4) Gaya hidup, yang mewarisi peri kehidupan masyarakat.

Budaya juga mengandung makna sebagai: (a) adanya pola nilai, sikap tingkah laku (termasuk bahasa), hasil karsa dan karya; (b) budaya

berkaitan erat dengan persepsi terhadap nilai dan lingkungannya yang melahirkan makna dan pandangan hidup, yang akan mempengaruhi sikap dan tingkah laku; (c) budaya merupakan hasil dari pengalaman hidup, kebiasaan-kebiasaan serta proses seleksi.

Budaya kerja mengandung suatu falsafah yang didasari oleh pandangan hidup sebagai nilai-nilai yang menjadi sifat, kebiasaan dan kekuatan pendorong, membudaya dalam kehidupan suatu kelompok masyarakat atau organisasi, kemudian tercermin dari sikap dan perilaku, kepercayaan, cita-cita, pendapat dan tindakan yang terwujud sebagai "kerja" atau "bekerja" (LAN: 2004). Sedangkan budaya organisasi, memberi makna nilai-nilai yang diadopsi bersama yang mengendalikan dan diikuti oleh setiap anggota organisasi satu dengan yang lainnya, dengan para pemasok, dengan para pelanggan, serta orang-orang lain diluar organisasi (Jones, 2005).

Pendapat yang diungkapkan oleh Ospina, dalam Miitchell F. Rice (1996), bahwa;

goverments who do not understand the significance of well managed human resources and cultural diversity programs will experience costly outlays for employee replacement, workforce stability, motivation, competition for talent, and lost productivity.

Dalam hal ini, pemerintah yang tidak mengerti dengan baik tentang bagaimana mengatur sumber daya manusia dan keragaman budaya akan melakukan percobaan yang mengeluarkan biaya yang banyak. Kegiatan

dimaksud antara lain untuk memindah-mindahkan para pegawai, stabilitas kerja, motivasi, persaingan kinerja, dan kehilangan produktifitas.

Dalam Mazhab Frankfurt dikemukakan bahwa persoalan mengenai hubungan antara kehidupan ekonom, masyarakat, perkembangan psikologis individu-individunya serta perubahan di dalam area-area kebudayaan tertentu, yang tidak hanya mencakup warisan intelektual yang berupa ilmu pengetahuan, seni dan agama, tetapi juga mencakup hukum, adat kebiasaan, fashion, opini publik, olah raga, hiburan, gaya hidup, dan sebagainya (Bronner dan Kellner, 1989).

E. Kode Etik

1. Kode etik profesi

Kode etik profesi sebetulnya tidak merupakan hal yang baru. Sudah lama diusahakan untuk mengatur tingkah laku moral suatu kelompok khusus dalam masyarakat melalui ketentuan-ketentuan tertulis yang diharapkan akan dipegang teguh oleh seluruh kelompok itu. Salah satu contoh tertua adalah; *Sumpah Hipokrates*, yang dipandang sebagai kode etik pertama untuk profesi dokter. Hipokrates adalah dokter Yunani kuno yang digelar: *Bapak Ilmu Kedokteran*. Beliau hidup dalam abad ke-5 SM. Menurut ahli-ahli sejarah belum tentu sumpah ini merupakan buah pena Hipokrates sendiri, tetapi setidaknya berasal dari kalangan murid-muridnya dan meneruskan semangat

profesional yang diwariskan oleh dokter Yunani saat itu. Walaupun mempunyai riwayat eksistensi yang cukup panjang, namun belum pernah dalam sejarah kode etik menjadi fenomena yang begitu banyak dipraktekkan dan tersebar begitu luas seperti sekarang ini.

Suatu profesi merupakan kelompok lapangan kerja yang khusus melaksanakan kegiatan yang memerlukan keterampilan dan keahlian tinggi guna memenuhi kebutuhan yang rumit dari manusia, di dalamnya pemakaian dengan cara yang benar akan ketrampilan dan keahlian tinggi, hanya dapat dicapai dengan dimilikinya penguasaan pengetahuan dengan ruang lingkup yang luas, mencakup sifat manusia, kecenderungan sejarah dan lingkungan hidupnya; serta adanya disiplin etika yang dikembangkan dan diterapkan oleh kelompok anggota yang menyandang profesi tersebut.

Menurut Mohtar (diakses, 01 April 2010), ada tiga ciri utama profesi, yaitu;

- a. Sebuah profesi mensyaratkan pelatihan ekstensif sebelum memasuki sebuah profesi;
- b. Pelatihan tersebut meliputi komponen intelektual yang signifikan;
- c. Tenaga yang terlatih mampu memberikan jasa yang penting kepada masyarakat.

Sedangkan ciri tambahan suatu profesi juga ada tiga, yaitu;

- a. Adanya proses lisensi atau sertifikat;
- b. Adanya organisasi;
- c. Otonomi dalam pekerjaannya.

Menurut Arifin (diakses, 1 April 2010), fungsi dari Kode Etik Profesi, dapat dijelaskan sebagai berikut;

- a. Kode etik profesi memberikan pedoman bagi setiap anggota Profesi tentang prinsip profesionalitas yang digariskan. Maksudnya bahwa dengan kode etik profesi, pelaksana profesi Mampu mengetahui suatu hal yang boleh dia lakukan dan yang Tidak boleh dilakukan.
- b. Kode etik profesi merupakan sarana kontrol sosial bagi masyarakat atas profesi yang bersangkutan. Maksudnya bahwa etika profesi dapat memberikan suatu pengetahuan kepada masyarakat agar juga dapat memahami arti pentingnya suatu profesi, sehingga memungkinkan pengontrolan terhadap para pelaksana di lapangan kerja.
- c. Kode etik profesi mencegah campur tangan pihak di luar organisasi profesi tentang hubungan etika dalam keanggotaan profesi. Arti tersebut dapat dijelaskan bahwa para pelaksana profesi pada suatu instansi atau perusahaan yang lain tidak boleh mencampuri pelaksanaan profesi dilain instansi atau perusahaan

Tanggung jawab profesi yang lebih spesifik;

- a. Mencapai kualitas yang tinggi dan efektifitas baik dalam proses maupun produk hasil kerja profesional.
- b. Menjaga kompetensi sebgai profesional.

- c. Mengetahui dan menghormati adanya hukum yang berhubungan dengan kerja yang profesional.
- d. Menghormati perjanjian, persetujuan, dan menunjukkan tanggung jawab.

a. Konsep kode etik

Kode etik yaitu norma atau azas yang diterima oleh suatu kelompok tertentu sebagai landasan tingkah laku sehari-hari di masyarakat maupun di tempat kerja (Nani, diakses 01 maret 2010).

Menurut Arifin (diakses, 01 April 2010), Kode etik adalah sistem norma, nilai dan aturan profesional tertulis yang secara tegas menyatakan apa yang benar dan baik, dan apa yang tidak benar dan tidak baik bagi profesional. Kode etik menyatakan perbuatan apa yang benar atau salah, perbuatan apa yang harus dilakukan dan apa yang harus dihindari.

Kode etik adalah suatu alat untuk menunjang pencapaian tujuan suatu organisasi atau sub organisasi atau bahkan kelompok-kelompok yang belum terikat dalam suatu organisasi. Sesuatu alat itu tentunya bisa saja diadakan kalau ia sudah dirasakan perlunya. Maka pada dasarnya kode etik adalah suatu hukum etik. Hukum etik itu biasanya dibuat oleh suatu organisasi atau suatu kelompok, sebagai suatu patokan tentang sikap mental yang wajib dipatuhi oleh para anggotanya dalam menjalankan tugas mereka masing-masing (Suyamto, 1989).

Tujuan kode etik agar profesional memberikan jasa sebaik-baiknya kepada pemakai atau nasabahnya. Adanya kode etik akan melindungi perbuatan yang tidak profesional.

Sifat dan orientasi kode etik hendaknya:

- 1) Singkat;
- 2) Sederhana;
- 3) Jelas dan Konsisten;
- 4) Masuk Akal;
- 5) Dapat Diterima
- 6) Praktis dan Dapat Dilaksanakan;
- 7) Komprehensif dan Lengkap, dan
- 8) Positif dalam Formulasinya.

Orientasi Kode Etik hendaknya ditujukan kepada:

- 1) Rekan,
- 2) Profesi,
- 3) Badan,
- 4) Nasabah/ Pemakai,
- 5) Negara, dan
- 6) Masyarakat.

Instansi dari luar bisa menganjurkan membuat kode etik dan barang kali dapat juga membantu dalam merumuskan, tetapi pembuatan kode etik itu sendiri harus dilakukan oleh profesi yang bersangkutan. Supaya dapat

berfungsi dengan baik, kode etik itu sendiri harus menjadi hasil pengaturan diri (*self regulation*) dari profesi. Dengan membuat kode etik, profesi sendiri akan menetapkan hitam atas putih niatnya untuk mewujudkan nilai-nilai moral yang dianggapnya hakiki. Hal ini tidak akan pernah bisa dipaksakan dari luar. Hanya kode etik yang berisikan nilai-nilai dan citacita yang diterima oleh profesi itu sendiri yang bisa *mendarah daging* dengannya dan menjadi tumpuan harapan untuk dilaksanakan untuk dilaksanakan juga dengan tekun dan konsekuen. Syarat lain yang harus dipenuhi agar kode etik dapat berhasil dengan baik adalah bahwa pelaksanaannya diawasi terus menerus. Pada umumnya kode etik akan mengandung sanksi-sanksi yang dikenakan pada pelanggar kode etik.

b. Profesionalisme

Profesi adalah suatu *Moral Community (Masyarakat Moral)* yang memiliki cita-cita dan nilai-nilai bersama. Kode etik profesi dapat menjadi penyeimbang segi-segi negatif dari suatu profesi, sehingga kode etik ibarat kompas yang menunjukkan arah moral bagi suatu profesi dan sekaligus juga menjamin mutu moral profesi itu dimata masyarakat. Kode etik bisa dilihat sebagai produk dari etika terapan, sebab dihasilkan berkat penerapan pemikiran etis atas suatu wilayah tertentu, yaitu profesi. Tetapi setelah kode etik ada, pemikiran etis tidak berhenti. Kode etik tidak menggantikan pemikiran etis, tapi sebaliknya selalu didampingi refleksi etis. Supaya kode

etik dapat berfungsi dengan semestinya, salah satu syarat mutlak adalah bahwa kode etik itu dibuat oleh profesi sendiri. Kode etik tidak akan efektif kalau di drop begitu saja dari atas yaitu instansi pemerintah atau instansi-instansi lain; karena tidak akan dijiwai oleh cita-cita dan nilai-nilai yang hidup dalam kalangan profesi itu sendiri (Nani, diakses 01 April 2010).

Profesionalisme adalah suatu paham yang mencitakan dilakukannya kegiatan-kegiatan kerja tertentu dalam masyarakat, berbekalkan keahlian yang tinggi dan berdasarkan rasa keterpanggilan serta ikrar untuk menerima panggilan tersebut dengan semangat pengabdian selalu siap memberikan pertolongan kepada sesama yang tengah dirundung kesulitan di tengah gelapnya kehidupan (Wignjosoebroto, 1999).

Ada tiga watak kerja profesionalisme, yaitu;

- 1) Kerja seorang profesional itu beritikad untuk merealisasikan kebajikan demi tegaknya kehormatan profesi yang digeluti, dan oleh karenanya tidak terlalu mementingkan atau mengharapkan imbalan upah materiil;
- 2) Kerja seorang profesional itu harus dilandasi oleh kemahiran teknis yang berkualitas tinggi yang dicapai melalui proses pendidikan dan/atau pelatihan yang panjang, eksklusif dan berat;
- 3) Kerja seorang profesional diukur dengan kualitas teknis dan kualitas moral harus menundukkan diri pada sebuah mekanisme kontrol berupa kode etik yang dikembangkan dan disepakati bersama di dalam sebuah organisasi profesi.

Menurut Harris (1995), ruang gerak seorang profesional ini akan diatur melalui etika profesi yang distandarkan dalam bentuk kode etik profesi. Pelanggaran terhadap kode etik profesi bisa dalam berbagai bentuk, meskipun dalam praktek yang umum dijumpai akan mencakup dua kasus utama, yaitu:

- 1) pelanggaran terhadap perbuatan yang tidak mencerminkan respek terhadap nilai-nilai yang seharusnya dijunjung tinggi oleh profesi itu. Memperdagangkan jasa atau membeda-bedakan pelayanan jasa atas dasar keinginan untuk mendapatkan keuntungan uang yang berlebihan ataupun kekuasaan merupakan perbuatan yang sering dianggap melanggar kode etik profesi; dan
- 2) pelanggaran terhadap perbuatan pelayanan jasa profesi yang kurang mencerminkan kualitas keahlian yang sulit atau kurang dapat dipertanggung-jawabkan menurut standar maupun kriteria.

c. Kode etik aparatur birokrasi pemerintahan

Sesungguhnya kedudukan etika administrasi negara berada di antara etika profesi dan etika politik sehingga tugas-tugas administrasi negara tetap memerlukan perumusan kode etik yang dapat dijadikan sebagai pedoman bertindak bagi segenap aparatur birokrasi pemerintahan yang melayani kepentingan publik. Hal yang perlu diingat ialah bahwa kode etik tidak membebankan sanksi hukum atau paksaan fisik. Kode etik dirumuskan

dengan asumsi bahwa tanpa sanksi-sanksi atau hukuman dari pihak luar, namun setiap orang tetap menaatinya. Jadi dorongan untuk mematuhi perintah dan kendali untuk menjauhi larangan dalam kode etik bukan dari sanksi fisik melainkan dari rasa kemanusiaan, harga diri, martabat, dan nilai-nilai filosofis. Kode etik adalah juga merupakan hasil kesepakatan atau konvensi suatu kelompok sosial. Kode etik adalah persetujuan bersama, yang timbul dari diri para anggota itu sendiri untuk lebih mengarahkan perkembangan mereka, sesuai dengan nilai-nilai ideal yang diharapkan (Simorangkir, 1984). Dengan demikian pemakaian kode etik tidak terbatas pada organisasi-organisasi yang personalianya memiliki keahlian khusus. Pelaksanaan kode etik tidak terbatas pada kaum profesi karena sesungguhnya setiap jenis pekerjaan dan setiap jenjang keputusan mengandung konsekuensi moral.

Kode etik dapat dijadikan sarana untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi karena bagaimanapun juga organisasi hanya akan dapat meraih sasaran-sasaran akhirnya kalau setiap aparatur yang bekerja di dalamnya memiliki aktivitas dan perilaku yang baik.

Kode etik adalah suatu alat untuk menunjang pencapaian tujuan suatu organisasi atau sub organisasi atau bahkan kelompok-kelompok yang belum terikat dalam suatu organisasi. Sesuatu alat itu tentunya bisa saja diadakan kalau ia sudah dirasakan perlunya. Maka pada dasarnya kode etik adalah suatu hukum etik. Hukum etik itu biasanya dibuat oleh suatu organisasi

atau suatu kelompok, sebagai suatu patokan tentang sikap mental yang wajib dipatuhi oleh para anggotanya dalam menjalankan tugas mereka masing-masing (Suyamto, 1989).

Maka di samping berfungsi sebagai patokan-patokan sikap mental yang ideal bagi segenap unsur organisasi, kode etik dapat pula mendorong keberhasilan organisasi itu sendiri. Organisasi akan berhasil jika para pegawai memiliki inisiatif-inisiatif yang baik, teliti, jujur, dan memiliki loyalitas yang tinggi. Kualitas-kualitas seperti inilah yang hendak dicapai melalui perumusan dan pelaksanaan kode etik.

Manfaat lain yang akan didapat dari perumusan kode etik ialah bahwa para aparat akan memiliki kesadaran moral atas kedudukan yang diperolehnya dari negara atas nama rakyat. Pejabat yang menaati norma-norma dalam kode etik akan menempatkan kewajibannya sebagai aparat pemerintah (*incumbency obligation*) di atas kepentingan-kepentingannya akan karier dan kedudukan. Pejabat tersebut akan melihat kedudukan sebagai alat, bukan sebagai tujuan. Oleh karena itu, kode etik mengandaikan bahwa para pejabat publik dapat berperilaku sebagai pendukung nilai-nilai moral dan sekaligus pelaksana dari nilai-nilai tersebut dalam tindakan-tindakan yang nyata. Sehingga tidak saja ada dalam wacana semata-mata, dalam tataran empirikpun nampak. Dalam kaitan ini Frederickson dan Kevin (1984), mengatakan;

... public servants must be both moral philosophers and moral activists, which would require: first, an understanding of, and belief in, regime values, and, second, a sense of extensive benevolence for the people of the nation.

Seorang aparatur birokrasi pemerintahan dan para pejabat wajib menaati prosedur, tata kerja, dan peraturan-peraturan yang telah ditetapkan oleh organisasi pemerintah, sebagai pelaksana kepentingan umum, para pejabat wajib mengutamakan aspirasi masyarakat dan peka terhadap kebutuhan-kebutuhan masyarakat tersebut. Dan sebagai manusia yang bermoral, pejabat harus memperhatikan nilai-nilai etis di dalam bertindak dan berperilaku).

Seorang aparatur birokrasi pemerintahan harus memiliki kewaspadaan profesional dan kewaspadaan spiritual. Kewaspadaan profesional berarti bahwa dia harus menaati kaidah-kaidah teknis dan peraturan-peraturan sehubungan dengan kedudukannya sebagai seorang pembuat keputusan. Sementara itu, kewaspadaan spiritual merujuk pada penerapan nilai-nilai kearifan, kejujuran, keuletan, sikap sederhana dan hemat, tanggung jawab, serta akhlak dan perilaku yang baik.

Rumusan eksplisit kode etik yang berlaku bagi setiap aparatur atau pejabat pemerintah, mempunyai beberapa sumber. Salah satu sumber formal yang sering disebut adalah ketentuan mengenai Sapta Prasetya KORPRI. Keputusan Musyawarah Nasional KORPRI yang ketiga, No.Kep-05/MUNAS/1989 tanggal 1 Juni 1989 tentang Penyempurnaan Kode Etik Korps Pegawai Republik Indonesia, bahkan tegas-tegas menyatakan bahwa

Sapta Prasetya inilah kode etik yang diberlakukan bagi para pegawai.

Selengkapnya prasetya tersebut berbunyi sebagai berikut.

- 1) Kami anggota Korps Pegawai Republik Indonesia adalah/warga negara kesatuan Republik Indonesia yang setia kepada Pancasila dan Undang Undang Dasar 1945, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.
- 2) Kami anggota Korps Pegawai Republik Indonesia adalah pejuang bangsa, taat kepada negara dan pemerintah Republik Indonesia yang berdasarkan Pancasila dan Undang Undang Dasar 1945.
- 3) Kami anggota Korps Pegawai Republik Indonesia adalah unsur aparatur negara, abdi negara, dan abdi masyarakat yang selalu mengutamakan kepentingan negara dan masyarakat dari pada kepentingan pribadi atau golongan.
- 4) Kami anggota Korps Pegawai Republik Indonesia menjunjung tinggi kehormatan bangsa dan negara, bersikap jujur, bersemangat, bertanggung jawab, serta menghindarkan diri dari perbuatan tercela.
- 5) Kami anggota Korps Pegawai Republik Indonesia senantiasa mengutamakan pelayanan kepada masyarakat, berdisiplin, serta memegang teguh rahasia negara dan rahasia jabatan.
- 6) Kami anggota Korps Pegawai Republik Indonesia mengutamakan persatuan-kesatuan bangsa, kesejahteraan masyarakat serta kesetiakawanan Korps Pegawai Republik Indonesia.
- 7) Kami anggota Korps Pegawai Republik Indonesia senantiasa bekerja keras serta berusaha meningkatkan pengetahuan dan kemampuan untuk kelancaran pelaksanaan tugas.

Pada awalnya rumusan Sapta Prasetya ini sebenarnya tidak diuraikan di bawah judul Kode Etik. Ketika pertama kali dilontarkan pada Musyawarah Nasional Pertama KORPRI, Sapta Prasetya hanya dimaksudkan sebagai Landasan Dasar bagi Kode Etik (pasal 4 Keputusan Munas I KORPRI No:3/MUNAS/1978). Oleh sebab itu rumusan atau redaksinya masih terlalu umum. Namun, karena kemudian

dipandang perlu untuk segera menetapkan kode etik yang berlaku bagi seluruh pegawai negeri, dalam Musyawarah Nasional KORPRI yang kedua Sapta Prasetya tersebut ditetapkan sebagai Kode Etik (pasal 2 Keputusan Munas II KORPRI No: Kep-05/MUNAS/1983). Selanjutnya Keputusan Munas III tahun 1989, menegaskan sekali lagi Sapta Prasetya sebagai kode etik dengan tanpa banyak perubahan redaksi.

Namun Sejalan dengan Keputusan MUNAS V KORPRI tahun 1999, Kode Etik yang telah ada diubah menjadi Kode Etik KORPRI yang dinamakan Panca Prasetya KORPRI. Dalam Panca Prasetya tersebut dirumuskan sebagai berikut;

Kami Anggota Korps Pegawai Republik Indonesia, adalah insan yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa berjanji:

- 1) Setia dan taat kepada Negara Kesatuan dan Pemerintah Republik Indonesia yang berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945;
- 2) Menjunjung tinggi kehormatan bangsa dan negara, serta memegang teguh rahasia negara;
- 3) Mengutamakan kepentingan negara dan masyarakat di atas kepentingan pribadi dan golongan;
- 4) Memelihara persatuan dan kesatuan bangsa serta kesetiakawanan Korps Pegawai Republik Indonesia;
- 5) Menegakkan kejujuran, keadilan, dan disiplin serta meningkatkan kesejahteraan dan profesionalisme.

Pada hakikatnya kedudukan anggota KORPRI adalah insan yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, warga negara, pejuang, unsur paratur negara, abdi negara, dan abdi masyarakat. Oleh karena itu, sikap dan perilaku anggota KORPRI harus mencerminkan hakikat dan kedudukannya yang dirumuskan dalam Panca Prasetya KORPRI.

Implementasi etika aparatur birokrasi pemerintahan yang termaktub dalam Kode Etik Panca Prasetya KORPRI, diharapkan agar segenap anggota KORPRI dapat menempatkan kedudukannya selaku pemikir, perencana, pelaksana, pengendali, dan pengawas dalam tugas-tugas pemerintahan di satu pihak serta sebagai pengayom, pembela keadilan dan pejuang untuk kepentingan anggota, serta panutan bagi masyarakat.

Anggota KORPRI sebagai insan yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dengan sepenuh jiwa mengakui bahwa Tuhan Yang Maha Esa adalah Sang Maha Pencipta, Maha Pengasih dan Maha Penyayang. Perintah ataupun larangan-Nya adalah untuk kebaikan manusia. Ketaqwaan yang diwujudkan dalam berbagai bentuk amal dan ibadah merupakan suatu pernyataan terima kasih yang luhur kepada Sang Maha Pencipta. Diyakini sedalam-dalamnya bahwa segala perbuatan akan dipertanggungjawabkan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

- 1) Setia dan taat kepada Negara Kesatuan dan Pemerintah Republik Indonesia yang berdasarkan Pancasila dan Undang- Undang Dasar 1945

Setia Kepada Negara dan Pemerintah merupakan sikap batin. Dengan demikian, setia kepada Negara dan Pemerintah adalah sikap batin anggota KORPRI yang diwujudkan dengan kesanggupannya untuk membela dan mempertahankan Negara Kesatuan Republik Indonesia dari segala ancaman dan gangguan. Pada umumnya kesetiaan timbul dari pengetahuan dan pemahaman atas keyakinan yang mendalam terhadap sesuatu. Oleh sebab

itu, setiap anggota KORPRI wajib mempelajari, memahami, dan menghayati cita-cita, ideologi, dasar, dan pandangan hidup negara dan bangsa terutama Pancasila dan UUD 1945.

Taat kepada Negara dan Pemerintah adalah kesanggupan dan keikhlasan untuk melakukan apa yang diharuskan dan menghindari apa yang dilarang sesuai dengan yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan. Agar ketaatannya dapat terlaksanakan dengan baik, setiap anggota KORPRI harus mempelajari kebijaksanaan pemerintah dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Republik Indonesia yang berdasarkan Pancasila dan UUD 1945, maksudnya adalah negara kesatuan Republik Indonesia yang diproklamasikan pada tanggal 17 Agustus 1945, yang menempatkan Pancasila sebagai dasar, ideologi, falsafah, dan pandangan hidup bangsa dan negara, sesuai UUD 1945.

2) Menjunjung tinggi kehormatan bangsa dan negara, serta memegang teguh rahasia negara

Menjunjung tinggi kehormatan Bangsa dan Negara.

Menjunjung tinggi adalah menempatkan sesuatu pada tempat yang semestinya, dengan tujuan menghormati atau menghargainya. Kehormatan Bangsa dan Negara adalah menyangkut martabat, harga diri, nilai-nilai luhur yang hidup di dalam masyarakat, dan cita-cita bangsa. Dengan demikian, pengertian menjunjung tinggi kehormatan Bangsa dan

Negara ialah menjunjung tinggi norma-norma yang hidup serta cita-cita Bangsa dan Negara Indonesia. Anggota KORPRI harus menghindari setiap tindakan dan tingkah laku yang dapat menurunkan atau mencemarkan kehormatan Bangsa dan Negara.

Memegang teguh rahasia jabatan dan rahasia negara. Memegang teguh, adalah suatu janji yang tidak mudah dilepaskan begitu saja dengan imbalan apapun. Rahasia adalah berupa rencana, kegiatan, atau tindakan yang akan, sedang, atau telah dilaksanakan yang tidak boleh diketahui oleh yang tidak berhak. Anggota KORPRI selalu memegang teguh rahasia jabatan, yaitu rahasia yang menyangkut hubungannya dengan suatu instansi dan dibuat oleh pimpinan instansi yang bersangkutan. Rahasia negara meliputi seluruh atau sebagian besar kepentingan negara.

3) Mengutamakan kepentingan negara dan masyarakat di atas kepentingan pribadi dan golongan

Kepentingan Negara adalah bagian dari cita-cita bangsa untuk membangun, memelihara, menciptakan masyarakat adil makmur serta mamajukan bangsa agar dapat duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi dengan bangsa-bangsa lain di dunia.

Kepentingan Pribadi dan Golongan. Kepentingan Pribadi adalah kepentingan diri sendiri dan keluarganya. Sedangkan kepentingan golongan adalah kepentingan kelompok, suku, agama, ras, dan golongan. Anggota KORPRI sebagai abdi negara dan abdi masyarakat harus selalu memberikan layanan

yang sebaik-baiknya kepada masyarakat tanpa diskriminasi dengan mengutamakan kepentingan negara di atas kepentingan pribadi maupun golongan.

4) Memelihara persatuan dan kesatuan bangsa serta kesetiakawanan Korps Pegawai Republik Indonesia

Memelihara adalah kemauan yang kuat dari lubuk hati yang dalam untuk terus-menerus tanpa henti menjaga dan mengelola.

Persatuan dan Kesatuan Bangsa adalah merupakan efek sinergi dan saling ketergantungan antara berbagai unsur dalam masyarakat, yang terdapat di dalam negara. Persatuan dan kesatuan bangsa harus diutamakan karena dengan persatuan dan kesatuan itu akan dapat dicapai karya-karya besar dalam rangka mewujudkan tujuan negara. Sejarah telah mencatat bahwa atas berkat rahmat Allah Yang Maha Kuasa ternyata hanya Pancasila yang dapat mempersatukan bangsa Indonesia. Dalam rangka memperkokoh persatuan dan kesatuan bangsa, setiap anggota KORPRI harus berusaha, antara lain: Menghayati dan mengamalkan nilai-nilai Pancasila di dalam kehidupannya sehari-hari; Meningkatkan kerukunan hidup antar umat beragama dan meningkatkan kerjasama di antara rakyat Indonesia yang memeluk agama yang berbeda-beda; Menghormati adat istiadat dan kebiasaan golongan masyarakat; serta Meningkatkan kepedulian dan kesetiakawanan sosial, khususnya terhadap lapisan masyarakat yang tertinggal di dalam pembangunan.

Kesetiakawanan Korps Pegawai Republik Indonesia adalah merupakan sikap batin yang positif setiap anggota KORPRI yang merasa senasib sepenanggungan di dalam mencapai visi dan misi bersama yang harus diwujudkan dalam kehidupan sehari-hari

5) Menegakkan kejujuran, keadilan, dan disiplin serta meningkatkan kesejahteraan dan profesionalisme

Menegakkan kejujuran, keadilan, dan kedisiplinan adalah usaha yang sungguh-sungguh untuk mencapai tujuan tanpa kenal menyerah dengan mengharapkn ridho dari Tuhan Yang Maha Kuasa, berupaya untuk mewujudkan keseimbangan antara hak dan kewajiban dengan mengedepankan penegakan hukum tanpa pandang bulu, serta senantiasa mentaati peraturan perundangan.

Meningkatkan kesejahteraan adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan lahir dan batin sebagai hasil perjuangan dan pengabdian kepada bangsa dan negara.

Profesionalisme adalah kemampuan untuk melaksanakan tugas di bidang masing-masing dengan tingkat kompetensi yang tinggi dalam rangka meningkatkan pengabdian kepada negara dan pelayanan kepada masyarakat. Kompetensi yang dimaksudkan adalah seluruh potensi yang dimiliki oleh aparatur yang terkait.

Tampaknya merumuskan suatu kode etik yang terinci dan jelas tetapi tetap memperhatikan kaidah-kaidah moral yang abstrak memang bukan

pekerjaan yang mudah. Yang jelas, kode etik tersebut telah ditetapkan dengan keputusan formal meskipun masih terdapat kemungkinan bahwa butir-butir Sapta Prasetya maupun Panca Prasetya tersebut ditafsirkan dengan cara yang berlain-lainan.

Ungkapan-ungkapan yang mengandung nilai-nilai etis tetapi terasa abstrak juga terdapat dalam sumpah jabatan pegawai negeri yang harus diucapkan pada saat mereka dilantik. Sumpah jabatan itu menggunakan redaksi sebagai berikut;

Demi Allah saya bersumpah:

Bahwa saya, untuk diangkat pada jabatan ini, baik langsung maupun tidak langsung, dengan rupa atau dalih apa pun juga, tidak memberi atau menyanggupi akan memberi sesuatu kepada siapapun juga.

Bahwa saya akan setia dan taat kepada negara Republik Indonesia.

Bahwa saya akan memegang rahasia sesuatu yang menurut sifatnya, atau menurut pemerintah harus saya rahasiakan.

Bahwa saya tidak akan menerima hadiah atau sesuatu pemberian, berupa apa pun saja dari siapapun juga, yang saya tahu atau patut dapat mengira, bahwa ia mempunyai hal yang bersangkutan atau mungkin bersangkutan, dengan jabatan atau pekerjaan saya.

Bahwa dalam menjalankan jabatan atau pekerjaan saya, saya senantiasa akan lebih mementingkan kepentingan negara, daripada kepentingan saya sendiri, seseorang atau golongan.

Bahwa saya senantiasa akan menjunjung tinggi kehormatan negara, pemerintah dan pegawai negeri.

Bahwa saya akan bekerja dengan jujur, tertib, cermat dan semangat untuk kepentingan negara.

Seorang pegawai atau pejabat akan dapat mengucapkan atau

bahkan menghafal Sapta Prasetya, Panca Prasetya maupun Sumpah Jabatan dengan mudah. Namun, perenungan, penghayatan, serta

pengamalan dari apa yang mereka ucapkan itu yang jauh lebih penting. Masalahnya adalah bahwa masing-masing orang sering tidak menggunakan persepsi yang sama dalam menafsirkan butir-butir sumpah dan prasetya tersebut, apalagi sejak semula rumusan-rumusan itu memang hanya dimaksudkan sebagai gagasan dasar saja. Oleh sebab itu, untuk menerapkan kaidah-kaidah etis tersebut, para aparatur pemerintah perlu merujuk kepada peraturan-peraturan kepegawaian yang lebih operasional.

Salah satu peraturan yang memuat ketentuan yang lebih mudah dipahami adalah Peraturan Pemerintah No. 30 tahun 1980 tentang Peraturan Disiplin Pegawai Negeri Sipil. Di dalam peraturan ini diuraikan secara lebih jelas hal-hal yang diharuskan serta dilarang dilakukan bagi pegawai atau pejabat pemerintah. Telah dirumuskan adanya 26 kewajiban dan 18 larangan bagi setiap pegawai negeri sipil dan ada pula ketentuan mengenai hukuman disiplin dan badan pertimbangan kepegawaian. Hal diupayakan untuk memberi peringatan dan mengajak kepada para pegawai agar melaksanakan prinsip-prinsip etika dalam tugas-tugasnya, kebanyakan instansi pemerintahan justru memasang peraturan disiplin ini, bukan Sapta Prasetya atau yang lainnya.

Selain peraturan dan ketentuan di atas, unsur-unsur etis yang langsung menyangkut pekerjaan sehari-hari seorang aparatur birokrasi pemerintahan, dapat dilihat dalam Peraturan Pemerintah No. 10 tahun 1979 tentang

Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan Pegawai Negeri Sipil. Peraturan ini menggariskan tentang cara-cara menilai prestasi pegawai meskipun tujuan utama dari butir-butir peraturan ini adalah sebagai pedoman evaluasi, tetapi dapat pula digunakan sebagai tuntunan bagi para pegawai tentang cara-cara bekerja yang baik. Di dalam Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3), yang merupakan inti dari peraturan ini, ada delapan unsur penilaian pegawai. Berikut ini diuraikan kedelapan unsur penilaian itu secara singkat (Prakoso dan Mustika, 1987).

1) Kesetiaan

Pengertian kesetiaan di sini adalah ketaatan, pengabdian dan kesetiaan kepada Pancasila, Undang Undang Dasar 1945, Negara serta Pemerintah. Sedangkan yang dimaksud pengabdian adalah penyumbangan pikiran dan tenaga secara ikhlas dengan mengutamakan kepentingan umum di atas kepentingan golongan dan pribadi. Kecuali dua pengertian kesetiaan ini ada pula konotasi kesetiaan yang berarti tekad dan kesanggupan untuk menaati, melaksanakan dan mengamalkan sesuatu yang disertai penuh kesadaran dan tanggung jawab. Sehingga dapat membentuk kepribadian yang baik.

2) Prestasi kerja

Prestasi kerja adalah hasil kerja yang dicapai oleh seorang aparatur birokrasi pemerintahan dalam melaksanakan tugasnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi prestasi kerja tersebut adalah;

- a) kecakapan;
- b) keterampilan;
- c) pengalaman;
- d) kesungguhan;
- e) kesehatan.

3) Tanggung jawab

Tanggung jawab di sini memiliki makna kesanggupan seorang aparatur birokrasi pemerintahan untuk menyelesaikan pekerjaan yang diserahkan kepadanya dengan sebaik-baiknya, tepat pada waktunya dan berani memikul risiko atas keputusan yang dibuatnya.

Bagian-bagian dari tanggung jawab diantaranya adalah;

- a) menyelesaikan tugas dengan baik dan tepat pada waktunya;
- b) kesalahannya tidak dilemparkan pada orang lain;
- c) menyimpan dan memelihara barang milik negara;
- d) dalam segala keadaan tetap berada di tempat;
- e) mengutamakan kepentingan dinas;
- f) berani dan ikhlas memikul risiko.

4) Ketaatan

Ketaatan berarti kesanggupan seorang aparatur birokrasi pemerintahan untuk menaati segala peraturan perundang-undangan, peraturan kedinasan yang berlaku, peraturan kedinasan dari atasan yang berwenang serta sanggup tidak melanggar larangan yang ditentukan.

Bagian-bagian dari ketaatan adalah;

- a) menaati peraturan kedinasan dari atasannya;
- b) menaati peraturan perundang-undangan yang ada;
- c) memberikan kepada masyarakat layanan sebaik-baiknya sesuai dengan bidang tugasnya;
- d) menaati ketentuan jam kerja serta sopan-santun.

5) Kejujuran

Kejujuran yang dimaksud di sini adalah ketulusan hati dalam melaksanakan tugas serta kemampuan untuk tidak menyalahgunakan wewenang yang diberikan kepadanya. Maka kejujuran dapat dinilai dari keadaan berikut:

- a) melaksanakan tugas secara ikhlas;
- b) tidak menyalahgunakan wewenangnya;
- c) hasil kerjanya dilaporkan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, dan tidak merekayasa seluruh aspek yang terkait, mulai dari proses maupun hasilnya.

6) Kerja sama

Kerjasama di sini adalah kemampuan seorang pegawai untuk bekerja bersama-sama dengan orang lain dalam menyelesaikan suatu tugas yang ditentukan sehingga mencapai daya guna dan hasil guna yang sebesar-besarnya. Jadi nilai kerja sama dapat diketahui bila seorang pegawai:

- a) mengetahui bidang tugas orang lain yang ada hubungannya dengan tugas mereka;
- b) mampu menyesuaikan pendapatnya dengan pendapat orang lain yang diyakini benar;
- c) bersedia menerima keputusan yang diambil secara sah;
- d) bersedia mempertimbangkan usul orang lain;
- e) mampu bekerja bersama-sama orang lain;
- f) menghargai pendapat orang lain.

7) Prakarsa

Inisiatif atau prakarsa adalah kemampuan seorang pegawai atau aparatur birokrasi pemerintahan untuk mengambil keputusan, langkah-langkah serta melaksanakannya sesuai dengan tindakan yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas pokok tanpa menunggu perintah dari atasan. Jadi kreatifitas dalam hal ini tetap menjadi bagian utama. Bagian-bagian dari prakarsa adalah:

- a) berkemauan memberi saran kepada atasan;

- b) berusaha mencari tata cara kerja baru yang terbaik;
- c) tanpa menunggu perintah, berkemauan melaksanakan tugas.

8) Kepemimpinan

Kepemimpinan berarti kemampuan seorang aparatur birokrasi pemerintahan atau pejabat untuk meyakinkan orang lain sehingga dapat dikerahkan secara maksimal untuk melaksanakan tugas pokok. Jadi kepemimpinan merujuk kepada kemampuan manajerial dari para pegawai yang memiliki bawahan dan atau memangku jabatan. Bagian-bagian dari kepemimpinan adalah:

- a) berusaha menggugah semangat dan menggerakkan bawahan;
- b) berusaha memupuk dan mengembangkan kerja sama;
- c) mampu mengemukakan pendapatnya dengan jelas;
- d) bersedia mempertimbangkan saran-saran bawahan;
- e) memperhatikan nasib dan kemajuan bawahan;
- f) mengambil keputusan cepat dan tepat;
- g) mengetahui kemampuan bawahan;
- h) menguasai bidang tugasnya, bertindak tegas tanpa memihak, serta memberikan teladan yang baik.

Daftar Penilaian Pekerjaan Pegawai sebagai sarana utama dalam menilai pegawai, maka DP3 bersifat rahasia. DP3 hanya boleh diketahui oleh pegawai yang bersangkutan, pejabat penilai dan atasannya; tidak boleh

diketahui oleh teman sejawat apalagi bawahannya. Dalam jajaran pegawai negeri sipil, DP3 digunakan sebagai pertimbangan untuk kenaikan pangkat, penempatan, jabatan, kenaikan gaji berkala, dan pemindahan atau mutasi.

Dari banyak uraian tentang nilai-nilai etika yang ditujukan untuk jajaran aparatur birokrasi pemerintahan atau pegawai negeri, sangat terasa bahwa ungkapan-ungkapan yang dipergunakan begitu formal dan kaku. Uraian-uraian tersebut sebagian besar berisi daftar keharusan dan larangan tanpa ungkapan mengenai dasar-dasar mengapa suatu tindakan diharuskan atau dilarang dan tanpa nuansa yang menyentuh nurani. Uraian kode etik seperti itu mungkin memang efektif bagi para pegawai rendahan yang hanya mengetahui ungkapan "ya" dan "tidak". Akan tetapi, bagi para pegawai atau pejabat yang lebih memiliki pemikiran kritis, redaksi seperti itu agaknya kurang menyentuh dan kurang mengajak untuk merenungi tindakan dan perilaku mereka. Orang-orang seperti ini memerlukan *reasoning* atas pembenaran tindakan-tindakan etis dan memerlukan suatu rumusan kode etik yang mengandung nuansa yang logik. Untuk itu, ada baiknya apabila rumusan kode etik didahului ungkapan-ungkapan yang sedikit puitis, yang memberikan landasan umum bagi tindakan etis, yang lebih bersifat mengajak daripada mengharuskan. Ungkapan itu misalnya berisi tentang mengapa orang perlu mengutamakan kepentingan umum, mengapa perlu bekerja keras, berperilaku yang baik, serta dasar-dasar etika lainnya (Hosmer, 1987).

Pimpinan instansi dapat saja memasang ketentuan-ketentuan tentang disiplin pegawai seperti yang tercantum dalam PP No. 30/1980 pada tempat-tempat yang mudah dilihat oleh pegawai. Namun, pada saat-saat para pegawai telah mulai kendur semangat kerjanya, tidak lagi memberi layanan yang baik atau tidak lagi mematuhi kode-kode etik, perlu ada upaya-upaya untuk memberi peringatan yang lebih menggugah hati nurani. Motto atau semboyan yang biasanya dipakai dalam organisasi-organisasi swasta boleh saja dituliskan asal disesuaikan dengan ciri khas pekerjaan pada instansi pemerintah.

Permasalahan yang menyangkut tugas-tugas kedinasan atau tugas-tugas administrasi negara terkadang memang begitu rumit sehingga tanpa kecermatan dan kehati-hatian seorang pejabat atau aparatur birokrasi pemerintahan akan mudah tergelincir dan melakukan tindakan penyelewengan tanpa disadarinya. Seorang aparatur birokrasi pemerintahan yang mula-mula bekerja dengan jujur dan penuh pengabdian bisa saja tiba-tiba berubah karena ajakan dari rekan kerjanya. Banyak pula aparatur birokrasi pemerintahan yang mula-mula berdedikasi tinggi dan bersih, lambat laun terseret arus lantaran suasana di tempat kerjanya yang penuh dengan intrik dan penyelewengan. Oleh karena itu, para aparatur birokrasi pemerintahan dan pejabat perlu sangat hati-hati dalam bertindak dan senantiasa mengingat kode-kode etik serta keluhuran nilai-nilai moral. Setiap pengaruh yang mengarah kepada hal-

hal yang negatif hendaknya ditolak sedini mungkin sebelum terlampau jauh dalam melangkah hingga sulit untuk kembali.

Douglas (1953), mengemukakan beberapa tindakan yang hendaknya dihindari oleh seorang pejabat publik atau aparatur birokrasi pemerintahan yaitu:

- 1) ikut serta dalam transaksi bisnis pribadi atau perusahaan swasta untuk keuntungan pribadi dengan mengatasnamakan jabatan kedinasan;
- 2) menerima segala suatu hadiah dari pihak swasta pada saat ia melaksanakan transaksi untuk kepentingan kedinasan atau pemerintah;
- 3) membicarakan masa depan peluang kerja di luar instansi pada saat ia berada dalam tugas-tugas sebagai pejabat pemerintah;
- 4) membocorkan informasi komersial atau ekonomis yang bersifat rahasia kepada pihak-pihak yang tidak berhak;
- 5) terlalu erat berurusan dengan orang-orang di luar instansi pemerintah yang dalam menjalankan bisnis pokoknya tergantung dari izin pemerintah.

Hal tersebut di atas hanya merupakan sebagian dari unsur tindakan yang kelihatannya remeh tetapi bisa berakibat serius bagi integritas seorang pejabat atau aparatur birokrasi pemerintahan, termasuk bagi kemungkinan untuk merugikan negara. Untuk memiliki kecermatan dan kepekaan terhadap hal-hal yang seharusnya tidak diperbolehkan, seorang pejabat memang perlu selalu mawas diri dan merenungkan kembali tugas-tugas yang telah dia lakukan di kantor maupun di tengah masyarakat.

Hal lain yang tidak kalah pentingnya bagi perbaikan citra pegawai dan aparatur birokrasi pemerintahan adalah sopan santun dalam pelayanan umum. Ada seribu satu macam layanan yang diberikan oleh kantor-kantor pemerintah, baik yang menyangkut hukum, keamanan, pendidikan, penerangan, ekonomi, budaya atau kesejahteraan sosial. Kewajiban aparatur birokrasi pemerintahan adalah memberikan layanan kepada warganya sebaik mungkin karena memang itulah tugas utamanya. Tiap-tiap pegawai kantor pemerintah adalah abdi masyarakat sehingga mereka wajib memberikan layanan yang terbaik, tepat, dan cepat. Termasuk dalam pengertian layanan yang baik adalah berbicara dengan sopan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan warga secara jelas dan sabar. Petugas yang memberikan jawaban yang bertele-tele atau dengan sikap ogah-ogahan biasanya disebabkan oleh tiga kemungkinan, yaitu; a) dia kurang menguasai permasalahan tetapi tidak mau mengakuinya; b) dia sebenarnya tidak menyetujui keputusan yang harus dilaksanakannya sebagai bawahan; c) dia memang memiliki kepribadian yang kurang baik dan memiliki etos kerja yang rendah (Kumorotomo, 2005). Pegawai yang baik akan memperlakukan setiap pengguna jasa publik dengan adab dan kesopanan yang wajar dan sikap itu ditunjukkan tanpa membedakan orang.

Jika kita ingin membandingkan serta merenungi berbagai kaidah etis yang dirumuskan dalam berbagai kongres perhimpunan atau asosiasi sarjana

administrasi. Berikut ini disajikan sembilan asas yang diterima oleh *American Society for Public Administration* (ASPA) pada tahun 1981 sebagai contoh kode etik administrasi di negara maju:

- 1) pelayanan kepada masyarakat adalah di atas pelayanan kepada diri sendiri;
- 2) rakyat adalah berdaulat dan mereka yang bekerja dalam instansi pemerintah pada akhirnya bertanggung jawab kepada rakyat;
- 3) hukum mengatur semua tindakan dari instansi pemerintah. Apabila hukum atau peraturan dirasa bermakna ganda, tidak bijaksana, atau perlu perubahan, kita akan mengacu kepada sebesar-besarnya kepentingan rakyat sebagai patokan;
- 4) manajemen yang efisien dan efektif adalah dasar bagi administrasi negara. Subversi melalui penyalahgunaan pengaruh, penggelapan, pemborosan, atau penyelewengan tidak dapat dibenarkan. Pegawai-pegawai bertanggung jawab untuk melaporkan jika ada tindak penyimpangan;
- 5) sistem penilaian kecakapan, kesempatan yang sama, dan asas-asas iktikad baik akan didukung, dijalankan, dan dikembangkan;
- 6) perlindungan terhadap kepercayaan rakyat adalah sangat penting. Konflik kepentingan, penyuapan, hadiah, atau favoritisme yang merendahkan jabatan publik untuk keuntungan pribadi tidak dapat diterima;
- 7) pelayanan kepada masyarakat menuntut kepekaan khusus dengan ciri-ciri sifat keadilan, keberanian, kejujuran, persamaan, kompetensi, dan kasih-sayang. Kita menghargai sifat-sifat seperti ini dan secara aktif mengembangkannya;
- 8) hati nurani memegang peran penting dalam memilih arah tindakan. Ini memerlukan kesadaran akan makna ganda moral dalam kehidupan, dan pengkajian tentang prioritas nilai; tujuan yang baik tidak pernah membenarkan cara yang tak bermoral (*good ends never justify immoral means*);
- 9) para administrator negara tidak hanya terlibat untuk mencegah hal yang salah, tetapi juga untuk mengusahakan hal yang benar melalui pelaksanaan tanggung jawab dengan penuh semangat dan tepat pada waktunya.

Kode etik bagi aparatur birokrasi pemerintahan ini mencoba merumuskan nilai-nilai etis luhur ke dalam bidang tertentu, dalam hal ini pada tugas-tugas administrasi negara. Sudah barang tentu kode etik sekadar merupakan pedoman bertindak. Mengenai pelaksanaannya dalam perilaku nyata, tergantung kepada niat baik dan sentuhan moral yang ada dalam diri para aparatur birokrasi pemerintahan atau pejabat sendiri. Namun, karena kode etik dirumuskan untuk penyempurnaan pekerjaan, mencegah hal-hal yang buruk, dan untuk kepentingan bersama, maka setiap aparatur birokrasi pemerintahan dan pejabat diharapkan menaatinya dengan kesadaran yang tulus. Paham idealisme etik mengatakan bahwa pada dasarnya setiap manusia adalah baik dan suka hal-hal yang baik. Apabila ada orang-orang yang menyimpang dari kebaikan, itu semata-mata karena dia tidak tahu norma untuk bertindak dengan baik atau tidak tahu cara-cara bertindak yang menuju ke arah kebaikan.

2. Kode etik kedokteran Indonesia

a). Sejarah etika kedokteran

Profesi kedokteran mempunyai sejarah mengenai Kode Etik yang bermula sedikitnya kira-kira 2000 tahun SM. Dalam Kode Etik oleh Hammurabi, telah disusun bermacam-macam sistem/ peraturan mengenai para dokter. Terdapat pula beberapa bagian mengenai norma-norma tinggi moral/ akhlak dan tanggung jawab yang diharapkan harus dimiliki oleh para

dokter serta petunjuk-petunjuk mengenai hubungan antar dokter dengan pasien, dan beberapa masalah lain.

Sejak terwujudnya sejarah kedokteran, seluruh umat manusia mengakui serta mengetahui adanya beberapa sifat mendasar (fundamental) yang melekat secara mutlak pada diri seorang dokter yang baik dan bijaksana, yaitu sifat ketuhanan, kemurnian niat, keluhuran budi, kerendahan hati, kesungguhan kerja, integritas ilmiah dan sosial, serta kesejawatan yang tidak diragukan.

Inhotep dari Mesir, Hippocrates dari Yunani, Galenus dari Roma, merupakan beberapa ahli pelopor kedokteran kuno yang telah meletakkan sendi-sendi permulaan untuk terbinanya suatu tradisi kedokteran yang mulia. Semua tokoh dan organisasi kedokteran yang tampil ke forum internasional, kemudian mereka bermaksud mendasarkan tradisi dan disiplin kedokteran tersebut atas suatu etik profesional. Etik tersebut, sepanjang masa mengutamakan penderita yang berobat serta demi keselamatan dan kepentingan penderita. Etik ini sendiri memuat prinsip-prinsip, yaitu: *beneficence, non maleficence, autonomy* dan *justice*.

Etik kedokteran sudah sewajarnya dilandaskan atas norma-norma etik yang mengatur hubungan manusia umumnya, dan dimiliki asas-asasnya dalam falsafah masyarakat yang diterima dan dikembangkan terus. Khusus di Indonesia, asas itu adalah Pancasila yang sama-sama kita akui sebagai landasan Idiil dan Undang-Undang Dasar 1945 sebagai landasan struktural.

Etika Kedokteran mempunyai 3 (tiga) azas pokok, yaitu :

- 1) Otonomi; a) Hal ini membutuhkan orang-orang yang kompeten, dipengaruhi oleh kehendak dan keinginannya sendiri. Kemampuan (kompetensi) ini dianggap dimiliki oleh seorang remaja maupun orang dewasa. Yang memiliki pengertian bahwa pada tiap-tiap kasus yang dipersoalkan dan memiliki kemampuan untuk menanggung konsekuensi dan keputusan yang secara otonomi atau secara mandiri telah diambil. b) Melindungi mereka yang lemah, berarti bahwa kita dituntut untuk memberikan perlindungan dalam pemeliharaan, perwalian, pengasuhan kepada anak-anak, para remaja, dan orang dewasa yang berada dalam kondisi yang lemah dan tidak mempunyai kemampuan otonomi (mandiri).
- 2) Bersifat dan bersikap amal dan berbudi baik. Dasar ini tercantum pada etik kedokteran yang sebenarnya bernada negatif; *Primum Non Nocere* (Janganlah berbuat merugikan/ salah). Hendaknya kita bernada positif dengan berbuat baik, dan apabila perlu kita mulai dengan kegiatan-kegiatan yang merupakan awal kesejahteraan para individu dan masyarakat.
- 3) Keadilan. Azas ini bertujuan untuk menyelenggarakan keadilan dalam transaksi dan perlakuan antar manusia, umpamanya mulai mengusahakan peningkatan keadilan terhadap individu dan masyarakat dimana mungkin terjadi risiko dan imbalance yang tidak wajar dan bahwa segolongan manusia janganlah dikorbankan untuk kepentingan golongan

lain. Sejak permulaan sejarah yang tersurat mengenai umat manusia, sudah dikenal hubungan kepercayaan antara dua insan yaitu sang pengobat dan penderita. Dalam zaman modern, hubungan ini disebut hubungan kesepakatan *terapeutik* antara dokter dan penderita (pasien) yang dilakukan dalam suasana saling percaya mempercayai (*konfidensial*) serta senantiasa diliputi oleh segala emosi, harapan dan kekhawatiran makhluk insani.

Dewasa ini para dokter mungkin terlibat dalam praktek-praktek yang sungguh membahayakan terhadap umat manusia. Sejarah yang menyedihkan ini telah menciptakan pedoman-pedoman yang terdapat dalam *Nuremberg Code*, yang merumuskan kembali etika kedokteran dan kode-kode internasional lainnya seperti Deklarasi Helsinki mengenai penelitian terhadap manusia yang merupakan dasar bioetika.

Etika adalah usaha mengadakan refleksi yang tertib mengenai gerakan atau instuisi moral dan pilihan moral yang seseorang putuskan. Etika kedokteran dapat diartikan sebagai kewajiban berdasarkan akhlak/moral yang menentukan praktek kedokteran. Selama beberapa dasawarsa terakhir ini masalah-masalah etik kedokteran merupakan masalah yang paling penting dari pada kesadaran masyarakat, dengan keprihatinan yang terfokus pada beberapa masalah utama.

Tidak jarang diharapkan bahwa pakar etika mampu memecahkan begitu saja masalah moral yang dihadapi. Harapan itu diperkuat lagi oleh kecenderungan untuk meminta jasa ahli etika sebagai konsultan. Bantuan konsultasi di bidang teknik atau finansial, umpamanya. Ahli-ahli terakhir ini menunjukkan Jalan ke luar konkret bagi masalah yang dihadapi. Di bidang moral, keputusan etis harus diambil oleh pelaku moral sendiri. Hal itu tidak bisa diserahkan kepada orang lain.

Ahli filsafat Inggris C.B. Broad (dalam Salim, 2001), sudah menegaskan bahwa:

It's no part of the professional business of moral philosophers to tell people what they ought or ought not to do ... Moral philosophers as such, have no special information to the general public about what is right and what is wrong.

Keputusan tentang perbuatan dan tentang kualitas moral perbuatan terletak dalam tangan pelaku moral sendiri. Dalam konteks profesi hal itu lebih mendesak lagi, karena profesional mengerti lebih baik implikasi etis masalahnya dan cara efisien untuk mengatasinya. Ahli etika hanya bisa membantu dalam mempersiapkan keputusan itu atau dalam mengevaluasi keputusan yang sudah diambil. Secara konkret bantuan yang bisa diberikan ahli etika barangkali dapat disingkat sebagai berikut: Menganalisis suatu masalah moral dengan memperlihatkan semua implikasinya dan menjelaskan konsep-konsep yang berperan di dalamnya. Masalah itu sendiri dan konsep-konsep yang dipakai harus Jelas dulu sebelum kita dapat memikirkan suatu

pemecahan yang beralasan. Diskusi tentang euthanasia, umpamanya, sering menjadi kacau karena kurang jelas apa yang diartikan dengan istilah itu. Hal yang sama dapat dikatakan tentang hak milik intelektual, hak asasi manusia, keadilan sosial dan banyak diskusi aktual lainnya. Analisis konseptual masalahnya dapat memperlihatkan kompleksitasnya dan menghindari terjadinya pemecahan yang terlalu cepat dan berat sebelah.

Dalam mengamalkan profesinya, setiap dokter akan berhubungan dengan manusia yang sedang mengharapkan pertolongan dalam suatu hubungan kesepakatan terapeutik. Agar dalam hubungan ini dapat dijaga keenam sifat dasar di bawah ini, maka disusun Kode Etik Kedokteran Indonesia yang merupakan kesepakatan dokter Indonesia bagi pedoman pelaksanaan profesi.

Dokter mempunyai tanggung jawab yang besar, bukan saja terhadap manusia lain dan hukum, tetapi terpenting adalah terhadap keinsyafanhatinya sendiri akhirnya kepada Tuhan Yang Maha Esa. Pasien dan keluarganya akan menerima hasil usaha dan seorang dokter, jika mereka percaya akan keahlian dokter itu dan kesungguhannya. Sehingga mereka tidak menganggap menjadi masalah bila usaha penyembuhan yang dilakukan gagal. Perlu diperhatikan bahwa perbuatan setiap dokter, mempengaruhi pendapat orang banyak terhadap seluruh "*corps*" dokter. Pelayanan yang diberikan kepada pasien yang dirawat hendaknya adalah seluruh

kemampuan sang dokter dalam bidang ilmu pengetahuan dan perikemanusiaan (Salim, 2001).

Saat ini masyarakat menjadi kritis, jeli dan makin pandai. Termasuk di dalam kekecewaan atas pelayanan profesi kedokteran yang mudah terjadi. Sedikit saja kelemahan dokter, akan dipakai untuk mengadu kepengadilan. Masyarakat semakin sadar akan haknya untuk memperoleh pelayanan yang baik dan bermutu.

b). Kode etik Dokter

Pada bagian sebelumnya telah dijelaskan bahwa kode etik bagi orang-orang yang bekerja dalam tugas-tugas administrasi negara, kadang-kadang mempertentangkan arti dari kode etik itu sendiri, mengingat bahwa kode etik biasanya dikaitkan dengan suatu profesi khusus. Salah satu dari unsur aparatur birokrasi pemerintahan yang kebetulan pekerjaan mereka berupa profesi khusus adalah profesi Dokter. Dimana dalam melaksanakan pekerjaan mereka diikat oleh etika profesi yang disebut dengan Etika Kedokteran, sehingga dalam menjalankan profesinya, seorang Dokter pada bagian apapun mereka menjalankan tugas sebagai abdi negara dan abdi masyarakat, harus tunduk dan patuh dari apa yang telah digariskan dalam kode etik tersebut.

Sesungguhnya Etik kedokteran sudah sewajarnya dilandaskan atas norma-norma etik yang mengatur hubungan manusia pada umumnya, dan asas-asasnya berlandaskan pada falsafah yang muncul dan diterima dalam

masyarakat serta harus dikembangkan terus. Khusus di Indonesia, asas itu adalah Pancasila yang sama-sama diakui sebagai landasan Idiil dan Undang-Undang Dasar 1945 sebagai landasan strukturalnya.

Dewasa ini para dokter mungkin terlibat dalam praktek-praktek yang sungguh membahayakan terhadap umat manusia. Sejarah yang menyedihkan ini telah menciptakan pedoman-pedoman yang terdapat dalam *Nuremberg Code*, yang merumuskan kembali etika kedokteran dan kode-kode internasional lainnya seperti Deklarasi Helsinki mengenai penelitian terhadap manusia yang merupakan dasar bioetika.

Etika adalah usaha mengadakan refleksi yang tertib mengenai gerakan atau instuisi moral dan pilihan moral yang seseorang putuskan. Etika kedokteran dapat diartikan sebagai kewajiban berdasarkan akhlak/ moral yang menentukan praktek kedokteran. Selama beberapa dasawarsa terakhir ini masalah-masalah etik kedokteran merupakan masalah yang paling penting dari pada kesadaran masyarakat, dengan keprihatinan yang terfokus pada beberapa masalah utama.

Tidak jarang diharapkan bahwa pakar etika mampu memecahkan begitu saja masalah moral yang dihadapi. Harapan itu diperkuat lagi oleh kecenderungan untuk meminta jasa ahli etika sebagai konsultan. Bantuan konsultasi di bidang teknik atau finansial, umpamanya. Ahli-ahli terakhir ini menunjukkan jalan ke luar konkret bagi masalah yang dihadapi. Di bidang

moral, keputusan etis harus diambil oleh pelaku moral sendiri. Hal itu tidak bisa diserahkan kepada orang lain.

Ahli etika hanya bisa membantu dalam mempersiapkan keputusan itu atau dalam mengevaluasi keputusan yang sudah diambil. Secara konkret bantuan yang bisa diberikan ahli etika dapat disingkat sebagai berikut; Menganalisis suatu masalah moral dengan memperlihatkan semua implikasinya dan menjelaskan konsep-konsep yang berperan didalamnya. Masalah itu sendiri dan konsep-konsep yang dipakai harus jelas dulu sebelum kita dapat memikirkan suatu pemecahan yang beralasan. Diskusi tentang euthanasia, umpamanya, sering menjadi kacau karena kurang jelas apa yang diartikan dengan istilah itu. Hal yang sama dapat dikatakan tentang hak milik intelektual, hak asasi manusia, keadilan sosial dan banyak diskusi aktual lainnya. Analisis konseptual masalahnya dapat memperlihatkan kompleksitasnya dan menghindari terjadinya pemecahan yang terlalu cepat dan berat sebelah.

Dalam mengamalkan profesinya, setiap dokter akan berhubungan dengan manusia yang sedang mengharapkan pertolongan dalam suatu hubungan kesepakatan terapeutik. Agar dalam hubungan ini dapat dijaga keenam sifat dasar, yang menyusun Kode Etik Kedokteran Indonesia yang merupakan kesepakatan dokter Indonesia bagi pedoman pelaksanaan profesinya.

Dokter mempunyai tanggung jawab yang besar, bukan saja terhadap manusia lain dan hukum, tetapi terpenting adalah terhadap keinsyafanhatinya sendiri akhirnya kepada Tuhan Yang Maha Esa. Pasien dan keluarganya akan menerima hasil usaha dan seorang dokter, jika mereka percaya akan keahlian dokter itu dan kesungguhannya. Sehingga mereka tidak menganggap menjadi masalah bila usaha penyembuhan yang dilakukan gagal. Perlu diperhatikan bahwa perbuatan setiap dokter, mempengaruhi pendapat orang banyak terhadap seluruh "*corps*" dokter. Pelayanan yang diberikan kepada pasien yang dirawat hendaknya adalah seluruh kemampuan sang dokter dalam bidang ilmu pengetahuan dan perikemanusiaan (Salim, 2001).

Saat ini masyarakat menjadi kritis, jeli dan makin pandai. Termasuk di dalam kekecewaan atas pelayanan profesi kedokteran yang mudah terjadi. Sedikit saja kelemahan dokter, akan dipakai untuk mengadu kepengadilan. Masyarakat semakin sadar akan haknya untuk memperoleh pelayanan yang baik dan bermutu.

Berdasar pada maksud untuk lebih nyata mewujudkan kesungguhan dan keluhuran ilmu kedokteran, maka para Dokter Indonesia baik yang tergabung secara profesional dalam Ikatan Dokter Indonesia, maupun secara fungsional terikat dalam organisasi bidang pelayanan, pendidikan serta penelitian kesehatan dan kedokteran, maka dirumuskanlah Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), yang tertuang dalam Surat Keputusan

Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia No. 221/Pb/A.4/04/2002 Tentang Penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia, yang menjadi instrumen dalam penelitian ini.

Kode Etik Dokter sebagai hasil Muktamar Ikatan Dokter se-dunia (WMA) di Geneva pada bulan September 1948, mengeluarkan suatu pernyataan yang kemudian diamandir di Sydney bulan Agustus 1968. Pernyataan tersebut diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Sya'ra Departemen Kesehatan RI dan Panitia Dewan Guru Besar Fakultas Kedokteran Indonesia, kemudian dikukuhkan oleh Peraturan Pemerintah No. 26 tahun 1960 dan disempurnakan pada Musyawarah Kerja Nasional Etik Kedokteran II yang diselenggarakan pada tanggal 14 -16 Desember 1981 di Jakarta dan diterima sebagai lafal Sumpah Dokter Indonesia. Lafal ini disempurnakan lagi pada Rapat Kerja Nasional Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) dan Majelis Pertimbangan dan Pembelaan Anggota (MP2A), 20-22 Mei 1993.

Perkembangan mendasar terjadi pada WMA *General Assembly* di Stockholm yang ke 46, September 1994, terutama yang berkaitan dengan butir sumpah yang menyatakan "Saya akan menjaga, memelihara dan menghormati setiap hidup insani mulai dan (saat pembuahan atau awal kehidupan)". Lokakarya Ratifikasi Amandemen Deklarasi Geneva tentang sumpah dokter ini, untuk dokter di Indonesia telah dilakukan oleh MKEK pada bulan Oktober 2000, dengan merekomendasikan mengganti kalimat saat

pembuahan yang selama ini dipergunakan dalam mengangkat sumpah dokter Indonesia, menjadi “awal kehidupan”.

Pertentangan tentang penggantian kalimat pada butir ini muncul pada saat Mukktamar IDI XXIV Tahun 2000, sehingga mengamanatkan PB IDI periode kepengurusan 2000-2003, untuk menyelenggarakan pertemuan Khusus untuk menuntaskan permasalahan tersebut. Melalui Mukernas Etika Kedokteran III, Mei 2001, permasalahan ini masih belum dapat diselesaikan, sehingga diputuskan tetap memakai lafal sumpah sebagaimana yang tertera di bawah ini (sambil menunggu hasil referendum dan anggota IDI untuk memilih; 1) apakah pasal ini dihapuskan saja; 2) saya akan menjaga, memelihara dan menghormati setiap hidup insani mulai saat pembuahan; 3) saya akan menjaga, memelihara dan menghormati setiap kehidupan insani...; 4) saya akan menjaga, memelihara dan menghormati setiap hidup insani ... mulai dan awal kehidupan). Sehingga Sumpah Dokter berbunyi:

Demi Allah saya bersumpah, bahwa:

- a) Saya akan membaktikan hidup saya guna kepentingan perikemanusiaan.
- b) Saya akan menjalankan tugas saya dengan cara yang terhormat dan bersusila, sesuai dengan martabat pekerjaan saya sebagai dokter.
- c) Saya akan memelihara dengan sekuat tenaga martabat dan tradisi luhur profesi kedokteran.
- d) Saya akan merahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui karena keprofesian saya.

- e) Saya tidak akan mempergunakan pengetahuan dokter saya untuk sesuatu yang bertentangan dengan perikemanusiaan, sekalipun di ancam.
- f) Saya akan menghormati setiap hidup insani mulai dan saat pembuahan.
- g) Saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, dengan memperhatikan kepentingan masyarakat.
- h) Saya akan berikhtiar dengan sungguh-sungguh supaya saya tidak terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, gender, politik, kedudukan sosial dan jenis penyakit dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien.
- i) Saya akan memberi kepada guru-guru saya penghormatan dan pernyataan terima kasih yang selayaknya.
- j) Saya akan perlakukan teman sejawat saya seperti saudara sekandung.
- k) Saya akan mentaati dan mengamalkan Kode Etik Kedokteran Indonesia.
- l) Saya ikrarkan sumpah ini dengan sungguh-sungguh dan dengan mempertaruhkan kehormatan diri saya.

Pengambilan sumpah dokter merupakan saat yang sangat penting artinya bagi seorang dokter, karena pada kesempatan ini ia berikrar bahwa dalam mengamalkan profesinya, ia akan selalu mendasarinya dengan kesanggupan yang telah diucapkannya sebagai sumpah. Oleh karena itu, upacara pengambilan sumpah biasanya dilaksanakan dalam suasana yang hikmat. Suasana hikmat dapat diwujudkan bila upacara pengambilan sumpah dilaksanakan secara khusus, mendahului acara pelantikan dokter.

Untuk yang beragama Islam, "Demi Allah saya bersumpah". Untuk penganut agama lain mengucapkan lafal yang diharuskan sesuai yang ditentukan oleh agama masing-masing. Sesudah itu lafal sumpah diucapkan secara bersama-sama dan diikuti oleh semua peserta pengambilan sumpah. Bagi mereka yang tidak mengucapkan sumpah, perkataan sumpah di ganti dengan janji.

Semua dokter Indonesia, yang lulusan pendidikan dalam negeri maupun luar negeri wajib mengambil sumpah dokter. Mahasiswa asing yang belajar di Perguruan Tinggi Kedokteran Indonesia juga diharuskan mengambil sumpah dokter Indonesia. Dokter asing tidak harus diambil sumpahnya karena mereka dianggap sebagai tamu, mereka menjadi tanggung jawab instansi yang memperkerjakannya, tetapi tetap tunduk pada KODEKI (Kode etik kedokteran Indonesia) .

1). Kewajiban umum

Pasal 1

Setiap dokter harus menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah dokter.

Pasal 2

Seorang dokter harus senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi yang tertinggi.

Pasal 3

Dalam melakukan pekerjaan kedokterannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi.

Pasal 4

Setiap dokter harus menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri.

Pasal 5

Tiap perbuatan atau nasehat yang mungkin melemahkan daya tahan psikis maupun fisik hanya diberikan untuk kepentingan dan kebaikan pasien, setelah memperoleh persetujuan pasien.

Pasal 6

Setiap dokter harus senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan hal-hal yang dapat menimbulkan keresahan masyarakat.

Pasal 7

Seorang dokter hanya memberi surat keterangan dan pendapat yang telah diperiksa sendiri kebenarannya.

Pasal 7a

Seorang dokter harus dalam setiap praktik medisnya memberikan pelayanan medis yang kompeten dengan kebebasan teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (*compassion*) dan penghormatan atas martabat manusia.

Pasal 7 b

Seorang dokter harus bersikap jujur dalam berhubungan dengan pasien dan sejawatnya, dan berupaya untuk mengingatkan sejawatnya yang dia ketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi, atau yang melakukan penipuan atau penggelapan, dalam menangani pasien.

Pasal 7c

Seorang dokter harus menghormati hak-hak pasien, hak-hak sejawatnya, dan hak tenaga kesehatan lainnya, dan harus menjaga kepercayaan pasien.

Pasal 7d

Setiap dokter harus senantiasa mengingat akan kewajiban melindungi hidup makhluk insani.

Pasal 8

Dalam melakukan pekerjaannya seorang dokter harus memperhatikan kepentingan masyarakat dan memperhatikan semua aspek pelayanan kesehatan yang menyeluruh (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif), baik fisik maupun psiko-sosial, serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat yang sebenar-benarnya.

Pasal 9

Setiap dokter dalam bekerja sama dengan para pejabat di bidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat, harus saling menghormati.

2). Kewajiban dokter terhadap pasien***Pasal 10***

Setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan segala ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan pasien. Dalam hal ini ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, maka atas persetujuan pasien, ia wajib merujuk pasien kepada dokter yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut.

Pasal 11

Setiap dokter harus memberikan kesempatan kepada pasien agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan penasehatnya dalam beribadat dan atau dalam masalah lainnya.

Pasal 12

Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.

Pasal 13

Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.

3). Kewajiban dokter terhadap teman sejawat***Pasal 14***

Setiap dokter memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan.

Pasal 15

Setiap dokter tidak boleh mengambil alih pasien dari teman sejawat, kecuali dengan persetujuan atau berdasarkan prosedur yang etis.

4). Kewajiban Dokter terhadap diri sendiri***Pasal 16***

Setiap dokter harus memelihara kesehatannya, supaya dapat bekerja dengan baik

Pasal 17

Setiap dokter harus senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran/ kesehatan.

c). Mekanisme pelaksanaan Kode Etik Dokter

Berdasarkan hasil musyawarah kerja nasional Kedokteran III pada bulan April 2001, implementasi dari kode etik kedokteran disusun agar dapat dilaksanakan dan diamalkan berdasarkan kode etik profesi kedokteran. Disadari bahwa, pada saat ini banyak kritik masyarakat terhadap implementasi Etik Kedokteran. Hal tersebut tentunya tidak terlepas sifat dasar yang membuktikan keluhuran dan kemuliaan profesi seorang dokter.

Tiga sifat dasar yaitu kesungguhan kerja, kerendahan hati, integritas ilmiah dan sosial dapat disaksikan masyarakat secara kasat mata dan obyektif yang bisa disebutkan sebagai dimensi sosial, tetapi sifat dasar lainnya, seperti kemurnian niat merupakan dimensi *transcendenta* yang hanya dirasakan oleh yang bersangkutan sehingga bersifat subyektif dan hanya diketahui oleh yang bersangkutan dan Tuhan.

Adanya program implementasi diharapkan adanya kejelasan arah dan tujuan implementasi KODEKI yang pada akhirnya diharapkan meningkatkan citra dokter Indonesia. Adapun proses implementasi KODEKI terdiri dari:

- 1) Fase Persiapan; Pada fase persiapan ini yang diperlukan adalah standarisasi dan pedoman. Fase persiapan ini diharapkan dilaksanakan di Pengurus Besar IDI (IDI Pusat) dan IDI Wilayah. Langkah-langkah yang dilakukan pada fase persiapan, adalah sebagai berikut : a) Pengurus Besar IDI melalui Musyawarah Kerja Etik Kedokteran (MKEK) Pusat diharapkan dapat menyusun standarisasi pendidikan Fakultas Kedokteran yang berkaitan dengan KODEKI. Dengan adanya standarisasi diharapkan semua mahasiswa Kedokteran di Indonesia mendapat bekal KODEKI yang sama sehingga dalam melakukan implementasi juga sama.

Standarisasi pendidikan tersebut meliputi: 1) Sillabi etik profesi, 2) Buku ajar KODEKI dan Keprofesian, 3) Sillabi kursus, 4) Buku pedoman untuk kursus, 5) Kualifikasi tenaga pengajar, dan 6) Modul etik; b). Mengingat budaya masing-masing wilayah tidak sama, maka standarisasi pendidikan Fakultas Kedokteran yang berkaitan dengan KODEKI perlu ditindaklanjuti oleh IDI Wilayah untuk membuat pedoman-pedoman yang disusun oleh IDI Wilayah diharapkan dapat membantu dan memperjelas implementasi KODEKI di wilayahnya; c) Membuat pedoman-pedoman yang disusun oleh IDI Wilayah, yang diharapkan dapat membantu dan memperjelas implementasi KODEKI di wilayah.

- 2) Fase pelaksanaan; Agar dapat melaksanakan implementasi KODEKI dengan baik, maka harus dimulai sejak menjadi mahasiswa kedokteran sampai menjadi dokter dan melaksanakan kegiatan sebagai profesi dokter. Berdasarkan hal tersebut, pelaksanaan implementasi KODEKI sebagai berikut; a) Pendidikan *undergraduate* di Fakultas Kedokteran (S1). Pengenalan, penghayatan dan pemahaman KODEKI perlu dilakukan sedini mungkin, yaitu melalui pendidikan *undergraduate* di Fakultas Kedokteran; b) Kursus terstruktur, tatap muka dan jarak jauh oleh Lembaga Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB) IDI. Agar KODEKI dapat terus diingat oleh para dokter, maka perlu ada pelatihan/ kursus yang terstruktur mengenai KODEKI. Kursus dapat menggunakan sistem tatap muka tetapi juga dapat dengan sistem jarak jauh; c) Kuliah etik pada tiap PKB/ Pertemuan ilmiah tak dipungkiri PB IDI maupun IDI Wilayah sering mengadakan pertemuan ilmiah atau menyelenggarakan PKB. Pertemuan ilmiah dan PKB tersebut dapat merupakan wahana yang baik untuk melakukan sosialisasi KODEKI secara berkesinambungan dan berkelanjutan; d) Kursus Etik bagi anggota MKEK di dalam struktur organisasi IDI, MKEK mempunyai pengenalan, penghayatan dan pemahaman yang sama mengenai KODEKI maka anggota MKEK wajib mengikuti Kursus Etik. Disarankan MKEK Pusat membuat Kursus Etik bagi MKEK Wilayah, sedangkan MKEK Wilayah membuat Kursus Etik bagi MKEK Cabang, e) Melaksanakan dan mengembangkan fungsi-fungsi dalam struktur organisasi MKEK; f) Pemberdayaan panitia etik/ Komite Etik di rumah sakit dalam membuat kebijakan. Agar implementasi KODEKI di RS dapat berjalan dengan baik maka pengawasan secara berkesinambungan perlu dilakukan. Panitia etik/ komite di RS diharapkan dapat melaksanakan kegiatan tersebut; g) Koordinasi dengan profesi kesehatan lain dan institusi lain yang terkait.

- 3) Fase Pengawasan/ Evaluasi; Sudah menjadi sifat manusia, apabila tidak diawasi maka berani melakukan pelanggaran. Oleh karena itu, implementasi KODEKI perlu diikuti dengan sistem pengawasan/ evaluasi yang berkesinambungan dan berkelanjutan. Hal-hal yang perlu dilakukan pada pengawasan/ evaluasi adalah sebagai berikut; a) MKEK melaksanakan pengawasan secara aktif dan pasif, Agar ada kejelasan siapa, kapan dan bagaimana melakukan pengawasan/ evaluasi, maka PB IDI melalui MKEK Pusat diharapkan dapat membuat pedoman pengawasan/ evaluasi yang merupakan acuan umum, sedangkan IDI Wilayah melalui MKEK Wilayah membuat petunjuk teknis pengawasan/evaluasi yang merupakan penjabaran pedoman yang disusun PB 101 melalui MKEK Pusat sesuai dengan budaya, situasi dan kondisi wilayah; b) Panitia Etik AS sebagai pemantau di RS Seperti disebutkan di atas bahwa AS wajib mempunyai panitia etik maka panitia etik di RS ini diharapkan dapat secara optimal melakukan pengawasan secara aktif maupun pasif implementasi KODEKI. Oleh karena itu panitia etik AS diharapkan mempunyai prosedur tetap pengawasan/ evaluasi KODEKI serta pencatatan dan pelaporan masalah etik; c) Perlu adanya pelaporan kasus etik secara berkala dan berjenjang. Perlu dikembangkan format laporan kasus etik dan tata cara pelaporan secara berkala dan berjenjang.
- 4) Penegakan implementasi etik; Penegakan implementasi etik dilakukan secara berjenjang sebagai berikut: a) Panitia etik RS memecahkan masalah etik di rumah sakit; b) Panitia etik RS merujuk pelanggaran etik yang tidak bisa diselesaikan di RS ke MKEK/ MAKERSI (Majelis Kehormatan Etika Rumah Sakit); c) MKEK menangani kasus etik pengaduan dan masyarakat; d) Dalam penanganan masalah etik harus memperhatikan ketentuan hukum dan etika lain yang berlaku.

F. Kerangka Konseptual Penelitian

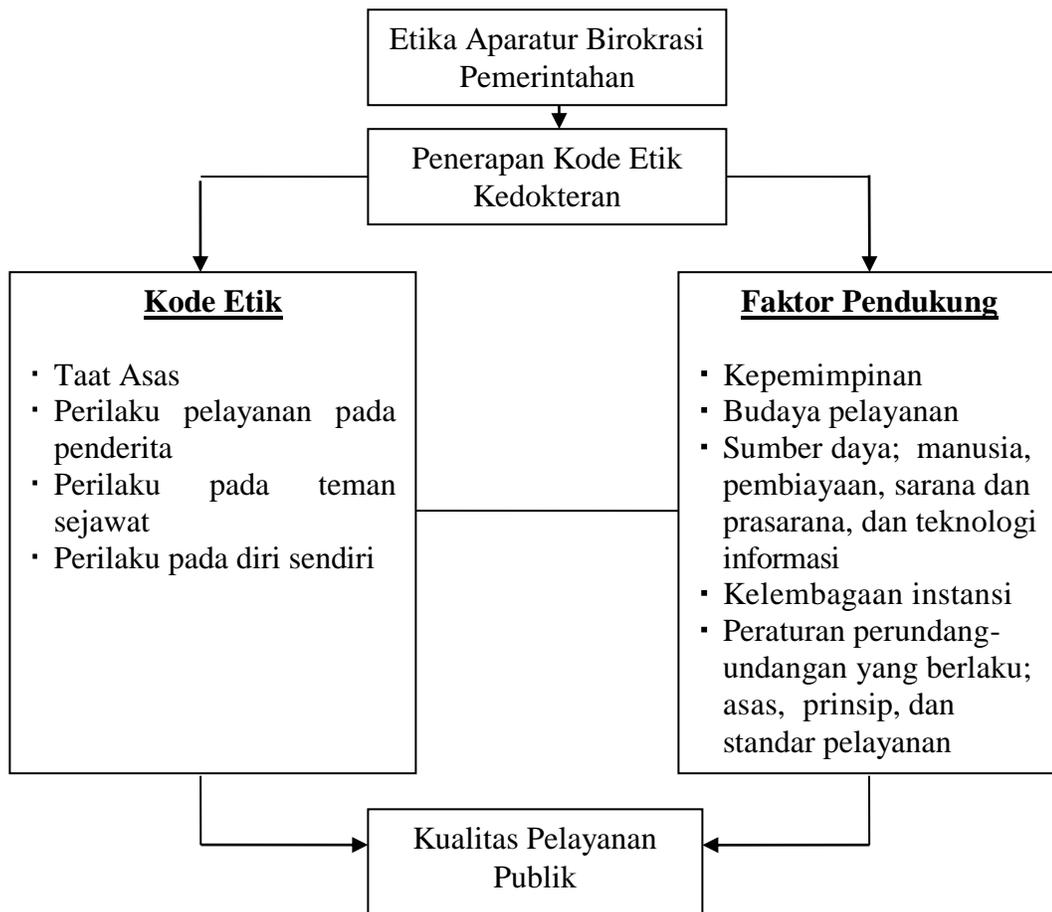
Saat ini kecenderungan adanya harapan publik tentang etika aparat pemerintahan muncul dalam berbagai ranah berbangsa dan bernegara, tampaknya berkaitan erat dengan fungsi atau keberadaan aparatur birokrasi pemerintah dalam melayani masyarakat, dimana kejujuran (*fairness*),

netralitas dan komitmen moral yang tercermin dalam perilaku etis, menjadi persyaratan yang memerlukan keajegan dengan tingkat implementasi yang harus diterapkan dengan penuh disiplin. Hal tersebut tentu menjadi penerapan wajib dan harus dipegang teguh oleh semua aparatur birokrasi pemerintahan dimanapun mereka berada.

Kode etik dengan pedoman penyelenggaraan pelayanan pemerintahan dan nilai-nilai pemerintahan yang baik atau *Good Governance*, dewasa ini telah menjadi trend atau kecenderungan global sebagai etika dalam pemerintahan yang secara umum menekankan bahwa penyelenggaraan pemerintahan negara harus merupakan keseimbangan interaksi dan keterlibatan antara pemerintah, swasta, dan masyarakat (*civil society*). Nilai-nilai atau prinsip yang harus dianut dan dikembangkan dalam praktek penyelenggaraan pemerintahan yang baik (*Good Governance*) dalam mewujudkan pelayanan yang pada akhirnya dapat memuaskan publik. Penerapan etika aparatur birokrasi pemerintahan seyogyanya konsisten mengamalkan kode etik, baik menyangkut kepatuhan pada asas- asas atau kewajiban umum dan menerapkan perilaku yang baik. Faktor-faktor pendukung pelayanan publik dalam penerapan etika aparatur birokrasi pemerintahan perlu mendapat perhatian. Faktor-faktor yang dimaksud adalah; *kepemimpinan*, terutama yang berhubungan dengan kepemimpinan sebagai; titik sentral kegiatan kelompok, kepribadian berpengaruh, seni menciptakan kesesuaian paham, tindakan mempengaruhi,

bentuk persuasi dan inspirasi, hubungan kekuatan/ kekuasaan, sarana pencapaian tujuan, dan hasil dari interaksi; *budaya pelayanan*; terutama menyangkut orientasi pada pelayanan, persepsi pelayanan, pola hidup atau kebiasaan-kebiasaan, dan gaya hidup; *sumber daya*, terutama sumber daya manusia, pembiayaan, sarana dan prasarana, dan teknologi informasi; *kelembagaan*, terutama berkaitan dengan distribusi kewenangan, tata organisasi, serta peraturan perundang-undangan yang berlaku. Substansi pelayanan publik selalu dikaitkan dengan suatu kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau kelompok orang atau instansi tertentu untuk memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Pelayanan publik ini menjadi semakin penting karena senantiasa berhubungan dengan khalayak masyarakat ramai yang memiliki keaneka ragaman kepentingan dan tujuan. Oleh karena institusi pelayanan publik terbesar adalah yang diselenggarakan oleh pemerintah, maka organisasi birokrasi pemerintahan harus merupakan organisasi garis terdepan (*street level bureaucracy*) yang berhubungan dengan pelayanan publik. Hal yang terpenting adalah bagaimana memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam rangka memenuhi kebutuhan dan kepentingannya. Dalam kaitannya dengan penyelenggaraan pemerintahan tersebut, aparatur birokrasi sebagai ujung tombak pelaksana pelayanan publik haruslah disusun dan diselenggarakan dengan sebaik-baiknya, berdasarkan pola, standar, dan prinsip-prinsip pelayanan yang ada, dan tetap dilandasi

oleh komitmen pada kepatuhan pada kode etik (*code of conduct*) sebagai kontrol moral bagi seluruh aparatur birokrasi pemerintahan dalam menjalankan tugasnya sehari-hari.



Gambar 3. Kerangka pikir/ konseptual penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Pendekatan Penelitian

Penelitian ini adalah tergolong pada jenis penelitian kualitatif, dengan pendekatan fenomenologis. Hal ini dimaksudkan agar hasil penelitian memberikan gambaran atau mendeskripsikan secara sistematis, faktual dan akurat terhadap fenomena-fenomena yang berkaitan dengan penerapan etika aparatur birokrasi pemerintahan dalam pelayanan publik. Metode penelitian kualitatif merupakan metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya eksperimen) dimana peneliti adalah instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi.

Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologis bertujuan menggambarkan secara sistematis dan analitis tentang sifat-sifat suatu individu, gejala, keadaan atau kelompok tertentu atau untuk menentukan penyebaran suatu gejala adanya hubungan tertentu antara suatu gejala dan gejala lainnya dalam masyarakat, dalam penelitian ini yaitu etika aparatur birokrasi pemerintahan dalam menjalankan tugas pelayanan publiknya. Data penelitian yang dikumpulkan dijadikan dasar untuk menggali etika aparatur birokrasi pemerintahan, dalam hal ini penerapan kode etik dokter yang

bekerja di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat (publik).

B. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, Provinsi Sulawesi Selatan.

C. Sumber dan Jenis Data Penelitian

Sumber data penelitian ini terutama dapat dijangkau melalui jenis data primer dan jenis data sekunder dengan proporsi sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai.

a. Data primer

Data primer dalam penelitian ini, merupakan sumber data utama yang digunakan untuk menjangkau berbagai data dan informasi yang terkait dengan fokus yang dikaji. Hal ini dilakukan melalui metode wawancara. Dari hasil wawancara peneliti telah mengetahui hal-hal yang lebih mendalam tentang penerapan etika aparatur birokrasi pemerintahan yang dilakukan oleh dokter berupa kode etik dalam pemberian pelayanan publik di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. Di samping itu dalam melengkapi hasil wawancara, peneliti juga melakukan observasi sebagai sumber data primer, terutama melihat proses pelaksanaan etika aparatur yang terwujud dalam penerapan aturan dan kode etik atau perilaku

dari masing-masing dokter dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat di rumah sakit.

Berdasarkan gejala yang diamati, teknik pengumpulan data serta spesifikasikan fokus yang ditetapkan, maka yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah aktor yang terlibat dalam penerapan dari perilaku Dokter dalam mempraktekkan kode etik mereka, serta pelaksanaan dari pelayanan publik mereka di rumah sakit.

Informan penelitian sekaligus menjadi sumber data primer dalam penelitian ini adalah;

- a. Direktur Rumah Sakit
- b. Kepala Tata Usaha Rumah Sakit
- c. Kepala Bidang Pelayanan
- d. Dokter
- e. Perawat
- f. Masyarakat Pelanggan Rumah Sakit
- g. Pasien, dan
- h. Pegawai Rumah Sakit yang menangani langsung pasien.

b. Data sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini merupakan sumber data pendukung yang diperlukan untuk melengkapi data primer yang dikumpulkan. Hal ini disesuaikan dengan kebutuhan data di lapangan yang terkait dengan

objek yang dikaji. Data sekunder terutama diperoleh melalui dokumentasi, peraturan perundang-undangan yang berlaku, peraturan-peraturan daerah yang terkait dengan kode etik atau penegakan disiplin pegawai negeri sipil atau aparatur pemerintah serta dokumen tentang pelayanan yang ada di rumah sakit.

D. Fokus Masalah Penelitian dan Deskripsi Fokus

Untuk menjawab dan mengkaji ruang lingkup penelitian ini, maka ditetapkan fokus kajiannya sebagai berikut:

1. Penerapan etika aparatur birokrasi pemerintahan yaitu perilaku baik atau buruk yang ditunjukkan oleh aparatur pemerintah yang bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkattu, dalam hal ini lebih difokuskan pada penerapan perilaku dokter yang dilihat dari pelaksanaan kode etik dokter, yaitu; **1) taat asas**, sebagai kewajiban umum seorang Dokter yaitu; (a) pengamalan isi sumpah Dokter, (b) pelaksanaan profesi ukuran tertinggi, (c) tidak terpengaruh keuntungan pribadi, (d) tidak melakukan perbuatan/ nasehat yang melemahkan daya tahan insani yang bukan untuk kepentingan penderita, (e) tidak menerapkan teknik atau pengobatan baru yang belum teruji kebenarannya, (f) memberi keterangan yang dapat dibuktikan kebenarannya (g) mengutamakan kepentingan masyarakat dalam semua aspek pelayanan kesehatan, dan (h) bekerjasama dengan pihak terkait dengan sebaik-baiknya, **2) perilaku**

terhadap penderita; (a) melindungi makhluk insani, (b) tulus ikhlas dan bersedia merujuk kepada Dokter lain bila dipandang perlu, (c) memberi kesempatan beribadah dan berkomunikasi dengan keluarganya, (d) merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang penderita bahkan sampai penderita itu telah meninggal dunia, dan (e) memberi pertolongan darurat, **3) perilaku terhadap teman sejawat;** (a) memperlakukan teman sejawat sebagaimana dia sendiri ingin diperlakukan, dan (b) tidak mengambil alih penderita dari teman sejawat tanpa persetujuannya, **4) perilaku terhadap diri sendiri;** (a) memelihara kesehatan dirinya, dan (b) mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tetap setia menggapai cita-citanya.

2. Faktor-faktor pendukung penerapan kode etik kedokteran dalam pelayanan publik adalah hal-hal yang menjadikan penerapan kode etik kedokteran mencapai sasarannya, dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkattu Kabupaten Bantaeng. Dalam hal ini difokuskan, pada; **1) kepemimpinan;** dilihat sebagai (a) titik sentral kegiatan kelompok, (b) seni menciptakan kesesuaian paham, (c) hubungan kekuatan/ kekuasaan, (d) sarana pencapaian tujuan. **2) budaya pelayanan;** diantaranya (a) orientasi pada pelayanan, (b) persepsi pelayanan, (c) pola hidup atau kebiasaan-kebiasaan, dan (d) gaya hidup. **3) sumber daya;** (a) manusia, (b) pembiayaan, (c) sarana dan prasarana, dan (d) teknologi informasi.

4) kelembagaan; menyakut (a) distribusi kewenangan, (b) tata organisasi, yang berdasar pada peraturan perundang-undangan yang berlaku, terutama yang berpatokan kepada Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara, Nomor; 63/ Kep/ M. PAN/7/ 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik, yaitu: (1) *asas-asas pelayanan* meliputi; (a) asas transparansi, (b) kuntabilitas, (c) kondisional, (d) partisipatif, (d) kesamaan hak, serta (e) keseimbangan hak dan kewajiban (2) *prinsip pelayanan* meliputi; (a) kesederhanaan, (b) kejelasan, (c) kepastian waktu, (d) akurasi, (e) keamanan, (f) tanggung jawab, (g) kelengkapan sarana dan prasarana, (h) kemudahan akses, (i) kedisiplinan, kesopanan dan keramahan, dan (j) kenyamanan. (3) *standar pelayanan*, meliputi; (a) prosedur pelayanan, (b) waktu penyelesaian, (c) biaya pelayanan, (d) produk pelayanan, (e) sarana dan prasarana, dan (f) kompetensi petugas pemberi pelayanan.

E. Instrumen Penelitian

Konsistensi dalam penggunaan instrumen penelitian dalam suatu penelitian kualitatif akan menggambarkan kualitas individu dari penelitiannya dalam menangkap fenomena-fenomena yang ada. Sehingga data yang diperoleh dalam kegiatan penelitiannya menjadi tidak bias. Maka pada intinya penelitian itu selalu merujuk kepada instrumen yang menunjukkan kapasitas individu peneliti. Oleh sebab itu, yang menjadi instrumen dalam penelitian ini

adalah peneliti sendiri (*human instrument*) (Sugiono, 2008). Melalui peneliti sendiri sebagai instrumen dalam penelitian ini telah mendapatkan data yang absah dan kredibel.

Dalam penelitian ini agar data yang diperoleh lebih terarah, maka dibuat pedoman wawancara yang telah dibuat sebelum benar-benar melaksanakan penelitian di lapangan. Pedoman wawancara tersebut dibuat berdasarkan fokus penelitian yang telah disusun berdasarkan indikator-indikator penelitian. Kemudian dibuat lebih operasional dengan menyusun pertanyaan-pertanyaan sederhana dan obyektif, agar informan benar-benar tidak memberi interpretasi lain selain yang menjadi tujuan dari pertanyaan tersebut. Walaupun demikian tetap diperlukan pertanyaan-pertanyaan lain, jika dianggap perlu untuk memberi pendalaman pada hal-hal tertentu.

Dengan demikian data yang diperoleh melalui wawancara atau observasi, tetap merupakan hasil usaha gabungan antara kegiatan melihat, mendengar, dan bertanya, yang dilakukan secara sadar, terarah, dan senantiasa bertujuan memperoleh informasi yang diperlukan (Moleong, 2005). Hal ini mungkin dilakukan dengan cara langsung turun ke lokasi penelitian dengan melakukan pengamatan dan wawancara dengan informan yang telah ditetapkan.

Dalam penelitian ini, upaya pengumpulan data di lapangan telah dilakukan dengan membuat pedoman wawancara dan selalu membawa pedoman wawancara tersebut setiap kegiatan penelitian dilakukan, untuk

menghindari kemungkinan biasnya data-data yang dibutuhkan sehingga kegiatan penelitian dapat berjalan efektif dan efisien sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Untuk lebih jelasnya, Format Pengembangan Instrumen Penelitian, berikut Rancangan Instrumen Penelitian disertasi ini, dapat dilihat pada Lampiran 1 (satu). Sedangkan uraian tentang Pedoman Wawancara (*interview guide*) selengkapnya juga dapat dilihat pada Lampiran 2 (dua) dalam disertasi ini.

F. Teknik Pengumpulan dan Pengabsahan Data

Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data dan teknik pengabsahan datanya dilaksanakan sebagai berikut;

1. Teknik pengumpulan data

Untuk mengumpulkan data yang diperlukan, maka penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

a. Wawancara

Dalam penelitian ini, wawancara langsung (*interview*) digunakan untuk mendapatkan informasi yang lebih dalam mengenai penerapan dari perilaku Dokter terhadap kode etik mereka. Hal ini terlihat pada saat pelaksanaan tugas mereka dalam memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit.

Pada saat melakukan wawancara, agar tetap fokus dengan tujuan penelitian, dilakukan berdasarkan acuan pada pedoman wawancara (*interview guide*). Pedoman ini merupakan penuntun bagi peneliti dalam mengembangkan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat terbuka sehingga memberikan kebebasan yang seluas-luasnya bagi informan untuk menyampaikan argumentasinya.

Penelitian yang dilaksanakan oleh peneliti disamping berdasarkan pedoman wawancara tersebut, juga tetap menggunakan alat pendukung lain dalam rangka meningkatkan kualitas dan kredibilitas hasil wawancara dengan para informan berupa alat tulis serta alat rekam (*flash-disc, tape recorder, kamera, serta handycam*) untuk mencatat dan merekam hasil pengamatan dan wawancara yang terjadi.

b. Observasi

Dalam penelitian ini, metode observasi digunakan sebagai teknik pengumpulan data dalam menjangkau data pada saat kejadian itu berlangsung. Oleh sebab itu, terkait dengan etika aparatur birokrasi pemerintahan, diobservasi dengan mencatat sejauhmana penerapan dari perilaku Dokter dalam mempraktekkan kode etik mereka. Termasuk pelaksanaan pengamatan tentang faktor-faktor yang menjadi pendukung dalam penerapan kode etik dokter dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat atau publik di rumah sakit.

Dalam hal ini, keberadaan peneliti sebagai instrumen kunci dalam penelitian menjadi sangat menentukan dalam mengamati setiap perilaku dokter, termasuk perilaku dokter terhadap pasien, paramedis, pegawai dan masyarakat, serta fenomena-fenomena lain yang timbul, tentu tetap berkaitan dengan fokus penelitian yang terjadi saat observasi berlangsung.

c. Teknik Dokumentasi

Dalam penelitian ini, teknik dokumentasi digunakan sebagai teknik mengumpulkan data melalui dokumen yang berkaitan dengan obyek penelitian sebagai sumber data, baik dalam bentuk dokumen surat-surat keputusan, literatur ilmiah, koran, buletin, jurnal dan arsip yang berkenaan dengan etika aparatur birokrasi pemerintahan, khususnya tentang kode etik Dokter yang berkaitan dengan dokumen-dokumen tentang penerapan kode etik dokter dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat khususnya tentang pelayanan di rumah sakit serta dokumen-dokumen yang mampu menjangkau data yang berkaitan dengan faktor-faktor pendukung penerapan kode etik dokter dalam memberikan pelayanannya di rumah sakit.

Dalam penelitian ini juga menggunakan teknik dokumentasi dalam rangka menggali dan mempelajari, mencatat, mencari dan mendapatkan semua bentuk dokumen, baik berupa peraturan-peraturan, surat-surat keputusan, bahan-bahan bacaan, makalah, jurnal, dokumen dan laporan-laporan yang telah dibuat oleh aparatur pemerintah yang bekerja pada RSUD

Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, serta bahan-bahan lain yang ada kaitannya dengan fokus penelitian ini.

2. Pengabsahan data

Pengabsahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan metode triangulasi (*triangulation*) yaitu pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu, untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut. Dalam hal ini, dilakukan melalui triangulasi terhadap sumber data, triangulasi terhadap waktu pengumpulan data dan triangulasi terhadap metodanya. Dengan teknik triangulasi maka teknik pemeriksaannya adalah memanfaatkan penggunaan sumber data (pengamatan, wawancara, studi kepustakaan dan arsip). Sedangkan triangulasi sumber digunakan untuk menguji kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber.

Dengan demikian maka, teknik pengujian keabsahan data dengan menggunakan teknik pemeriksaan *triangulasi* diharapkan mampu memenuhi kriteria kriteria kredibilitasnya data yang terjaring. Hal ini dilakukan dengan metode sebagai berikut;

1. Membandingkan data hasil pengamatan dan data hasil wawancara dengan informan.

2. Membandingkan apa yang dikatakan orang didepan umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi.
3. Membandingkan apa yang dikatakan orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakan sepanjang waktu melalui pengamatan yang terus menerus.
4. Membandingkan keadaan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangannya terhadap permasalahan sesuai dengan pengalaman kenyataan yang dilihatnya.
5. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

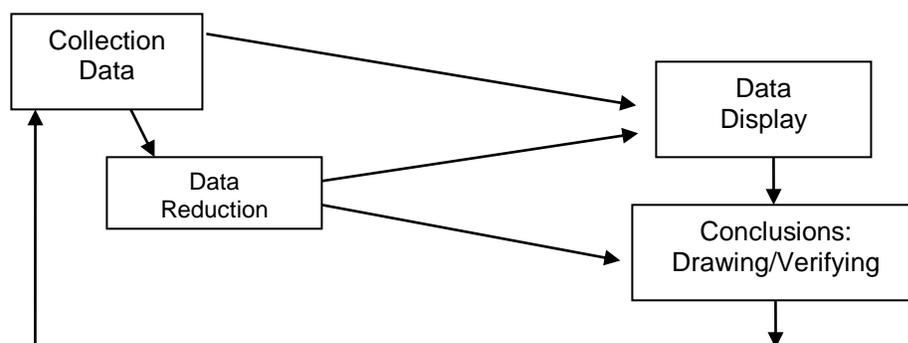
G. Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan teknik analisis data kualitatif. Model analisis dengan menggunakan penelitian kualitatif didesain sedemikian rupa sehingga dapat mengungkap persoalan penting yang terkait dengan fokus masalah yang telah ditetapkan. (Nasution, 1996). Di samping itu, analisis kualitatif dilakukan berdasarkan gejala yang dijelaskan dan dibidik sebagai bagian dari *state of the art* penelitian ini.

Dalam penelitian yang dianalisis adalah data-data yang berkaitan dengan etika aparatur birokrasi pemerintahan yang diterapkan, yang berasal dari data tentang perilaku Dokter dalam mempraktekkan kode etik mereka,

serta data tentang pelayanan publik mereka yang terekam dari pelaksanaan pelayanan publik di rumah sakit.

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini teknik kualitatif, yang dianalisis dengan menggunakan model interaktif fenomenologis dengan melihat proses dari suatu penerapan perilaku etika aparatur dalam memberikan pelayanan. Seperti yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman (1992). Dalam model interaktif yang bersifat fenomenologis terdapat 3 komponen analisis yaitu: reduksi, sajian data dan penarikan kesimpulan. Selanjutnya analisis dilakukan dengan memadukan cara interaktif terhadap ketiga komponen utama dimaksud. Teknik analisis ini mengikuti langkah-langkah analisis yang ditunjukkan pada gambar di bawah ini:



Gambar 4. Analisis data (Miles dan Huberman, 1992)

Penjelasan singkat tentang teknik analisis data dalam penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut;

1. Reduksi data (*data reduction*) yaitu data yang diperoleh dari lapangan jumlahnya cukup banyak, untuk itu perlu dicatat secara teliti dan rinci. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal pokok, memfokuskan pada hal-hal penting, dicari tema dan polanya;
2. Penyajian data (*data display*) yaitu menyajikan data dengan teks yang bersifat naratif sehingga mudah dipahami;
3. Verifikasi yaitu memilah-milah data yang ada, dan jika perlu membuang data yang dianggap tidak terlalu penting;
4. Melakukan triangulasi (*triangulation*) yaitu pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut. Dalam hal ini, triangulasi terhadap sumber data, waktu pengumpulan data, dan metodenya.
5. *Member chek* yaitu pengecekan secara berulang-ulang terhadap data yang diperoleh;
6. Penarikan kesimpulan data yaitu dengan cara menyimpulkan data dan selanjutnya menarik kesimpulan serinci mungkin.

Untuk menetapkan keabsahan (*trustworthiness*) data diperlukan teknik pemeriksaan. Pelaksanaan teknik pemeriksaan didasarkan atas

sejumlah kriteria. Terdapat 4 kriteria yang digunakan, yaitu derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), ketergantungan (*dependability*) dan kepastian (*confirmability*).

BAB IV

DESKRIPSI LOKASI PENELITIAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng didirikan pada tahun 1921 dan merupakan warisan Pemerintah Belanda, sehingga sebagian bangunannya terutama pada ruang perawatan masih merupakan bangunan yang berada di jantung Kota Bantaeng, yang terletak di sebelah selatan Propinsi Sulawesi Selatan dengan posisi 5 derajat 21'23" – 5 derajat 32'26" Lintang Selatan dan 119 derajat 51'42" Bujur Timur dengan batas wilayah :

1. Sebelah Utara : Kabupaten Gowa
2. Sebelah Timur : Kab.Bulukumba
3. Sebelah Selatan : Laut Flores
4. Sebelah Barat : Jeneponto

Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bantaeng ini, diambil dari nama salah satu putra daerah Kabupaten Bantaeng yang merupakan guru besar pada Bagian Ilmu Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu merupakan rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Bantaeng dan merupakan satu-satunya pusat rujukan di kabupaten Bantaeng. Selama ini RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu

selain melayani penduduk Kabupaten Bantaeng juga melayani penduduk tetangga seperti Kabupaten Bulukumba dan Jeneponto.

Fungsi rumah sakit ini sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang terbesar di tingkat Kabupaten, maka RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng selain memberikan pelayanan dasar yang bersifat pokok seperti Rawat Jalan, Rawat Inap, Gawat Darurat, Kebidanan/ Kandungan dan imunisasi juga memberikan pelayanan penunjang seperti Radiologi, Ultrasonografi, Rehabilitasi Medis, Laboratorium dan Bank Darah Rumah Sakit serta Pelayanan Rujukan.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1284/ MENKES/ SK/ XII/ 2004, tanggal 17 Desember 2004 tentang peningkatan kelas RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu dari Rumah Sakit Tipe D menjadi Rumah Sakit Kelas C.

Adanya perubahan tuntutan masyarakat terhadap fungsi pelayanan umum yang diselenggarakan oleh sektor publik telah mendorong setiap instansi pemerintah untuk meresponnya dalam rangka memberikan pelayanan prima (*service excellence*). Layanan prima adalah proses penanganan penyediaan barang atau jasa publik dengan standar mutu yang dapat dipertanggung jawabkan yang secara berkesinambungan dengan mempertimbangkan aspek-aspek sebagai berikut :

1. Keadilan
2. Transparansi
3. Efisiensi
4. Kepastian
5. Keamanan
6. Ketepatan waktu

Rencana Strategis RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng pada masa yang akan datang diharapkan menjadi organisasi yang tidak hanya mampu mengantisipasi perubahan akan tetapi yang lebih penting adalah turut menentukan perubahan.

Rencana strategis RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu mencakup tahapan program dan kegiatan. Tahapan-tahapan tersebut merupakan rangkaian yang saling berkaitan dalam satu kesatuan untuk mencapai tujuan kolektif yaitu Visi dan Misi organisasi.

1. Visi dan Misi

Layaknya sebuah organisasi yang memiliki tujuan yang akan dicapai, maka RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Banteng menggariskannya sebagai berikut;

a. visi

“ Terwujudnya RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Primadona Selatan Selatan “.

b. Misi

1. Menciptakan Pelayanan Kesehatan Mandiri dan Proaktif.
2. Menciptakan Pelayanan Kesehatan Berorientasi Kendali Mutu dan kendali Biaya.
3. Menciptakan Masyarakat yang Berperilaku Sehat Mandiri.

Sebagai Primadona di fokuskan pada peningkatan pelayanan dengan nilai-nilai moral berdasarkan etika kedokteran keperawatan dalam menciptakan pelayanan yang efektif, efisien, serta penuh didikan terhadap tugas dan fungsi berdasarkan Sistem Kesehatan Nasional dimana RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu dalam menghadapi persaingan yang semakin kompetitif harus mempunyai nilai tambah dimata konsumennya berupa kualitas produk yang bisa memenuhi dan memuaskan harapan konsumen, baik berupa barang maupun jasa yang ditawarkannya, sehingga masyarakat Sulawesi Selatan memposisikan RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu sebagai suatu alternative utama untuk menyelesaikan masalah kesehatannya.

a. menciptakan pelayanan kesehatan mandiri dan proaktif

Di harapkan Pihak Rumah Sakit mempunyai kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan segera, akurat dan memuaskan untuk membantu para pelanggan mendapatkan pelayanan yang tanggap.

b. Menciptakan Pelayanan Kesehatan Berorientasi kendali Mutu dan kendali Biaya

Diharapkan pihak rumah sakit mempunyai kemampuan memberikan pelayanan yang berkualitas, efisien dan efektif sehingga pelanggan mendapatkan pelayanan yang berkualitas dengan efisiensi dalam hal pembiayaan.

c. Menciptakan Masyarakat yang Berperilaku Sehat Mandiri

Diharapkan pihak rumah sakit berperan dan mempunyai kemampuan memberikan pendidikan kepada masyarakat untuk berperilaku hidup sehat mandiri.

2. Tujuan dan Sasaran

a. Tujuan

- 1) Peningkatan mutu pelayanan dan akses RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.
- 2) Menunjang peningkatan kelas RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng dari kelas "C" menjadi Rumah Sakit kelas "B" sebagai pusat rujukan kabupaten wilayah Selatan-Selatan.
- 3) Rencana pembangunan Rumah Sakit adalah bagian dari konsep The New Bantaeng, dimana RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng akan menjadi Pusat Regional Trauma Center Wilayah Selatan Sulawesi Selatan.

b. Sasaran

Dengan tujuan yang telah dipaparkan diatas, maka dibawah ini adalah sasaran yang ingin dicapai oleh RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng :

- 1) Peningkatan Tipe Rumah Sakit
- 2) Terwujudnya rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum (BLU)
- 3) Terwujudnya pengembangan jenis pelayanan spesialis
- 4) Meningkatnya jumlah tenaga baik kualitas maupun kuantitas
- 5) Terwujudnya kepuasan kerja bagi karyawan RS dengan berupaya untuk meningkatkan kesejahteraannya

3. Strategi (cara mencapai Tujuan dan Sasaran)

Untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dibutuhkan berbagai kebijakan-kebijakan yang diharapkan dapat mempercepat pencapaian tujuan dan sasaran. Berikut ini dipaparkan kebijakan-kebijakan beserta program sebagai berikut :

a. Kebijakan

- 1) Peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
- 2) Peningkatan Pendapatan Asli Daerah (PAD).

b. Program

Sementara itu program RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng.

- 1) Pemenuhan peralatan medis, non medis dan penunjang medis sebagai Rumah Sakit Tipe C
- 2) Terwujudnya kerjasama pendidikan dari berbagai institusi
- 3) Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
- 4) Peningkatan kualitas pelayanan pada setiap instalasi

4. Tugas Pokok dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 27 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi, Kedudukan, Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng adalah

“ Melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan “.

Sedangkan fungsi RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu adalah :

- a. Penyelenggaraan pelayanan medik
- b. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan non medik
- c. Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan
- d. Penyelenggaraan pelayanan rujukan
- e. Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan
- f. Penyelenggaraan Penelitian dan pengembangan
- g. Penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.

5. Struktur Organisasi

Adapun struktur organisasi RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng sesuai Peraturan Daerah No.27 Tahun 2007 terdiri dari:

- a. Direktur
- b. Kepala Bagian Tata Usaha
 - 1) Kasubag Keuangan
 - 2) Kasubag Kepegawaian
 - 3) Kasubag Perencanaan dan Pelaporan
- c. Kepala Bidang pelayanan medik
- d. Kepala Bidang Penunjang Pelayanan
- e. Kelompok jabatan fungsional

6. Keadaan Sumber Daya Manusia

a. Jumlah tenaga keseluruhan yang ada di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng pada tahun 2008 adalah 114 orang (PNS dan Non PNS/ Sukarela) dengan rincian sebagai berikut :

1. Tenaga Medis

- a) Spesialis Penyakit Dalam : 1 orang
- b) Spesialis Anak : 1 orang
- c) Spesialis Kandungan : 1 orang
- d) Spesialis Radiologi : 1 orang
- e) Spesialis Bedah : 1 orang

- f) Spesialis Syaraf : 1 orang
- g) Dokter Umum (PNS) : 7 orang
- h) Dokter gigi : 2 orang
- i) Pasca Sarjana (Magister Kesehatan) : 4 orang
- 2. Tenaga Paramedis Perawatan (PNS) : 38 orang
- 3. Tenaga Paramedis (Sukarela) : 63 orang
- 4. Tenaga Paramedis Non Perawatan :13 orang
- 5. Tenaga Paramedis Non Perawatan (Sukarela) : 7 orang
- 6. Tenaga Non Medis (PNS) : 31 orang

b. Program kerja sama Pendidikan dan Pelatihan dengan Institusi Pendidikan RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng bekerja sama dengan beberapa Institusi untuk melaksanakan Pendidikan dan Pelatihan, diantaranya :

- 1. Fakultas Kedokteran UNHAS
- 2. Fakultas Kedokteran UMI
- 3. Program Diploma 3 Analisis Kesehatan Universitas Indonesia Timur
- 4. Program Diploma 3 Kebidanan Universitas Indonesia Timur
- 5. Akper Pemda Kab.Bulukumba
- 6. Akademi Kebidanan Salewangan Kab.Maros
- 7. SMK Farmasi Syekh Yusuf Al-Makassari Kab.Gowa
- 8. SMK Keperawatan Harapan Bhakti Bonto Nompo

7. Sarana dan Prasarana

a. Bangunan

Bangunan RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng untuk tahun 2008 di atas tanah seluas 2.724,54 M2 dengan luas tanah perkantoran 2.948 M2 yang terletak di Jalan Teratai No.20 Kelurahan Pallantikang Kecamatan Bantaeng Kabupaten Bantaeng yang meliputi Pelayanan :

- 1) Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
- 2) Pelayanan Instalasi Rawat Inap
- 3) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
- 4) Pelayanan Instalasi Gizi
- 5) Pelayanan Jenazah
- 6) Pelayanan Instalasi Farmasi
- 7) Pelayanan Instalasi Kebidanan/kandungan
- 8) Pelayanan Instalasi Laboratorium
- 9) Pelayanan Instalasi UTDRS
- 10) Pelayanan Rehabiltasi Medik
- 11) Pelayanan IPRS dan Penyehatan Lingkungan
- 12) Pelayanan Instalasi Rekam Medik
- 13) Pelayanan Bedah Sentral
- 14) Pelayanan ICU
- 15) Pelayanan Kamar Operasi
- 16) Pelayanan Radiologi

Untuk peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng akan membangun rumah sakit modern yang pembangunannya di mulai pada tahun 2009 dengan kegiatan tahap I adalah reklamasi pantai sedangkan pembangunan fisik akan dilaksanakan pada tahun 2010 sebagai upaya peningkatan Tipe Rumah Sakit dari Tipe C menjadi Tipe B dan menjadi Rumah Sakit Regional Trauma Center di Wilayah Selatan Sulawesi Selatan dengan jumlah tempat tidur sebanyak 150 buah Tempat Tidur dengan luas lahan 23.180 M2 dan luas bangunan kurang lebih 9.500 M2.

Keberadaan tempat tidur di ruang perawatan di sesuaikan dengan luas bangunan instalasi rawat inap yang penyebarannya sebagai berikut :

- | | |
|--------------|--------------|
| 1) Kamar VIP | : 6 buah TT |
| 2) Kelas I | : 19 buah TT |
| 3) Kelas II | : 10 buah TT |
| 4) Kelas III | : 50 buah TT |

b. Fasilitas PLN dan PDAM

Pelayanan listrik di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu menggunakan 380 – 400 Volt dan sebagai listrik cadangan tersedia mesin genset 25.000 Watt sedangkan penyediaan air bersih oleh PDAM tersedia 8 titik.

c. Peralatan Medis

Peralatan medis yang dimiliki oleh RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng sampai dengan tahun 2008 adalah sebagai berikut :

1) Kursi besi/metal	: 3 buah
2) Tensimeter	: 6 buah
3) Instrumen cabinet	: 2 buah
4) Brancard	: 4 buah
5) Elektro counter	: 1 buah
6) Nierbekhan	: 23 buah
7) Pispot dewasa	: 21 buah
8) Resusitasi bayi	: 1 buah
9) Suction Pump	: 2 buah
10)Urinal	: 21 buah
11)Mayor surgeri set	: 1 buah
12)Hend Surgeri set	: 1 buah
13)Hend surginal set	: 1 buah
14)Laparatomi set	: 2 buah
15)Caesarean section set	: 1 buah
16)Scale for new baby capacity 15 kg	: 2 buah
17)Oxygen reguler	: 10 buah
18)Cardiotocography	: 1 buah
19)Born curret	: 1 buah

20) Instrumen trolley, stainless steel	: 2 buah
21) Audiometer	: 1 buah
22) Eye operation set	: 1 buah
23) Vacuum extractor	: 1 buah
24) Patient monitor	: 1 buah
25) Brain Mapping	: 1 buah
26) Electrocardiograph	: 1 buah
27) Apron	: 1 buah
28) Stethoscope	: 9 buah
29) Circumcision set	: 5 buah
30) Operation lamp	: 1 buah
31) Wheel Chair	: 4 buah
32) U.V. Sterilizer	: 1 buah
33) Photo meter	: 1 buah

d. Obat – obatan

Penerapan Obat dengan system satu pintu yaitu pada instalasi farmasi dilaksanakan pada setiap instalasi dengan tujuan :

- 1) Efisiensi bagi petugas maupun keluarga penderita sesuai dengan ketentuan akreditasi.
- 2) Pengendalian dan perlindungan bahaya pemakaian obat-obatan narkotika dan psikotropika terutama yang berkaitan dengan obat-

obatan pra operasi dan anasthesi dengan cara sentralisasi obat anasthesi di IPI

- 3) Melaksanakan paket rasional di semua instalasi pelayanan
- 4) Pelayanan obat-obatan untuk pasien tidak mampu dan peserta Jamkesmas dan Kesehatan Gratis sesuai Program Pemerintah
- 5) Penyediaannya disesuaikan dengan DOEN (Daftar Obat Esensial Nasional) dengan terus meningkatkan distribusi maupun monitoringnya.

7. Sumber Dana

Tabel 4. Pembiayaan APBD Tahun Anggaran 2008

No	Uraian	Alokasi (Rp)	Alokasi Setelah Perubahan (Rp)
1	Retribusi	1.306.327.000,-	1.246.927.000,-
	<i>Belanja tidak langsung</i>		
1	Belanja Pegawai	3.542.722.000,-	3.096.836.800,-
	Belanja Langsung		
2	Belanja pegawai	845.542.600,-	777.242.600,-
	Belanja Barang dan Jasa	3.663.021.875,-	3.960.306.125,-
	Belanja Modal	728.900.000,-	1.070.900.000,-
	JUMLAH	8.780.186.475,-	8.905.285.525,-

Sumber: Bagian Tata Usaha, 2009

8. Kinerja Tahun 2008

Tabel 5. Laporan kinerja tahun 2008

Uraian	Target Kinerja Kualitatif	Jumlah
Program Pelayanan Administrasi Perkantoran	Tercapainya prosentase rata-rata surat yang sampai pada tujuan	1.253.399.750
Penyediaan Jasa Surat Menyurat	Tercapainya prosentase rata-rata surat yang sampai pada tujuan	3.600.000
Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	Terlaksananya pembayaran rekening atas pemakaian listrik, air dan telepon	120.000.000
Penyediaan Jasa Kebersihan Kantor	Terselenggaranya upaya kebersihan kantor dan ruang pelayanan kesehatan	140.052.000
Penyediaan Jasa Perbaikan Peralatan Kerja	Tercapainya peralatan kerja yang dapat diopeasikan kembali	9.000.000
Penyediaan Alat Tulis Kantor	Terlaksananya administrasi perkantoran dan pelayanan kesehatan	59.669.000
Penyediaan barang cetakan dan Penggandaan	Terlaksananya administrasi perkantoran dan pelayanan kesehatan	161.935.000
Penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	Terselenggaranya penggantian atas komponen pelayanan listrik yang rusak pada ruang kantor, dan ruang pelayanan	17.725.000
Penyediaan bahan bacaan dan Peralihan Perundang-undangan	Tersedianya sarana pendukung peralatan kerja yang memadai	214.900.000
Penyediaan bahan logistik Kantor	Terpenuhinya kebutuhan gas rumah sakit	59.378.750
Penyediaan Makanan dan Minuman	Terlaksananya pemberian asupan gizi pasien rawat inap dan dokter jaga dan staf rumah sakit	367.500.000
Rapat-rapat Kordinasi dan Konsultasi Keluar Daerah	Tercapainya penggantian biaya atas perjalanan dinas dalam rangka rapat kordinasi dan konsultasi keluar daerah bagi pimpinan dan staf	96.200.000
Program Peningkatan sarana dan prasarana aparatur	Ratio rumah dinas dokter spsialis yang mem iliki sarana lengkap dibandingkan dengan rumah yang tersedia	360.144.900
Pengadaan mebeleur	Tercapainya prosentase mobiler yang layak pakai untuk pegawai	15.000.000
Rehabilitasi sedang/berat Rumah Dinas	Tersedianya Rumah Dinas yang telah mengalami rehabilitasi	114.999.400
Pemeliharaan rutin/berkala mobil jabatan	Terwujudnya kondisi mobil jabatan yang terawat dan siap pakai	15.200.000
Pemeliharaan rutin/berkala gedung kantor	Tercapainya prosentase ruang rumah sakit yang mengalami pemeliharaan	214.945.500
Program peningkatan Disiplin Aparatur	Tercapainya kehadiran aparatur	55.000.000
Pengadaan pakaian kerja lapangan	Tersedianya pakaian kerja pendukung pelayanan kesehatan	55.000.000
Program Peningkatan Kapasitas Aparatur Sumber Daya Aparatur	Tercapainya prosentase jumlah aparatur yang telah mengikuti pelatihan fungsional sesuai profesi masing-masing	94.339.000
Pendidikan dan pelatihan formal	Tercapainya prosentase petugas rumah sakit yang memiliki kompetensi sesuai profesi masing-masing petugas	51.000.000
Bimbingan teknis implementasi	Tercapainya prosentase petugas yang memperoleh	

peraturan perundang-undangan	bimbingan teknis pada bidang pelayanan rumah sakit	43.339.000
Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan	Lancarnya proses laporan capaian kinerja SKPD	8.881.500
Penyusunan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja	Prosentase penyediaan informasi realisasi kinerja SKPD perbulannya	8.881.500
Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan	Lancarnya proses laporan capaian kinerja SKPD	2.283.000
Penyusunan pelaporan keuangan semesteran	Tersedianya pelaporan keuangan semesteran	1.171,500
Penyusunan pelaporan keuangan akhir tahun	Tersedianya prosentase rata-rata ketepatan waktu penyampaian laporan realisasi keuangan RSUD akhir tahun	1.111.500
Program Obat dan Pembekalan Kesehatan	Tercapainya pemenuhan kebutuhan dasar pelayanan kesehatan Rumah Sakit	991.957.500
Pengadaan obat dan pembekalan kesehatan	Tercapainya pemenuhan akan bahan/alat pakai habis dan bahan/reagen laboratorium	991.957.500
Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan	Tercapainya Prosentase Pelayanan Kesehatan Yang Sesuai Dengan Standar Rumah Sakit Kelas C	624.656.000
Penyusunan standar pelayanan kesehatan	Tersedianya acuan / standar pelayanan medis bedah dan non bedah di RSUD Bantaeng	15.150.000
Evaluasi dan pengembangan standar pelayanan kesehatan	Tercapainya prosentase pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan kesehatan	12.270.000
Monitoring, evaluasi dan pelaporan	Terlaksananya survei kepuasan pelanggan	597.236.000
Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	Terselenggaranya pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin yang berobat di RSUD Bantaeng	27.535.875
Pelayanan sunnatan massal	Tercapainya pelayanan kesehatan sunnatan massal gratis bagi anak keluarga miskin	8.440.875
Pelayanan kesehatan akibat gizi buruk/busung lapar	Prosentase ketersediaan asupan gizi tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP) bagi bayi/balita yang menjalani perawatan di RSUD Bantaeng keluarga miskin	19.095.000
Program pengadaan,Peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana Rumah sakit/Rumah sakit jiwa/RS paru-paru	Tercapainya prosentase sarana dan prasarana yang mampu mendukung kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan	2.099.142.700
Rehabilitasi bangun rumah sakit	Tersedianya ruang instalasi yang representatif (lantai ruang berkeramik)	211.198.000
Pengadaan alat-alat kesehatan rumah sakit	Tercapainya prosentase peralatan kesehatan Bank Darah yang memenuhi standar	173.058.000
Pengadaan obat-obatan rumah sakit	Terpenuhinya kebutuhan obat-obatan rumah sakit	1.611.886.700
Pengadaan meubeleur rumah sakit	Tercapainya prosentase kebutuhan meubeleur ruang pelayanan kesehatan	14.000.000
Pengadaan perlengkapan rumah tangga rumah sakit (dapur,ruang pasien,loundy,ruang tunggu dll	Tercapainya prosentase ruang pelayanan yang memiliki sarana pendukung pelayanan kesehatan yang memadai	44.000.000
Pengembangan rumah sakit	Terwujudnya RSUD Bantaeng sebagai RSUD yang terakreditasi lima pelayanan	45.000.000
Program pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-paru	Tercapainya sarana dan prasarana RS yang mengalami pemeliharaan	291.108.500

Pemeliharaan rumah sakit	rutin/berkala	ruang	Tercapainya prosentase ruang rumah sakit yang mengalami pemeliharaan	43.430.000
Pemeliharaan poliklinik Rumah sakit	rutin/berkala	ruang	Tersedianya sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan pelayanan dibidang kesehatan	6.600.000
Pemeliharaan obat/apotik	rutin/berkala	ruang	Tersedianya prosentaseruang gudang obat/apotik yang mengalami pemeliharaan	2.289.500
Pemeliharaan kala ruang rawat inap Rumah Sakit (VVIP, VIP, Kelas I, II dan III)	rutin/berkala		Tercapainya prosentase ruang rawat inap yang mengalami pemeliharaan	129.134.000
Pemeliharaan gawat darurat	Rutin/berkala	ruang	Tercapainya prosentase ruang gawat darurat RSUD yang mengalami pemeliharaan	6.280.000
Pemeliharaan bersalin	rutin/berkala	ruang	Tercapainya prosentase ruang bersalin yang mengalami pemeliharaan	3.770.000
Pemeliharaan rontgen	rutin/berkala	ruang	Tercapainya prosentase raung rontgen yang mengalami pemeliharaan	2.579.000
Pemeliharaan kesehatan rumah Sakit	rutin/berkala	alat-alat	Terwujudnya peralatan kesehatan yang aman dalam penggunaan serta siap pakai	53.600.000
Pemeliharaan Ambulance/jenazah	rutin/berkala	mobil	Tercapainya kondisi mobil ambulance/jenazah yang terawat dan siap pakai	43.426.000

Sumber: Bagian Tata Usaha, 2009

9. Rekapitulasi Biaya Pelayanan Jamkesmas Tahun 2008

Tabel 6. Rekapitulasi biaya pelayanan Jamkesmas tahun 2008

No	Bulan	Rawat Jalan & Rawat Inap (Rp)	Obat (Rp)
1	Januari	87.523.750,-	11.875.650,-
2	Februari	93.503.750,-	9.875.650,-
3	Maret	103.438.500,-	14.005.878,-
4	April	94.795.500,-	15.385.673,-
5	Mei	92.090.500,-	15.610.810,-
6	Juni	71.538.500,-	10.881.937,-
7	Juli	73.822.097,-	10.816.507,-
8	Agustus	67.822.097,-	5.001.799,-
JUMLAH		684.534.694,-	93.453.904,-

Sumber: Bagian Tata Usaha, 2009

10. Rekapitulasi Biaya Pelayanan Askes Sosial Tahun 2008

Tabel 7. Rekapitulasi biaya pelayanan Askes Sosial tahun 2008

No	Bulan	Rawat Jalan & Rawat Inap (Rp)	Obat (Rp)
1	Agustus 2007	25.942.500,-	1.498.200,-
2	September 2007	17.962.500,-	1.006.523,-
3	Oktober 2007	10.432.500,-	960.013,-
4	Nopember 2007	31.668.000,-	4.187.739,-
5	Desember 2007	12.710.500,-	1.942.676,-
6	Januari 2008	27.910.500,-	3.554.596,-
7	Februari 2008	23.711.000,-	2.105.093,-
8	Maret 2008	28.459.500,-	3.004.100,-
9	April 2008	23.943.500,-	1.898.357,-
10	Mei 2008	20.330.000,-	2.851.589,-
11	Juni 2008	25.941.000,-	2.188.066,-
12	Juli 2008	30.046.500,-	2.277.807,-
13	Agustus 2008	30.361.500,-	-
JUMLAH		309.419.500,-	27.471.759,-

Sumber: Bagian Tata Usaha, 2009

11. Akuntabilitas Kinerja

Menyadari bahwa sebagai pelayanan publik RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu harus mampu merespon tuntutan masyarakat akan pemberian pelayanan yang lebih baik dan bermutu. Pada tahun 2008 telah ditetapkan beberapa sasaran yang diharapkan dapat

memenuhi/menunjang tuntutan masyarakat tersebut serta indikator-indikator yang digunakan untuk mencapai sasaran tersebut. Berikut ini sasaran yang ingin dicapai pada tahun 2008 beserta indikator pencapaian sasaran sebagai berikut:

Tabel 8. Sasaran dan indikator pencapaiannya

No	Sasaran	Indikator Pencapaian Sasaran
1.	Terpenuhinya kebutuhan pelayanan akan ketersediaan peralatan medis, non medis serta bahan-bahan lainnya di RS.	1. Pengadaan obat-obatan
2.	Terpenuhinya bahan/alat kesehatan untuk kebutuhan masyarakat, baik untuk pelayanan Rawat Jalan maupun pelayanan Rawat Inap.	1. Pengadaan bahan/reagen Laboratorium 2. Pengadaan alat/bahan kesehatan pakai habis 3. Pengadaan linen Rumah Sakit 4. Pengadaan peralatan medis 5. Pengadaan peralatan penunjang medis.
3.	Peningkatan pelayanan kesehatan gratis dan masyarakat miskin.	1. Pengadaan obat dan bahan pakai habis bagi keluarga miskin 2. Pelayanan sunatan massal 3. Pelayanan Kesehatan akibat gizi buruk/ busung lapar

Sumber: Tata Usaha, 2009

Tentunya dengan telah ditetapkannya sasaran yang ingin dicapai serta indikator-indikator yang digunakan untuk mencapai sasaran tersebut perlu

dilakukan suatu upaya berupa kegiatan-kegiatan yang lebih riil untuk mencapai hal di atas.

Atas pertimbangan di atas, maka pada tahun 2008 RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu mengusulkan tersedianya dana pembangunan yang ditujukan untuk mempercepat pencapaian sasaran.

a. Indikator kinerja

Indikator kinerja yang digunakan oleh RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu untuk menilai keberhasilan maupun kegagalan dan upaya pelayanan kesehatan yang telah dilakukan selama tahun 2008 adalah disesuaikan dengan indikator yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia adalah :

1. Indikator pemanfaatan sarana pelayanan rumah sakit diantaranya :
2. Persentase pemakaian tempat tidur dalam satu tahun (BOR = Bed Occupancy Rate)
3. Rata-rata lama rawat seorang pasien (LOS= Long Of Stay)
4. Prekuensi pemakaian tempat tidur dalam satu tahun (BTO = Bed Turn Over)
5. Rata-rata hari dimana tempat tidur itu tidak ditempat dari telah diisi ke saat terisi berikutnya (TOI = Turn Over Interval)
6. Rata-rata kunjungan poliklinik per hari

Indikator mutu pelayanan terdiri atas:

1. Angka kematian lebih 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap seribu penderita keluar (NDR = Net Deat Rate).
2. Angka kematian umum setiap seribu penderita keluar (GDR = Gross Deat Rate)

b. Capaian dan analisis kinerja pelayanan kesehatan

Berikut ini disajikan penjelasan/ uraian lebih lanjut tentang capaian dan analisis kinerja yang dihasilkan pada tahun 2008 sebagai berikut :

1. Indikator pemanfaatan sarana rumah sakit

Indikator pemanfaatan rumah sakit kegiatan pelayanan kesehatan instalasi rawat inap, dilihat dari jumlah penderita yang dirawat baik jumlah penderita Askes, jumlah penderita Umum, dan jumlah Penderita JPS. Kemudian jumlah penderita yang keluar hidup, jumlah penderita yang keluar mati.

Hari rawat yang dilihat dari persentase tempat tidur RS yang digunakan selama 1 tahun (Bed Occupancy Rate = BOR), rata-rata lama perawatan seorang pasien (Long Of Stay = LOS), rata-rata berapa kali tempat tidur ditempati dalam setahun (Bed Turn Over = BTO), lama tempat tidur kosong sebelum digunakan oleh penderita selanjutnya (Turn Over Interval = TOI). Selengkapnya, dapat dilihat pada tabel berikut;

Tabel 9. Kegiatan pelayanan kesehatan Instalasi Rawat Inap RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng Tahun 2007 dan 2008

NO	KEGIATAN	TAHUN		KET (nilai Ideal)
		2007	2008	
1.	Jumlah penderita yang dirawat	3.539	3.931	
	- Jumlah penderita Askes	586	523	
	- Jumlah Penderita Umum	1.435	974	
	- Jumlah Penderita JPS	1.518	1056	
2.	Jumlah penderita yang keluar hidup	3.429	3906	
3.	Jumlah penderita yang keluar mati	110	65	
4.	Hari rawat	11.474	14,684	
5.	Persentase tempat tidur RS yang digunakan selama 1 tahun (Bed Occupancy Rate = BOR)	61,61	65,42	60-80%
6.	Rata-rata lama perawatan seorang pasien (Long Of Stay = LOS)	4,8	3,5	6-9 hari
7.	Rata-rata berapa kali tempat tidur ditempati dalam setahun (Bed Turn Over = BTO)	63,6	66,5	40-50 kali
8.	Lama tempat tidur kosong sebelum digunakan oleh penderita selanjutnya (Turn Over Interval = TOI)	5,6	1,8	1-3 hari
9.	Jumlah Tempat Tidur	59	59	

Sumber: Tata Usaha, 2009

Berdasarkan tabel diatas nampak bahwa terjadi peningkatan dari 3.539 kasus menjadi 3.931 kasus penderita yang dirawat oleh Rumah Sakit. Peningkatan ini pula dibarengi dengan peningkatan pemakaian tempat tidur dari 61,61 % menjadi 65,42 %.

Untuk pelayanan pada instalasi rawat jalan baik poliklinik UGD dan penunjang dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 10. Data kunjungan penderita pada Instalasi Rawat Jalan RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng Tahun 2007 dan 2008

No	Jenis Kunjungan	Jumlah kunjungan		Rata-rata kunjungan per hari		Ket
		Thn 2007	Thn 2008	Thn 2007	Thn 2008	
1.	Poliklinik umum	4.575	5.162	14	21	
2.	Poliklinik anak	5.253	4.852	17	20	
3.	Poliklinik bedah	1.090	1,345	4	6	
4.	Poliklinik Penyakit Dalam	8.018	3.176	25	13	
5.	Poliklinik Kebid/Kandungan	1.664	1.093	5	5	
6.	Poliklinik Gigi dan mulut	918	908	3	4	
7.	Instalasi Gawat Darurat	4.499	3.699	14	15	
8.	Lain-lain	2.390	9.051	8	36	
JUMLAH		26.141	29.346	90	120	

Sumber: Tata Usaha, 2009

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa pada tahun 2008 terjadi peningkatan jumlah kunjungan pada poliklinik rawat jalan dari 26.141 kasus menjadi 29.346 kasus. Hal membuktikan bahwa pasien yang akan memanfaatkan Rumah Sakit sebagai Pelayanan rujukan mengalami peningkatan.

Untuk pelayanan pada instalasi instalasi penunjang dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 11. Kegiatan Instalasi Penunjang Pelayanan RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng Tahun 2007 dan 2008

No	Jenis pelayanan	Tahun		Rata-rata pelayanan Per hari		Ket
		2007	2008	2007	2008	
1.	Pemeriksaan Laboratorium	25.986	26.732	81	106	
	1.1. Pemeriksaan sederhana	6.740	7076	20	20	
	1.2. Pemeriksaan sedang	-	-			
	1.3. Pemeriksaan canggih					
	Sub Total 1	32.726	33.802	103	134	
2.	Pemeriksaan Radiodiagnostik (Rontgen)	3.386	2047	10	8	
	Sub Total 2	3.386	2047	10	8	
3.	Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)	205	334	1	1	
	Sub Total 3	205	334	1	1	
4	Fisioterapi	366	362	1	1	
	Sub Total 4	366	362	1	1	
J U M L A H		21.462	36.545	113	144	

Sumber: Tata Usaha, 2009

Pada tabel di atas nampak peningkatan kunjungan, ini tidak terlepas dari ketersediaan peralatan penunjang yang dimiliki. Ini dilakukan karena tuntutan masyarakat yang semakin meningkat akan hasil pemeriksaan/ pelayanan yang lebih berkualitas.

Saat ini kunjungan khususnya pada instalasi laboratorium tidak hanya terbatas pada pasien yang berobat di rumah sakit namun telah pula dimanfaatkan oleh masyarakat yang ingin mengetahui kondisi kesehatan dengan melakukan *check up*.

Pelayanan pada kamar operasi untuk pelayanan operasi bedah umum mengalami peningkatan yang sangat signifikan (Tahun 2007 sebanyak 103 kasus sedangkan pada tahun 2008, 333 kasus) sedangkan untuk pelayanan operasi kebidanan mengalami penurunan hal ini disebabkan karena dokter ahli kebidanan masih merangkap dengan Rumah Sakit Jeneponto yaitu hanya 2 kali seminggu yakni Selasa dan Kamis. Hasil Kegiatan Instalasi Kamar Operasi Kantor RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng Tahun 2007 dan 2008, dilihat dari sisi Operasi Bedah Umum, baik melalui Askes, Gakin, maupun dari sisi Operasi Kebidanan yang juga melalui Askes dan Gakin/ JPS, serta pasien Umum, selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 12. Hasil Kegiatan Instalasi Kamar Operasi Kantor RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng Tahun 2007 dan 2008

NO	JENIS PELAYANAN OPERASI	TAHUN		KET
		2007	2008	
1	Operasi Bedah Umum	103	333	
	- Askes	34	78	
	- Gakin	20	210	
	- Umum	49	45	
2	Operasi Kebidanan	316	95	
	- Askes	55	11	
	- Gakin / JPS	54	44	
	- Umum	207	40	
	J U M L A H	419	373	

Sumber: Tata Usaha, 2009

2. Indikator mutu pelayanan rumah sakit

Hasil pelayanan kesehatan selama tahun 2008 menunjukkan bahwa mutu pelayanan yang diberikan oleh RSUD. Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu telah semakin baik dimana angka kematian kurang 48 jam yang merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan yang diberikan oleh suatu rumah sakit pencapaiannya dibawah nilai yang ditolerir. Indikator ini cukup peka karena menggambarkan kesigapan rumah sakit baik dalam hal ketersediaan tenaga maupun sumber daya pendukung lainnya

seperti peralatan medis/ non medis, obat, bahan/ alat kesehatan pakai habis, dan hal-hal lain yang menunjang pemberian pelayanan yang cepat dan tepat bagi pasien yang tiba di rumah sakit. Dibawah ini data selengkapnya :

Tabel 13. Indikator Mutu Pelayanan RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng Tahun 2007 – 2008

No	Indikator	Tahun 2007	Tahun 2008	Ket (Nilai Standar)
1.	Jumlah penderita dirawat.	3.539	3.931	
2.	Jumlah penderita keluar hidup	3.429	3.906	
3.	Jumlah penderita meninggal :			
	- Kurang 48 jam	32	41	
	- Diatas 48 jam	23	24	
4	Angka kematian penderita dirawat < 48 jam (Net Deat Rate = NDR)	6,06/1000	6,1/1000	
5	Angka kematian penderita dirawat > 48 jam (Gros Deat Rate = GDR)	6,5/1000	16,5/1000	

Sumber: Tata Usaha, 2009

B. Deskripsi Hasil Survei Pelayanan Publik

Pemerintah Kabupaten Bantaeng telah melaksanakan survei tentang pelayanan aparatur birokrasi pemerintahan, khususnya pada pelayanan kesehatan melalui 2 (dua) Puskesmas, yaitu Puskesmas Loka dan Puskesmas Kota dengan menyelenggarakan lokakarya "*Mekanisme Pengaduan Masyarakat*" pada tanggal 22 – 23 Juni 2009, dan dilanjutkan dengan Survei Pengaduan Masyarakat yang dilaksanakan dari tanggal 3 s.d 20 Juni 2009. Sejumlah 1000 anggota masyarakat telah berpartisipasi dalam mengisi dan mengembalikan kuesioner dari sejumlah 1100 kuesioner yang disebarkan di Puskesmas Kota dan sejumlah 600 anggota masyarakat telah berpartisipasi dalam mengisi dan mengembalikan kuesioner dari sejumlah 800 kuesioner yang disebarkan di Puskesmas Loka. Pengaduan dan`keluhan tersebut melibatkan pengguna layanan (masyarakat) dan penyedia layanan pada unit pelayanan tersebut di atas serta menghadirkan berbagai pelaku pelayanan lainnya yang terkait.

Pada kegiatan lokakarya, merupakan media bertemu untuk pertama kalinya bagi para pihak yang berkepentingan dengan pelayanan publik, dan berkomunikasi tentang kondisi pelayanan publik untuk mencapai tujuan bersama. Oleh sebab itu, dalam lokakarya ini adalah kegiatan kunci menuju proses berikutnya.

Tujuan dari adanya kegiatan ini adalah:

1. Mengidentifikasi pengaduan (keluhan) yang umumnya diterima oleh aparatur dan atau yang umumnya diajukan oleh masyarakat terhadap kinerja unit pelayanan.
2. Menciptakan kesadaran penyedia/ unit pelayanan tentang aspek positif pengaduan (keluhan).
3. Menciptakan kesadaran masyarakat pengguna pelayanan tentang aspek positif menyampaikan pengaduan (keluhan) untuk memulihkan kepercayaan.
4. Memastikan seluruh peserta setuju dengan hasil lokakarya dan kegiatan tindak lanjut.

Dalam kegiatan tersebut peserta lokakarya menyepakati:

1. Rancangan kuesioner pengaduan yang siap digunakan dalam survei pengaduan.
2. Unit pelayanan bersedia melaksanakan survei pengaduan masyarakat terhadap kinerja pelayanan mereka sendiri.
3. Rencana kerja tindak lanjut yang harus dilakukan segera setelah lokakaryanya selesai, misalnya membentuk Kelompok Pengelola Proses/ Tim Survei, dan memberitahukan kepada semua petugas di Unit Pelayanan bersangkutan tentang rencana pelaksanaan survei pengaduan masyarakat terhadap kinerja pelayanan

mereka, serta penyelesaian aspek-aspek administratif yang diperlukan.

Hasil rekapitulasi survei pengaduan masyarakat terhadap pelayanan di Puskesmas Kota Kabupaten Bantaeng, adalah sebagai berikut:

1. Sejumlah 913 orang responden menyampaikan pengaduan; ruang tunggu loket kartu sempit. Hal ini disebabkan oleh (1) ruang tunggu loket berfungsi ganda/ jalan utama, (2) depan loket mirip jalan masuk, (3) kondisi fisik bangunan yang kecil, (4) jumlah pasien yang padat sehingga tidak mampu menampung pasien.
2. Sejumlah 880 orang responden menyampaikan pengaduan; dokter ahli kandungan belum tersedia di PKM. Hal ini disebabkan oleh status PKM harus menjadi PKM Pembina baru bisa jika ada Dokter ahli.
3. Sejumlah 801 orang responden menyampaikan pengaduan; dokter ahli anak belum tersedia di PKM. Hal ini disebabkan oleh (1) jumlah pasien anak yang banyak, (2) dokter anak hanya ada 1 di Bantaeng.
4. Sejumlah 720 orang responden menyampaikan pengaduan; dokter ahli Penyakit dalam belum tersedia di Puskesmas. Hal ini disebabkan oleh karena status PKM harus menjadi PKM pembina baru bisa jika ada dokter ahli.
5. Sejumlah 761 orang responden menyampaikan pengaduan; pasien harus menunggu lama di loket kartu. Hal ini disebabkan oleh (1) jumlah petugas kurang, (2) jumlah pasien banyak.

6. Sejumlah 750 orang responden menyampaikan pengaduan; ruang bermain untuk anak pasien atau keluarga tidak tersedia. Hal ini disebabkan oleh (1) anak pasien cepat merasa jenuh dan bosan menunggu giliran untuk diperiksa, (2) jumlah pasiennya banyak, (3) anak-anak bosan menunggu untuk di periksa.
7. Sejumlah 597 orang responden menyampaikan pengaduan, petugas pengarah pasien belum ada. Hal ini disebabkan oleh pasien yang baru berkunjung di PKM.
8. Sejumlah 593 orang responden menyampaikan pengaduan; tidak ada pojok ibu menyusui. Hal ini disebabkan oleh karena ibu-ibu risih menyusui jika di tempat terbuka.
9. Sejumlah 593 orang responden menyampaikan pengaduan; dokter kadang tidak ada pada saat dibutuhkan (pada hari setelah libur/ diantara hari libur). Hal ini disebabkan oleh karena minimnya tenaga dokter.
10. Sejumlah 413 orang responden menyampaikan pengaduan; ruang khusus lanjut usia tidak tersedia. Hal ini disebabkan oleh karena tidak tahan menunggu lama.
11. Sejumlah 397 orang responden menyampaikan pengaduan; belum adanya fasilitas konseling program gizi dan kesehatan lingkungan, remaja, anak dan penyakit menular. Hal ini disebabkan oleh (1) waktu pelayanan konseling terbatas dan wilayah kerja luas, (2) tenaga/ petugas kurang, (3) jadwal kegiatan luar gedung padat.

12. Sejumlah 390 orang responden menyampaikan pengaduan; pelayanan petugas loket kurang ramah. Hal ini disebabkan oleh (1) pasien tidak patuh pada aturan dan prosedur yang diberlakukan di PKM, (2) terkadang pasien yang membuat jengkel dan ingin cepat di layani, (3) tidak ada aturan atau tata tertib bagi pasien yang bisa di baca atau di ketahui.
13. Sejumlah 337 orang responden menyampaikan pengaduan; belum tersedia pelayanan khusus Pelayanan Akut. Hal ini disebabkan oleh; (1) Puskesmas Kota bukan PKM rawat inap tapi rawat jalan sehingga tidak dibuka 24 jam dan tidak mempunyai fasilitas UGD dan tempat tidur, (2) keterbatasan rumah sakit dalam menampung pasien akut di IGD sehingga pasien butuh perawatan di tempat lain yang terdekat (PKM Kota).
14. Sejumlah 232 orang responden menyampaikan pengaduan; pengambilan nomor tidak teratur. Hal ini disebabkan oleh (1) pasien mengambil nomor antrian yang awal kemudian yang bersangkutan meninggalkan puskesmas sebelum diperiksa, (2) nomor antrian sering dibawa pulang.
15. Sejumlah 197 orang responden menyampaikan pengaduan; belum tersedia Poskedes untuk desa yang jauh dari Puskesmas. Hal ini disebabkan oleh (1) pengetahuan masyarakat tentang Poskedes masih kurang, (2) peran lintas sektoral masih kurang.
16. Sejumlah 196 orang responden menyampaikan pengaduan; petugas kesehatan kurang disiplin. Hal ini disebabkan oleh (1) pasien ingin segera

dilayani berdasarkan jam kedatangannya, (2) kurangnya pemahaman masyarakat dalam mematuhi aturan jam pelayanan.

17. Sejumlah 193 orang responden menyampaikan pengaduan; kebersihan ruang tunggu masih kurang. Hal ini disebabkan oleh *cleaning service* kurang dan kesadaran pasien kurang tentang kebersihan.
18. Sejumlah 187 orang responden menyampaikan pengaduan; mobil puskesmas kadang tidak ada di PKM jika dibutuhkan pasien rujukan. Hal ini disebabkan oleh karena pada saat pasien membutuhkan mobil PKM, mobil sedang berada di lokasi (Desa/ Kelurahan) untuk kegiatan di luar gedung.
19. Sejumlah 182 orang responden menyampaikan pengaduan; tidak ada tempat parkir. Hal ini disebabkan oleh karena lahan parkir sempit, tidak seimbang dengan jumlah kendaraan pasien.
20. Sejumlah 178 orang responden menyampaikan pengaduan; jadwal PKM keliling tidak dipatuhi. Hal ini disebabkan oleh karena jika ada pertemuan yang dilaksanakan oleh tingkat kabupaten bertepatan dengan jadwal PKM keliling.
21. Sejumlah 178 orang responden menyampaikan pengaduan; petugas kurang adil dalam melayani. Hal ini disebabkan oleh karena kebijakan petugas untuk mendahulukan pasien dengan keadaan fisik yang lemah kurang dipahami pasien lain.

22. Sejumlah 127 orang responden menyampaikan pengaduan; pasien harus menunggu lama di poliklinik. Hal ini disebabkan oleh (1) dokter di PKM Kota Kurang, (2) jumlah pasien banyak, (3) petugas pemeriksa poliklinik masih kurang.
23. Sejumlah 115 orang responden menyampaikan pengaduan; prosedur pelayanan kurang jelas. Hal ini disebabkan oleh (1) petugas pengarah pasien belum ada, (2) pasien tidak membaca protap yang ditempel di ruangan, (3) Nama-nama ruangan terlalu kecil.
24. Sejumlah 85 orang responden menyampaikan pengaduan; pasien yang tidak memiliki Askes masih membayar setelah diberlakukan kesehatan gratis. Hal ini disebabkan oleh ada pembebanan administrasi pengambilan surat keterangan berbadan sehat dan *visum et revertum* yang tidak dijamin oleh askes, jamkesmas dan jamkesda.

Hasil rekapitulasi survei pengaduan masyarakat terhadap pelayanan di Puskesmas Loka Kecamatan Ulu Ere Kabupaten Bantaeng, adalah sebagai berikut:

1. Sejumlah 262 orang responden menyampaikan pengaduan; petugas biasanya hadir lengkap hanya pada hari pasar (Senin dan Kamis). Hal ini disebabkan oleh (1) pada hari pasar pelayanan dimaksimalkan di dalam gedung Puskesmas karena mengikuti pola kebiasaan masyarakat yang datang belanja ke pasar sambil berobat di Puskesmas, (2) pada hari lain petugas difokuskan untuk tugas luar di lapangan.

2. Sejumlah 238 orang responden menyampaikan pengaduan; sosialisasi jenis dan nama obat generik kurang. Hal ini disebabkan oleh karena rasa ingin tahu masyarakat yang semakin tinggi.
3. Sejumlah 196 orang responden menyampaikan pengaduan; pasien Jamkesmas cabut gigi dan pasang alat KB masih membayar. Hal ini disebabkan oleh karena bahan untuk anastesi dan jarum tidak ada atau tidak disediakan secara memadai oleh pemerintah.
4. Sejumlah 192 orang responden menyampaikan pengaduan; petugas tidak disiplin (terlambat datang dan pulang lebih cepat). Hal ini disebabkan oleh (1) pada hari pasar masyarakat terlalu cepat datang (sebelum jam kantor) karena mereka rangkaikan kunjungan Puskesmas dengan berbelanja di pasar, (2) setelah pelayanan jam sibuk pada hari pasar petugas keluar untuk tugas lapangan, (3) di luar hari pasar petugas difokuskan ke lapangan sehingga terkesan pulang cepat.
5. Sejumlah 176 orang responden menyampaikan pengaduan; belum ada petugas yang menangani pengaduan. Hal ini disebabkan oleh (1) tenaga terbatas atau kurang, (2) pemahaman mengenai pentingnya pengelolaan pengaduan masih rendah.
6. Sejumlah 172 orang responden menyampaikan pengaduan; makanan tambahan di Posyandu dulu ada, sekarang tidak ada. Hal ini disebabkan oleh karena tidak ada dana Puskesmas untuk mengadakan makanan tambahan.

7. Sejumlah 157 orang responden menyampaikan pengaduan; kurangnya penjelasan petugas tentang aturan pemakaian obat. Hal ini disebabkan oleh jumlah pasien yang terlalu tinggi terutama hari pasar.
8. Sejumlah 148 orang responden menyampaikan pengaduan; ruang tunggu terlalu kecil. Hal ini disebabkan oleh pola kunjungan masyarakat ke Puskesmas Loka terkonsentrasi pada hari pasar sehingga ruang tunggu pada hari itu terkesan sempit.
9. Sejumlah 134 orang responden menyampaikan pengaduan; petugas gizi jarang turun ke Posyandu pada hari penimbangan. Hal ini disebabkan oleh Puskesmas baru memiliki satu orang petugas gizi.
10. Sejumlah 119 orang responden menyampaikan pengaduan; Kebersihan dalam Lingkungan Puskesmas kurang (dalam ruangan dan halaman). Hal ini disebabkan oleh (1) air untuk kebersihan kurang, terutama pada musim kemarau, (2) halaman Puskesmas berdekatan dengan pasar, (3) pengguna layanan belum memahami pentingnya kebersihan lingkungan.
11. Sejumlah 116 orang responden menyampaikan pengaduan; belum ada informasi pelayanan tentang waktu dan biaya. Hal ini disebabkan oleh karena belum seluruh masyarakat mengetahui bahwa pelayanan Puskesmas sudah gratis.

12. Sejumlah 108 orang responden menyampaikan pengaduan; umumnya petugas kurang senyum. Hal ini disebabkan oleh kondisi lingkungan kerja yang penuh tekanan, terutama pada hari pasar.
13. Sejumlah 105 orang responden menyampaikan pengaduan; petugas lebih mengutamakan pasien umum daripada pasien Jamkesmas. Hal ini disebabkan oleh persyaratan administrasi pasien Jamkesmas lebih banyak dan membutuhkan sehingga waktu pelayanan yang lebih lama.
14. Sejumlah 98 orang responden menyampaikan pengaduan; kurangnya sosialisasi penanganan pasien meninggal dunia. Hal ini disebabkan oleh belum pernah ada kasus kematian di puskesmas Loka sehingga belum ada kebutuhan melakukan sosialisasi.
15. Sejumlah 98 orang responden menyampaikan pengaduan; dokter kadang tidak ada tidak ada saat dibutuhkan (pada hari setelah libur atau diantara hari libur). Hal ini disebabkan oleh (1) dokter yang bertugas sebelumnya tidak menetap di lokasi Puskesmas, (2) dokter sebelumnya belum berstatus PNS, (3) tidak ada dokter pengganti.
16. Sejumlah 90 orang responden menyampaikan pengaduan petugas loket lamban (kurang cepat) melayani. Hal ini disebabkan oleh karena kebanyakan pasien meminta pelayanan pada hari pasar sehingga pada hari-hari tersebut merupakan beban puncak pelayanan dan berpengaruh pada melambatnya pelayanan.

17. Sejumlah 87 orang responden menyampaikan pengaduan pelayanan bidan Poskesdes Bonto Tangnga hanya dua kali seminggu. Hal ini disebabkan oleh (1) Bidan klinik merangkap ke Poskesdes BontoTangnga, (2) Bidan yang bertugas di Poskesdes pindah dari Bonto Tangnga ke daerah lain, (3) Bidan di Poskesdes Bonto Tangnga belum berstatus PNS sehingga tidak ada ikatan kuat untuk menetap.
18. Sejumlah 84 orang responden menyampaikan pengaduan; mobil Puskesmas kadang tidak ada saat dibutuhkan oleh pasien rujukan. Hal ini disebabkan oleh mobil Puskesmas hanya satu dan digunakan untuk tugas lapangan lainnya, seperti Puskesmas Mobile.
19. Sejumlah 83 orang responden menyampaikan pengaduan; kurangnya koordinasi antara petugas Posyandu (kader dan petugas kesehatan). Hal ini disebabkan oleh karena kader memiliki tugas lain terkait dengan mata pencaharian mereka.
20. Sejumlah 77 orang responden menyampaikan pengaduan; adanya pasien Jamkesmas yang masih membayar obat. Hal ini disebabkan oleh (1) obat JPKM habis sehingga petugas terpaksa menanggulangi dengan membeli obat/alat kontrasepsi suntik bagi pasien yang bersedia mengganti uang pembeliannya, (2) alat dan obat *anastesi citojet* bersifat "habis pakai" tetapi tidak disiapkan secara memadai oleh pemerintah sehingga terkadang ditanggulangi dulu oleh petugas.

21. Sejumlah 57 orang responden menyampaikan pengaduan; perawat kurang memperhatikan pasien rawat inap. Hal ini disebabkan oleh (1) jumlah tenaga perawat masih kurang, (2) tenaga perawat yang ada harus melakukan tugas rangkap, (3) pasien belum memahami batasan tugas perawat.
22. Sejumlah 50 orang responden menyampaikan pengaduan bidan meninggalkan pasien rujukan tanpa didampingi. Hal ini disebabkan oleh (1) masyarakat belum memahami batasan tugas bidan, (2) Puskesmas Loka dan Rumah Sakit belum menyepakati secara tertulis batasan tanggung jawab masing-masing pihak dalam hal penanganan pasien rujukan.
23. Sejumlah 48 orang responden menyampaikan pengaduan; tempat pemberian pelayanan di Posyandu (Bungayya, borong tangnga, dan Lembang-lembang) tidak nyaman. Hal ini disebabkan oleh (1) halaman puskesmas terlalu dekat dengan pasar, (2) tidak ada posyandu permanen, (3) belum ditemukan lokasi yang tepat.
24. Sejumlah 6 orang responden menyampaikan pengaduan pasien membayar obat injeksi gigi. Hal ini disebabkan oleh bahan untuk anastesi dan jarum tidak ada atau tidak disediakan secara memadai oleh Pemerintah.

25. Sejumlah 1 orang responden menyampaikan pengaduan air di Puskesmas kurang. Hal ini disebabkan oleh karena sumber air kering, terutama pada musim kemarau.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Penerapan Kode Etik Kedokteran dalam Pelayanan Publik di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

Berdasar pada maksud untuk lebih nyata mewujudkan kesungguhan dan keluhuran ilmu kedokteran, maka para Dokter Indonesia baik yang tergabung secara profesional dalam Ikatan Dokter Indonesia, maupun secara fungsional terikat dalam organisasi bidang pelayanan, pendidikan serta penelitian kesehatan dan kedokteran, maka dirumuskanlah Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), yang tertuang dalam Surat Keputusan Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia No. 221/Pb/A.4/04/2002 tentang Penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia, yang menjadi instrumen dalam penelitian ini.

1. Taat asas (kewajiban umum)

Berdasar pada acuan Kode Etik Kedokteran tersebut, maka peneliti dapat menguraikan hasil penelitian ini, yang dideskripsikan berlandas pada kondisi pada lokus penelitian di Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. Kemudian langsung dibahas secara mendalam berdasar analisa data dan fakta serta diskusi dengan kajian teori yang sesuai.

Pengakuan tentang penerapan etika bahwa setiap dokter harus menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah dokter, di Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, Menurut dr. Sultan bahwa;

Saya kira kalau mau ditanya tentang pengamalan sumpah dokter di rumah sakit ini, rekan-rekan sejawat yang ada tidak perlu diragukan lagi tentang bagaimana mereka menerapkannya. Sumpah Dokter itu sudah mendarah daging dalam diri mereka (wawancara, 18 Pebruari 2010)

Pernyataan tersebut di atas dipertegas oleh seorang pasien yang menjadi salah satu informan dalam penelitian ini, yang bernama Jamarullah kebetulan seorang pemain tanjidor yang sementara di rawat di ruang Perawatan Kelas III Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, mengungkapkan bahwa;

Saya ini menderita sakit maag, selalu sakit perutku kalau terlambatka' makan, pas itu hari kami dari main musik di Jeneponto langsung sakit sekalimi perutku, jadi langsungma dibawa disini lewat UGD. Saya pake Jamkesmas. Dokter disini baikji pelayanannya. Itu saja Ade' (sambil menunjuk pasien seorang anak perempuan di sebelah tempat tidurnya) satu tempat tidur na duai sama kakaknya, dia juga sudah diperiksa sama Dokter, sudahmi juga dikasi obat. Sebetulnya tadi itu Dokternya mau kasi juga satu tempat tidur supaya tidak samaki kakaknya, tapi mamanya tidak mauki, jadi begitumi. Ini ibu juga keluarganya pake Jamkesmas, dilayani bae-baeji sama dokterka biar mami gratis (wawancara, 10 April 2010).

Pengambilan sumpah dokter merupakan saat yang sangat penting artinya bagi seorang dokter, karena pada kesempatan ini dokter berikrar bahwa dalam mengamalkan profesinya, seorang dokter akan selalu mendasarinya dengan kesanggupan yang telah diucapkannya sebagai

sumpah. Oleh karena itu, upacara pengambilan sumpah biasanya dilaksanakan dalam suasana yang hikmat. Suasana hikmat dapat diwujudkan bila upacara pengambilan sumpah dilaksanakan secara khusus, mendahului acara pelantikan dokter.

Untuk yang beragama Islam, "Demi Allah saya bersumpah". Untuk penganut agama lain mengucapkan lafal yang diharuskan sesuai dengan yang ditentukan oleh agama masing-masing. Sesudah itu lafal sumpah diucapkan secara bersama-sama dan diikuti oleh semua peserta pengambilan sumpah. Bagi mereka yang tidak mengucapkan sumpah, perkataan sumpah diganti dengan janji.

Semua dokter Indonesia, lulusan pendidikan dalam negeri maupun luar negeri wajib mengambil sumpah dokter. Mahasiswa asing yang belajar di Perguruan Tinggi Kedokteran Indonesia juga diharuskan mengambil sumpah dokter Indonesia. Dokter asing tidak harus diambil sumpahnya karena mereka dianggap sebagai tamu, mereka menjadi tanggung jawab instansi yang memperkerjakannya. Dokter asing yang memberi pelayanan langsung kepada masyarakat Indonesia, harus tunduk pada KODEKI (Kode Etik Kedokteran Indonesia).

Menurut salah seorang informan, dr. Hikmah, sebagai Kepala Bidang Pelayanan pada Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng bahwa;

Seorang Dokter yang telah bertugas di lapangan, termasuk di rumah sakit ini, mereka telah diajarkan oleh para Dosen sejak masih di kampus tentang sumpah dokter, kemudian mereka melaksanakan coass di rumah sakit-rumah sakit, pasti mereka sudah mengamalkannya, apalagi jika mereka telah berprofesi sebagai Dokter. Tentang pengamalan sumpah dokter, tidak perlu diragukan lagi (wawancara, 2 Maret 2010).

Dalam ikrar sumpah yang keempat, dikemukakan bahwa dalam menjalankan tugas seorang dokter akan mengutamakan kepentingan masyarakat. Dalam pengertian ini tidak berarti bahwa kepentingan individu pasien dikorbankan demi kepentingan masyarakat, tetapi tetap ada keseimbangan pertimbangan antara keduanya. Contoh ekkses yang dapat timbul, misalnya seorang dokter melakukan eksperimen pada pasiennya tanpa memperhatikan keselamatan pasien tersebut demi kepentingan masyarakat (*Neurenberg trial*).

Menurut Ibu Ros, salah seorang Kepala Perawat pada Bagian Interna pada Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, mengatakan bahwa;

Selama saya bekerja di rumah sakit ini, sudah sepuluh tahun lebih, tidak pernah saya liat ada dokter yunior yang di sidang oleh dokter senior atau bersangkutan dengan hukum, karena misalnya melanggar sumpah atau kode etik. Kelihatannya dokter di sini baik-baik, dan mereka melaksanakan tugasnya dengan baik pula (wawancara, 12 April 2010).

Seorang dokter sebagai aparatur birokrasi pemerintahan yang bekerja di rumah sakit, senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi yang tertinggi. Dalam hal ini melakukan profesi

kedokteran sesuai dengan ilmu kedokteran mutakhir, sarana yang tersedia, kemampuan pasien, etika umum, etika kedokteran, hukum dan agama.

Sejauh ini menyangkut ilmu kedokteran yang berkaitan dengan segala pengetahuan dan keterampilan yang telah diajarkan dan dimiliki, dipelihara dan dipupuk, sesuai dengan fitrah dan kemampuan dokter tersebut. Etika umum dan etika kedokteran diamalkan dalam melaksanakan profesi secara tulus ikhlas, jujur dan rasa cinta terhadap sesama manusia, serta penampilan tingkah laku, tutur kata dan berbagai sifat lain yang terpuji, seimbang dengan martabat jabatan dokter.

Ijazah yang dimiliki oleh seorang dokter, merupakan persyaratan untuk memperoleh izin kerja sesuai profesinya ((SID (Surat Ijin Dokter)/ SP (Surat Penugasan)). Untuk melakukan pekerjaan profesi kedokteran tersebut, seorang dokter wajib menuruti peraturan perundangundangan yang ada.

Penegasan empirik yang diungkapkan oleh dr. Sultan, bahwa;

Dokter itu bekerja berdasarkan protap (prosedur tetap) dan SOP (*standard operational procedure*), dan untuk melakukan suatu tindakan medis tertentu kepada pasien, mereka harus telah mempunyai lisensi seperti ini (dr. Sultan sambil memperlihatkan selebar sertifikat keahlian yang kebetulan ada di depannya), tanpa lisensi ini seorang dokter tidak diperbolehkan melakukan tindakan medik di ruang Unit Gawat Darurat. Dan seorang dokter itu selalu berkeinginan bekerja dengan mengeluarkan semua “tendangannya” (kemampuannya) yang maksimal, termasuk menggunakan semua fasilitas yang tercanggih yang ada hubungannya dengan suatu jenis penyakit tertentu. Tetapi di rumah sakit ini, kita taumi toh sarana prasarana kita masih terbatas, belum lagi misalnya kalau kita mau mendiagnosa berhadapan dengan keterbatasan alat, keterbatasan obat. Kalau kita mau USG misalnya, eh... mati lampu, kita mau lakukan IVP misalnya toh kasih masukkan

kontras yang mau di tau dimana ada bendungan, siapa yang bisa kerjakan dengan kondisi begitu? (wawancara, 12 April 2010).

Penegasan salah seorang informan yang bernama Ida Fitri, SKM, M.Kes yang juga sebagai Kepala Tata Usaha RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, bahwa;

Profesi dokter memang dalam menjalankan tugasnya agak berbeda dengan kita yang pegawai biasa. Mereka itu betul-betul memperhatikan prosedur-prosedur yang sudah ditetapkan, karena tanggung jawabnya sangat berpengaruh terhadap keselamatan orang lain. Lagi pula jika terjadi masalah, protap itulah yang akan dijadikan sebagai bahan rujukannya (Wawancara, 13 April 2010).

Salah seorang informan penelitian ini, bernama Raodah yang berprofesi sebagai perawat di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng mengungkapkan bahwa;

Saya pak bertugas di bagian perawatan kelas III, kami sudah diberi tugas oleh dokter perlengkapan-perengkapan apa saja yang dibutuhkan ketika dokter akan datang memeriksa di sini, termasuk bagaimana caranya mempersiapkan alat-alat itu. Termasuk juga data-data tentang pasien, akan ditulis oleh dokter dibuku ini (sambil memperlihatkan catatan rekam medik dokter). Jadi kami selalu diingatkan jangan sampai lupa semua ini (Wawancara, 13 April 2010).

Oleh sebab itu, seluruh tindakan yang diambil oleh dokter mesti dilakukan secara profesional, karena apabila tidak dilakukan demikian maka akan terpulang kepada nama baik dokter itu sendiri dan bukan kepada orang lain. Ahli filsafat Inggris C.B. Broad (dalam Salim, 2001), sudah menegaskan bahwa:

...It's no part of the professional business of moral philosophers to tell people what they ought or ought not to do ... Moral philosophers as such, have no special information to the general public about what is

right and what is wrong...(Bukanlah menjadi menjadi urusan seorang filsuf moral untuk mengatakan kepada orang-orang apa yang bisa dikerjakan atau tidak. Filsuf moral sendiri tidak memiliki informasi khusus kepada masyarakat umum tentang apa yang benar dan yang salah).

Chandler dan Plano (Keban, 2004), mengemukakan bahwa, dalam kajian etika, ada 4 (empat) landasan teori yang dapat dipakai, yaitu *empirical theory*, *rational theory*, *intuitive theory*, dan *revelation theory*. Berkaitan dengan penerapan kode etik kedokteran, maka landasannya adalah *empirical theory*, yang memandang bahwa etika itu diturunkan atau dihasilkan oleh pengalaman manusia yang bersumber dari kesepakatan-kesepakatan yang diterima oleh orang banyak atau masyarakat.

Berdasarkan data empirik dan kajian teori yang telah dikemukakan, maka peneliti dapat membuat sebuah proposisi, bahwa *untuk menjadi pekerja yang profesional disamping wajib memiliki mekanisme aturan main yang jelas sebagai landasan bertindak, seyogyanya dirumuskan pula secara sistematis, operasional, dan dibuat sedetil mungkin, agar pelaksanaan pekerjaan tidak bergantung kepada siapa yang akan bekerja, tetapi tergantung kepada apa yang akan dikerjakan.*

Dokter mempunyai tanggung jawab yang besar, bukan saja terhadap manusia lain dan hukum, tetapi terpenting adalah terhadap keinsyafan batinnya sendiri, dan akhirnya kepada Tuhan Yang Maha Esa. Pasien dan keluarganya akan menerima hasil usaha dari seorang dokter, kalau ia percaya akan keahlian dokter itu dan kesungguhannya, sehingga mereka

tidak menganggap menjadi masalah bila usaha penyembuhan yang dilakukan gagal. Dengan demikian seorang dokter harus menginsyafi betapa beratnya tanggung jawab itu. Perlu diperhatikan pula bahwa perbuatan setiap dokter, mempengaruhi pendapat orang banyak terhadap seluruh dokter. Pelayanan yang diberikan kepada pasien yang dirawat merupakan seluruh kemampuan sang dokter dalam bidang ilmu pengetahuan dan perikemanusiaan.

Dalam melakukan pekerjaan kedokterannya, seorang dokter tidak dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesinya. Seluruh Kode Etik Kedokteran Indonesia mengemukakan betapa luhur pekerjaan profesi dokter. Meskipun dalam melaksanakan pekerjaan profesi, dokter memperoleh imbalan, namun hal ini tidak dapat disamakan dengan usaha penjualan jasa lainnya. Pelaksanaan profesi kedokteran tidak ditujukan untuk memperoleh keuntungan pribadi, tetapi lebih didasari sikap perikemanusiaan dan mengutamakan kepentingan pasien.

Dalam hal memperlakukan pasien, saat dilakukan tindakan medik, terutama kepada pasien umum yang tidak ditanggung oleh jaminan asuransi kesehatan secara gratis, menurut dr. Sultan, di Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng adalah;

Di rumah sakit ini, kalau ada pasien yang kita tangani, apakah dia masuk melalui Unit Gawat Darurat (UGD) atau melalui pelayanan rawat jalan, petugas akan selalu menanyakan kepada pasien atau

keluarganya, apakah dia memiliki kartu ASKES (asuransi kesehatan) atau kartu JAMKESMAS (jaminan kesehatan masyarakat) ataukah akan dilayani melalui JAMKESDA (jaminan kesehatan daerah), sebelum pasien itu dikategorikan sebagai pasien umum. Tetapi kadang-kadang ada juga pasien, terutama diwakili oleh keluarganya yang menganggap bahwa kalau pelayanan umum itu selalu lebih baik dari pada misalnya mereka menggunakan fasilitas jaminan kesehatan gratis, sehingga biasanya mereka “so'ta” (berlagak tahu persoalan pelayanan di rumah sakit) mereka meminta dilayani sebagai pasien umum, begitu di suruh membayar, eh... barupi dia kasi keluar kartu jamkesmasnya atau baru mengaku tidak punya duit. Kalau sudah begitumi kita yang jadi bingung. Tapi jika dari awal sudah diketahui sebagai pasien umum, maka kami dokter akan menjelaskan secara rinci jenis obatnya apa, penggunaannya bagaimana, efek yang akan timbul seperti apa jika pasiennya mengkonsumsi obat tersebut, bahkan sampai estimasi harganya pun diberitahu (wawancara, 17 Maret 2010).

Fakta yang dikemukakan oleh informan tersebut di atas, bila merujuk dengan apa yang dikemukakan oleh Teichman (1998), bahwa prinsip dasar dari etika ada dua, yaitu; prinsip yang memandang manusia sebagai makhluk yang intrinsik berharga, dalam arti religius ataupun sekuler dan manusia yang kodrati. Sehingga seorang dokter sebagai praktisi keilmuan secara moral wajib menunjukkan ilmunya untuk kebaikan manusia tanpa merendahkan martabat atau merubah hakekat kemanusiaan. Masalah moral tidak bisa dilepaskan dengan tekad manusia untuk menemukan kebenaran, sebab untuk menemukan kebenaran dan terlebih lagi untuk mempertahankan kebenaran, diperlukan keberanian moral. Tanpa landasan moral, maka ilmunya mudah sekali tergelincir dalam melakukan prostitusi intelektual (Suriasumantri, 1996).

Berdasarkan pengamatan di lapangan dan mendiskusikannya dengan kajian pustaka yang ada, maka peneliti dapat mengemukakan sebuah proposisi bahwa *pada prinsipnya etika dapat dipandang sebagai koleksi dari prinsip-prinsip atau pandangan moral tentang bagaimana bentuk tindakan-tindakan yang dapat atau tidak dapat diterima mengenai suatu aktifitas atau tindakan tertentu oleh seseorang kepada orang lain atau sekelompok orang, dalam menjalankan pekerjaan atau profesinya.*

Dalam kaitan hal-hal tersebut di atas, peneliti tidak menemukan permasalahan yang bertentangan Kode Etik Kedokteran. Dimana hal tersebut memang dilarang untuk dilakukan oleh seorang dokter, misalnya:

1. Menjual contoh obat (*tree sample*) yang diterima cuma-cuma dari perusahaan farmasi.
2. Menjuruskan pasien untuk membeli obat tertentu karena dokter yang bersangkutan telah menerima komisi dari perusahaan farmasi tertentu.
3. Mengijinkan penggunaan nama dan profesi sebagai dokter untuk kegiatan pelayanan kedokteran kepada orang yang tidak berhak, misalnya dengan namanya melindungi balai pengobatan yang tidak memenuhi syarat yang ditetapkan oleh Pemerintah.
4. Melakukan tindakan kedokteran yang tidak perlu atau tanpa indikasi yang jelas, karena ingin menarik pembayaran yang lebih banyak.

5. Kunjungan ke rumah pasien atau kunjungan pasien ke kamar praktek yang akan menimbulkan kesan seolah-olah dimaksudkan untuk memperbanyak imbalan jasa.
6. Melakukan usaha untuk menarik perhatian umum dengan maksud supaya praktek lebih dikenal orang lain dan pendapatannya bertambah. Misalnya mempergunakan iklan atau mengizinkan orang lain mengumumkan namanya dan atau hasil pengobatannya dalam surat kabar atau media massa.
7. Meminta dahulu sebagian atau seluruh imbalan jasa perawatan pengobatan, misalnya pada waktu akan diadakan pembedahan atau pertolongan obstetri.
8. Meminta tambahan honorarium untuk dokter-dokter ahli bedah/kebidanan kandungan, setelah diketahui kasus yang sedang ditangani ternyata sulit, dimana pasien yang bersangkutan berada pada situasi yang sulit.
9. Menjual nama dengan memasang papan praktek di suatu tempat padahal dokter yang bersangkutan tidak pernah atau jarang datang ke tempat tersebut, sedangkan yang menjalankan praktek sehari-harinya dokter lain bahkan orang yang tidak mempunyai keahlian yang sama dengan dokter yang namanya terbaca pada papan praktek.

10. Mengeksploitasi dokter lain, dimana pembagian prosentasi imbalan jasa tidak adil.
11. Merujuk pasien ke tempat sejawat kelompoknya, walaupun di dekat tempat prakteknya ada dokter lain yang mempunyai keahlian yang diperlukan.
12. Secara sendiri atau bersama menerapkan pengetahuan dan keterampilan kedokteran dalam segala bentuk: (1) merendahkan jabatan kalau dokter bekerjasama dengan orang atau badan yang tidak berhak melakukan praktek dokter. (2) rujukan dokter umum ke dokter ahli benar-benar ditaati, yang disediakan memang benar pelayanan rujukan dokter spesialis, bukan pelayanan dokter umum atau dokter umum yang sedang menjalani pendidikan spesialisasi.
13. Menerima imbalan selain dan pada jasa yang layak sesuai dengan jasanya, kecuali dengan keikhlasan, sepengetahuan dan atau kehendak pasien.

Menurut hasil wawancara dengan dr Sultan, M. Kes, bahwa;

Meskipun demikian, hasil dan pekerjaan dokter tersebut tetap memenuhi keperluan hidup sesuai kedudukan dokter dalam masyarakat. Perumahan yang layak yang berarti tempat hidup berkeluarga yang cukup higienis, serta tempat praktek yang mempunyai: alat kedokteran seperlunya, kendaraan, pustaka sederhana, santapan rohani, kewajiban sosial dan lain-lain, semua itu memerlukan anggaran belanja. Jadi sudah selayaknya kalau dokter menerima imbalan jasa untuk pengabdian profesinya. Besarnya imbalan tergantung pada beberapa faktor yaitu keadaan tempat, kemampuan pasien, lama dan sifatnya pertolongan yang diberikan dan sifat pelayanan umum atau spesialistik (Wawancara, 4 Maret 2010).

dr. Almudai, menambahkan dengan penjelasan yang cukup jelas, bahwa pedoman dasar imbalan jasa dokter biasanya adalah;

1. Imbalan jasa dokter disesuaikan dengan kemampuan pasien. Kemampuan pasien dapat diketahui dengan bertanya langsung dengan mempertimbangkan kedudukan/ mata pencaharian, rumah sakit dan kelas dimana pasien dirawat.
2. Dan segi medik, imbalan jasa dokter ditetapkan dengan mengingat karya dan tanggung jawab dokter.
3. Besarnya imbalan jasa dokter dikomunikasikan dengan jelas kepada pasien. Khususnya untuk tindakan yang diduga memerlukan biaya banyak, besarnya imbalan jasa dapat dikemukakan kepada pasien sebelum tindakan dilakukan, dengan mempertimbangkan keadaan pasien. Pemberitahuan ini harus dilakukan secara bijaksana agar tidak menimbulkan rasa cemas atau kebingungan pasien.
4. Imbalan jasa dokter sifatnya tidak mutlak dan pada dasarnya tidak dapat diseragamkan.
5. Imbalan jasa dapat diperingan atau sama sekali dibebaskan, misalnya: (1) jika ternyata bahwa biaya pengobatan seluruhnya terlalu besar untuk pasien, (2) karena masalah-masalah sulit yang tidak terduga, biaya pengobatan jauh di luar perhitungan semula, 3) dalam hal pasien dirawat di rumah sakit dan jika biaya pengobatan seluruhnya menjadi terlalu berat, maka imbalan jasa dapat diperingan atau dibebaskan sama sekali. Keringanan biaya rumah sakit diserahkan kepada kebijaksanaan pengelola rumah sakit.
6. Bagi pasien yang mengalami musibah akibat kecelakaan, pertolongan pertama lebih diutamakan daripada imbalan jasa.
7. Seorang pasien dapat mengajukan permohonan untuk: (1) keringanan imbalan jasa dokter langsung pada dokter yang merawat, (2) jika perlu dapat melalui Ikatan Dokter Indonesia setempat.
8. Dalam hal ada ketidakserasian mengenai imbalan jasa dokter yang diajukan kepada Ikatan Dokter Indonesia. Ikatan Dokter Indonesia akan mendengarkan kedua belah pihak sebelum menetapkan keputusannya.
9. Imbalan dokter spesialis yang lebih besar bukan saja didasarkan atas kelebihan pengetahuan dan keterampilan spesialis, melainkan juga atas kewajiban/ keharusan spesialis menyediakan alat kedokteran khusus untuk menjalankan tugas spesialisasinya.

10. Imbalan jasa dapat ditambah dengan biaya perjalanan jika dipanggil ke rumah pasien. Selanjutnya, jasa yang diberikan pada malam hari atau waktu libur dinilai lebih tinggi dan biaya konsultasi biasa. Imbalan jasa dokter, disesuaikan dengan keadaan, maka ketentuan imbalan jasa ini dapat berubah. Tentu saja segala sesuatu mengenai uang jasa sama sekali tidak mutlak sifatnya. Dokter harus mempertimbangkan kemampuan keuangan pasien yang kurang atau tidak mampu, dibebaskan sebagian atau seluruhnya dari pembayaran. Dalam hal tersebut, ikutilah perasaan perikemanusiaan. Janganlah menuntut imbalan jasa yang lebih besar dari pada yang disanggupi pasien karena keuntungan dan penderitaan orang lain. Adalah tidak sesuai dengan martabat jabatan kalau seorang dokter menerima imbalan jasa yang besarnya jauh melebihi daripada lazimnya. Menerima yang berlebih-lebih itu, sedikit banyak mengurangi wibawa dan kebebasan bertindak dokter tersebut terhadap pasien. Lain halnya dan tidak bertentangan dengan etik, kalau seorang pasien sebagai kenang-kenangan dan tanda terima kasih dengan ikhlas memberikan sesuatu kepada dokternya.
11. Tidak dibenarkan memberikan sebagian dan imbalan jasa kepada teman sejawat yang mengirimkan pasien untuk konsultasi (*dichotom*,) atau komisi untuk orang yang langsung ataupun tidak menjadi perantara dalam hubungannya dengan pasien. Misalnya pengusaha hotel, bidan, perawat dan sebagainya yang mencarikan pasien. Imbalan jasa dokter yang bertugas memelihara kesehatan para karyawan atau pekerja suatu perusahaan, dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu banyaknya karyawan dan keluarganya, frekuensi kunjungan kepada perusahaan tersebut dan sebagainya. Tidak jarang tidak mengunjungi perusahaan secara berkala, hanya menerima karyawan yang sakit ditempat prakteknya. Ada imbalan yang tetap besarnya (*fixum*) tiap bulan, ada yang menurut banyaknya konsultasi atau kombinasi dan kedua cara tersebut.
12. Imbalan jasa pertolongan darurat dan pertolongan sederhana tidak diminta dari; 1) korban kecelakaan, 2) teman sejawat termasuk dokter gigi dan apoteker serta keluarga yang menjadi tanggung jawabnya, 3) mahasiswa kedokteran, bidan dan perawat, 4) dan siapapun yang dikehendakinya, 5) biaya-biaya bahan alat terbuang yang cukup mahal serta rawatan yang ditentukan kemudian setelah pertolongan selesai diberikan.
13. Ancer-ancer imbalan jasa dokter ditentukan bersama oleh Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan/ Dinas Kesehatan dan Ikatan Dokter Indonesia setempat. (Wawancara, 5 Maret 2010).

Pernyataan seorang informan bernama Suarsih sebagai seorang pasien yang biasa berobat baik di rumah sakit maupun di tempat Dokter RSUD Prof. dr . H.M. Anwar Makkatutu melaksanakan praktek menyatakan bahwa;

Biasanya Dokter-dokter yang ada di Bantaeng ini, apalagi dokter yang memang bekerja di rumah sakit Anwar Makkatutu, biasanya cukup banyak pasiennya, apalagi dokter-dokter yang sudah senior. Biasanya juga imbalan jasanya masih bisa dijangkalah. Mungkin mereka berpikir bahwa ini mereka berpraktek di daerah sehingga mereka menyesuaikan dengan kondisinya (Wawancara, 15 Maret 2010).

Setiap dokter diharuskan menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri. Biasanya seorang dokter sudah menyadari bahwa pengetahuan dan keterampilan profesi yang dimilikinya adalah karena karunia dan kemurahan Tuhan Yang Maha Esa. Oleh karena itu memuji diri adalah dianggap tidak patut.

Hasil wawancara dengan dr. H. Syafruddin, M. Kes, bahwa dalam kode etik kedokteran, yang dimaksud dari setiap perbuatan yang bersifat memuji diri ini misalnya;

1. Mempergunakan gelar kesarjanaan yang dimiliki tidak menurut undang-undang berarti melanggar Etik Kedokteran.
Dalam Peraturan Pemerintah Nomor; 30 tahun 1990 yang mengatur tentang gelar akademik dan gelar profesi. Setiap gelar dokter hendaknya mengindahkan peraturan ini. Apabila seorang dokter mempunyai lebih dari satu gelar, maka gelar yang dicantumkan pada papan praktek adalah yang sesuai dengan ijazah.
2. Tidak dibenarkan seorang dokter mengadakan wawancara dengan pers atau menulis karangan dalam majalah/ harian untuk memperkenalkan dan mempromosikan cara ia mengobati sesuatu

penyakit, karena orang awam yang membacanya tidak dapat menilai kebenarannya.

3. Satu-satunya tempat untuk mengumumkan sesuatu yang dianggap bermanfaat dalam bidang kedokteran ialah majalah kedokteran sehingga akan terbukti nanti apakah yang dikemukakan itu tahan kritik sesama ahli. Namun demikian, wawancara dan tulisan ilmiah yang berorientasi kepada masyarakat dan bersifat penyuluhan serta berdasarkan kejujuran ilmiah malahan sangat diharapkan dari seorang dokter.
4. Masyarakat harus diberikan penerangan tentang berbagai kemungkinan yang tersedia dalam ilmu kedokteran, untuk mencegah pasien datang terlambat kepada dokter atau pergi ke tukang obat ("*quacks*"). Penerangan ini dapat dilakukan melalui ruangan (rubrik) kesehatan majalah/ surat kabar harian.
5. Setiap dokter yang menulis karangan yang bersitat mendidik ini, berjasa terhadap masyarakat. Tulisan itu akan bertentangan dengan Etik Kedokteran kalau dengan sengaja dibubuhi berbagai cerita tentang hasil pengobatan sendiri, karena menjadi iklan buat diri sendiri.
6. Kode Etik tidak mengizinkan dokter memberi kesempatan kepada orang awam untuk menghadiri pembedahan atau menyiarkan foto pembedahan dengan maksud memperkenalkan diri kepada khalayak ramai. Supaya jangan menyalahi etik, laporan foto tersebut hendaklah sebisa mungkin dokter mencegah orang lain untuk menyiarkan nama dan hasil pengobatannya dalam surat kabar (Wawancara, 4 April 2010).

Berdasarkan pengamatan peneliti, yang berkaitan dengan indikator tidak memuji diri ini, dokter di Kabupaten Bantaeng dalam melaksanakan praktek dokter, dapat dijelaskan sebagai berikut: (1) menggantungkan atau memancang papan nama di depan ruangan tempat praktek. Papan nama berukuran 40 x 60 cm, tidak melebihi 60 x 90 cm, dicat putih dengan huruf hitam. Nama gelar yang sah dan jenis pelayanan sesuai dengan surat ijin praktek dan waktu praktek. Papan tersebut tidak dihiasi warna atau penerangan yang bersifat iklan. Kamar tunggu tidak berlebih-lebihan, dan

disediakan majalah, akan tetapi tidak perlu dengan minuman untuk menarik seperti tukang cukur menyediakan rokok dan sirup. Adalah suatu keinginan yang wajar apabila seorang dokter berusaha untuk hidup layak, tetapi hendaknya tetap menjaga dan mempertahankan martabatnya dalam menjalankan profesinya, (2) kertas resep, seperti halnya dengan papan pengenal praktek (papan nama) yang tetap sesuai dengan yang dibenarkan oleh Kode Etik Kedokteran yaitu dengan ukuran maksimum 1/4 folio (10,5 x 16,5 cm). Mencantumkan nama gelar yang sah, jenis pelayanan sesuai SIP, No. SID/SP, alamat praktek, nomor telepon dan waktu praktek. Dan jika tempat praktek berlainan dengan tempat tinggal dapat ditambah alamat rumah dan nomor teleponnya, (3) ketentuan-ketentuan pada kertas resep juga tetap berlaku untuk surat keterangan dokter, amplop dokter, kwintansi dokter. 4) Dokter tetap menjaga kertas resep dan surat keterangan dokternya tidak sampai digunakan orang lain, sebagaimana kadang-kadang terjadi. Kertas resep para dokter kadang-kadang mudah ditiru, sehingga perlu pengamanan sehingga tidak terlibat dalam pemberian resep dan keterangan yang palsu yang dilakukan orang lain. Menurut pengamatan yang dilakukan peneliti, menyangkut kode etik yang mengharuskan setiap dokter harus menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri, baik dalam lingkungan Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. Anwar Makkatutu, maupun dalam lingkup wilayah Kabupaten Bantaeng, semua hal yang dipersyaratkan

dalam indikator ini, baik secara lisan maupun praktek pelaksanaannya, semua dokter masih konsisten menjalankannya.

Setiap perbuatan atau nasehat yang dilakukan oleh dokter yang mungkin melemahkan daya tahan psikis maupun fisik pasien, hanya diberikan untuk kepentingan dan kebaikan pasien yang bersangkutan, setelah memperoleh persetujuan dari pasien tersebut.

Seorang dokter sebagai aparatur birokrasi pemerintahan selalu berusaha menyembuhkan pasien dari penyakitnya dan memulihkan kembali kesehatannya. Hubungan fisik dan psikis atau mental dokter dengan seorang pasien, diupayakan seerat mungkin. Oleh karena itu, cara menyembuhkan penyakit merupakan variasi dan pokok-pokok usaha dari seorang dokter kepada pasiennya.

Pengakuan seorang informan, sekaligus seorang pasien yang pernah mendapat perawatan RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng yang bernama Wawan, bahwa;

Saya pernah masuk di rumah sakit Anwar Makkatutu, gara-gara sakit sekali perutku. Tidak bisami kutahan sakitnya, jadi saya langsung masuk di Instalasi Gawat Darurat. Setelah saya ditangani dokter, alhamdulillah sembuh. Sekarang saya sudah hati-hati memilih makanan, tidak sembarangmi saya makan, setelah di kasi nasehat sama dokter waktu itu (Wawancara, 20 Maret 2010)

Penjelasan dr. Sultan, hal-hal di berikut ini merupakan langkah-langkah yang biasanya dilaksanakan secara simultan atau berbarengan, yaitu;

- 1) Berusaha menimbulkan dan mempertebal kepercayaan dan keyakinan pasien bahwa ia dapat sembuh. Mengalihkan perhatiannya ke hal yang bersifat memberi harapan. Optimisme perlu dipelihara.
- 2) Mengusahakan tindakan yang digolongkan dalam usaha peningkatan kesehatan berdasarkan kenyataan bahwa badan manusia mempunyai kekuatan sendiri untuk menangkis dan menyembuhkan penyakit. Oleh karena itu, perlu diciptakan dan dipelihara suasana dan keadaan yang menunjang kekuatan tersebut.
- 3) Menggunakan farmaka dan tindakan medis lain seperti pembedahan, penyinaran sinar X, sinar laser, dan sebagainya. Obat yang relatif baru seperti antibiotika, analgetik steroid, dan lain-lain cenderung mendorong dokter untuk menggunakan terapi kausal saja dengan hanya memberikan obat paten. Dengan demikian kurang memperhatikan usaha tersebut pada butir 1 dan 2 di atas yang sebenarnya tidak boleh ditinggalkan (Wawancara, 5 Maret 2010)

Berdasarkan pengamatan peneliti dan informasi dari berbagai sumber, bahwa memberikan obat perangsang atau sebaliknya hipnotik atau analgetik pada umumnya dapat melemahkan daya tahan pasien. Oleh karena itu, biasanya dokter hanya memberikan atas indikasi yang dapat dipertanggungjawabkan. Seorang dokter biasanya berusaha menjaga supaya seorang pasien jangan menjadi pecandu obat. Keadaan psikis/ mental pasien diperhatikan dengan baik, sehingga penjelasan tentang penyakit pasien, diupayakan dapat menimbulkan rasa percaya diri bahwa penyakitnya dapat sembuh atau gejala penyakit dapat berkurang. Kepercayaan itu dapat berkurang bila uraian tentang penyakit misalnya, keganasan penyakit jantung, penyakit tekanan darah tinggi dan lain-lain tidak disertai uraian tentang penyembuhannya. Penjelasan tentang penyakit pasien, tidak selalu perlu diberikan, tetapi bila diberikan biasanya diberitahukan dengan kadar yang sesuai dengan keadaan psikis mental pasien. Penjelasan yang

diberikan diupayakan dapat menumbuhkan/ menunjang kepercayaan diri pasien bahwa ia dapat sembuh atau jika tidak, akan bertambah parah. Selanjutnya perlu diingat pula bahwa "*Kata Yang Tepat Diberikan Pada Waktu Yang Tepat Pula*" merupakan salah satu obat yang mujarab.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, mengacu pada penjelasan dr. Sultan, bahwa;

Apabila kita mendapatkan pasien dengan jenis penyakit tertentu, misalnya ada pasien yang menderita penyakit HIV AIDS, TBC, penyakit kusta, itukan butuh proses yang lama dengan penyakit itu, tetapi sebetulnya harus tetap diberitahukan kepada pasien yang bersangkutan tetapi jangan juga langsung, harus ada proses, dan sampai ada yang namanya diagnosa pasti, kita harus periksa laboratorium, kita harus diskusikan dengan Komite Medik untuk memutuskan bahwa pasien tersebut sudah benar-benar terkena oleh penyakit itu. Dan tidak semua juga, karena seperti disini yang daerah verifer begini, pasiennya bagaimana? Dan dokter harus menjaga jangan sampai menjadi korban perselisihan. Misalnya ada gadis yang datang katanya sakit perut, tetapi ternyata dia hamil di luar nikah, makanya kita harus hati-hati menyampaikan kepada keluarganya, dilain sisi tidak boleh melakukan tindakan medik yang yang bisa membahayakan keselamatan janin yang dikandungnya. Kalau jenis penyakit seperi; lever, usus buntu itu sudah biasa kita langsung sampaikan saja (wawancara, 17 April 2010).

Pernyataan Dedi sebagai seorang informan dan salah satu Pemuda Bantaeng yang juga pernah menjadi pasien di Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng bahwa;

Saya jempol juga sama dokter di sini kalau dibilang menjaga kerahasiaannya pasien. Pernah itu ada pasien yang baru pulang dari berlayar, kebetulan dia memang kerja di kapal. Terus dia ke rumah sakit Anwar Makkatutu berobat, katanya dokter dia diduga terjangkit

firus HIV, tapi itu pasien belum dia tau dirinya. Sudah itu ditahanki sama dokter supaya tidak pulang ke rumahnya. Eh, itu pasien tiba-tiba pulang tidak bilang-bilang, pokoknya itu pasien dicari di kampungnya sampenya didapati (Wawancara, 16 Maret 2010).

Setiap dokter senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan hal-hal yang dapat menimbulkan keresahan masyarakat.

Umumnya seorang dokter yang berpraktek tidak berkesempatan menguji khasiat suatu obat baru. Oleh sebab itu, lebih aman mempergunakan obat dan cara pengobatan yang telah diakui manfaatnya oleh dunia kedokteran.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan`oleh peneliti pada Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, mengacu pada hasil wawancara dengan dr. Fattah, menjelaskan bahwa;

Menyangkut setiap dokter harus senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan hal-hal yang dapat menimbulkan keresahan masyarakat, saya kira kita Dokter yang ada di sini hanya memberi pertolongan kepada pasien dengan hal-hal yang sudah diuji keakuratannya. Mulai dari peralatan teknologi kedokteran yang kita pakai sampai obat-obat yang kita resepkan kepada pasien, semuanya tinggal kita terapkan. Tidak ada yang sifatnya teknik atau penemuan baru (Wawancara, 3 Maret 2010).

Penegasan dr. Hikmah, salah seorang Kepala Bidang Pelayanan mengacu pada wawancara dalam penelitian yang dilakukan`oleh peneliti pada Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, bahwa;

Namanya juga kita bekerja di rumah sakit di daerah begini dengan tipe C. Belum lagi kita berhadapan dengan masyarakat atau pasien dengan tingkat pemahaman dan kultur tersendiri soal kesehatan, agak sulit jika kita menerapkan obat-obat baru atau hasil penemuan baru untuk diterapkan. Jangankan begitu, teman dokter yang melaksanakan praktek di luar jam kantor saja, kalau mau memberi resep, biasanya jarang kita kasi obat-obat baru dengan harga yang agak mahal. Kasian pasiennya (wawancara, 3 Maret 2010).

Berbagai penemuan baru, dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia menekankan agar hendaknya dipelajari lebih dahulu segala pendapat dan pusat ilmu kedokteran tentang segala sifatnya. Dalam kode etik kedokteran dilarang mempergunakan usaha dan hasil orang lain tanpa menyebutkan sumbernya. Menyiarkan karangan orang lain seolah-olah pendapat sendiri sangat bertentangan dengan etik pengarang. Pengumuman/ penyebarluasan suatu penemuan juga dilakukan dengan hati hati, terutama yang dapat menimbulkan keresahan di masyarakat.

Seorang dokter dalam memberikan surat keterangan dan pendapat setelah terlebih dahulu memeriksa sendiri kebenarannya. Dimana hampir setiap hari kepada seorang dokter diminta keterangan tertulis mengenai bermacam-macam hal, apalagi jika saat-saat tertentu, biasanya antara lain tentang :

1. Cuti sakit
2. Kelahiran dan kematian
3. Cacat
4. Penyakit menular

5. *Visum et repertum (pro justicia)*
6. Keterangan kesehatan untuk asuransi jiwa, untuk lamaran kerja, untuk kawin dan sebagainya.
7. Serta untuk keperluan lain-lain.

Pernyataan Jabar sebagai seorang informan sekaligus salah seorang PNS yang bekerja dalam lingkup Pemkab Bantaeng yang juga biasa memeriksakan diri ke dokter untuk mengambil keterangan berbadan sehat di Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng bahwa;

Saya ini pergi ke dokter untuk mengambil keterangan berbadan sehat. Waktu saya pergi kan perasaan saya sehat sekali dan saya rasa saya tidak punya penyakit. Jadi sebelum diperiksa sama dokter, saya bilang; Dok, bagaimana kalau jangan maki periksa saya saja, supaya dokter tidak cape'-cape' terus dokter kasi saja saya surat keterangan berbadan sehat. Wah, dokter spontan langsung menjawab tidak bisa pak, saya harus periksaki dulu, ini sudah menjadi prosedur tetap yang harus kami lakukan, dan bisa-bisa saya melanggar kode etik dokter (Wawancara, 5 Maret 2010).

Penjelasan dr. Sultan kepada peneliti di Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, bahwa hal-hal yang perlu diperhatikan oleh seorang dokter pada waktu memberikan keterangannya adalah:

- 1) Dalam memberikan keterangan cuti sakit dan keterangan tentang tingkat cacat, tetap waspada terhadap sandiwara ("*simulasi*") melebih-lebihkan ("*aggravi*") mengenai sakit atau kecelakaan kerja. Berikan pendapat yang objektif dan logis serta dapat diuji kebenarannya.
- 2) Keterangan mengenai kelahiran/ kematian diisi sesuai keadaan yang sebenarnya. Seorang dokter sesuai dengan Undang-Undang Wabah berkewajiban melaporkan adanya penyakit menular walaupun

kadang-kadang keluarga tidak menyukainya. 3) Kadang-kadang Kepolisian dan kejaksaan sering meminta *visum et repertum* kepada seorang dokter dalam hal perkara penganiayaan dan pembunuhan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Visum dibuatkan dengan teliti dan mudah dipahami berdasarkan apa yang dilihat. Selain itu *visum et repertum* dibuat objektif tanpa pengaruh dan yang berkepentingan dalam perkaranya. 4) Pada pemberian laporan pengujian kesehatan untuk asuransi jiwa, biasanya kita lakukan; a) laporan dokter dibuat objektif tidak boleh dipengaruhi oleh keinginan dan agen perusahaan asuransi yang bersangkutan atau calon yang bersangkutan; b) sebaiknya tidak menguji kesehatan seorang calon yang masih atau pernah menjadi pasiennya sendiri, untuk menghindarkan timbulnya kesukaran dalam mempertahankan rahasia jabatan; c) tidak diberitahukan kepada calon tentang kesimpulan dan hasil pemeriksaan medik. Serahkan hal itu kepada perusahaan asuransi jiwa itu sendiri; d) penyerahan informasi medik dan peserta asuransi jiwa dapat diserahkan kepada perusahaan asuransi jiwa yang bersangkutan bila ada persetujuan tertulis dan peserta asuransi yang bersangkutan. 5) Seorang dokter juga boleh memberitahukan keterangan tentang bahan makanan paten dan kasiat suatu obat kalau segala syarat ilmiah sudah dipenuhi. Pemeriksaan dan keterangan mengenai suatu bahan makanan atau obat, sebaiknya tetap diserahkan kepada lembaga pemerintah (Wawancara, 17 Maret 2010)

Segala perilaku dokter sebagai aparatur birokrasi pemerintahan terhadap pasien bertujuan untuk memelihara kesehatan dan kebahagiaannya. Dengan sendirinya seorang dokter berusaha mempertahankan dan memelihara kehidupan manusia. Kadang-kadang dokter terpaksa melakukan operasi atau cara pengobatan tertentu yang membahayakan. Hal ini dapat dilakukan asal tindakan ini diambil setelah mempertimbangkan masak-masak bahwa tidak ada jalan atau cara lain untuk menyelamatkan jiwa selain pembedahan. Pengamatan peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, sebelum operasi

dimulai, dibuat persetujuan tertulis lebih dahulu dari keluarga (*informed consent*). Dimana sesuai peraturan Menteri Kesehatan tentang *informed consent*, batas umur yang dapat memberi *informed consent* adalah 18 tahun.

Tuhan Yang Maha Esa menciptakan seseorang yang pada suatu waktu akan menemui ajalnya. Tidak seorang dokterpun, betapapun pintarnya tidak akan dapat mencegahnya. Naluri yang terkuat pada setiap makhluk bernyawa, termasuk manusia ialah mempertahankan hidupnya. Untuk itu manusia diberi akal, kemampuan berpikir dan mengumpulkan pengalamannya, sehingga dapat mengembangkan ilmu pengetahuan dan usaha untuk menghindarkan diri dari bahaya maut. Semua usaha tersebut merupakan tugas seorang dokter.

Menurut penjelasan dr. Almudai, bahwa;

Seorang dokter akan selalu berusaha memelihara dan mempertahankan hidup makhluk insani. Ini berarti bahwa baik menurut agama, Undang-Undang Negara, maupun Etik Kedokteran, seorang dokter tidak diperbolehkan menggugurkan kandungan (*abortus provocatus*), dan mengakhiri hidup seorang pasien yang menurut ilmu dan pengetahuan tidak mungkin akan sembuh lagi (*euthanasia*) (Wawancara, 17 Maret 2010).

Sudah banyak buah pikiran dan pendapat tentang *abortus provocatus* yang diumumkan oleh berbagai ahli dalam berbagai macam bidang seperti agama, kedokteran, sosial, hukum, eugenetika dan sebagainya. Ikatan Dokter Indonesia sendiri telah mengadakan simposium tentang *abortus* yang meninjau masalah dan berbagai sudut.

Pada umumnya, setiap negara mempunyai undang-undang yang melarang *abortus provokatus* (pengguguran kandungan). *Abortus provocatus* dapat dibenarkan sebagai pengobatan, apabila merupakan satu-satunya jalan untuk menolong jiwa ibu dari bahaya maut (*abortus provocatus therapeuticus*). Dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, diperjelas tentang hal ini.

Indikasi medik dapat berubah-ubah menurut perkembangan ilmu kedokteran. Beberapa penyakit seperti hipertensi, tuberkulosis dan sebagainya tidak lagi dijadikan indikasi untuk melakukan abortus. Sebaliknya ada pula negara yang membenarkan indikasi sosial, *humaniter* dan *eugenetik*, seperti misalnya di Swedia dan Swiss yaitu bukan semata-mata untuk menolong ibu, melainkan juga mempertimbangkan demi keselamatan anak, baik jasmaniah maupun rohaniah.

Menurut Kode Etik Dokter, keputusan untuk melakukan *abortus provocatus therapeuticus* harus dibuat oleh sekurang-kurangnya dua dokter dengan persetujuan tertulis dari wanita hamil yang bersangkutan, suaminya dan atau keluarganya yang terdekat. Agar semua kemungkinan-kemungkinan yang bisa saja timbul dalam melakukan tindakan medis tersebut dapat disiagakan dan menghindari hal-hal yang tidak diinginkan, maka diupayakan sebisa mungkin agar semua tindakan medis yang sesuai, hendaknya dilakukan dalam suatu rumah sakit yang mempunyai cukup sarana untuk melakukannya.

Menurut informan penelitian ini, Bidan Hadi. Mengatakan bahwa;

Biasanya di Rumah Sakit Anwar Makkatutu ini, *abortus provocatus* paling sering terjadi pada golongan wanita bersuami, yang telah sering melahirkan, yang disebabkan oleh karena alasan keadaan sosial dan keadaan ekonomi yang rendah. *Abortus provocatus* di kalangan wanita bersuami ini sebetulnya bisaji berkurang jika program keluarga berencana sudah dipraktekkan dengan tertib. Saya kira memang dokter juga perlu berperan serta untuk membantu suksesnya program keluarga berencana ini (Wawancara, 20 Maret 2010).

Menurut dr. Sultan, mengenai euthanasia, ternyata dapat digunakan dalam tiga arti, yaitu :

- 1) berpindah ke alam baka dengan tenang dan aman tanpa penderitaan dan bagi yang beriman dengan nama Allah di bibir.
- 2) waktu hidup akan berakhir (sakaratul maut) penderitaan pasien diperingan dengan memberi obat penenang.
- 3) mengakhiri penderitaan dan hidup pasien dengan sengaja atas permintaan pasien sendiri dan keluarganya (Wawancara, 17 Maret 2010).

Pada suatu saat seorang dokter mungkin menghadapi penderitaan pasien yang tidak tertahankan, misalnya karena kanker dalam keadaan yang menyedihkan, kurus kering bagaikan tulang di bungkus kulit, menyebarkan bau busuk, menjerit-jerit kesakitan dan sebagainya. Orang yang berpendirian *pro euthanasia*, akan mengajukan supaya pasien di beri saja morphin dalam dosis lethal, supaya ia bebas dan penderitaan yang berat itu.

Di beberapa negara Eropa dan Amerika sudah banyak terdengar suara yang *pro-euthanasia*. Mereka mengadakan gerakan yang mengukuhkannya dalam undang-undang. Sebaliknya mereka yang kontra *euthanasia* berpendirian bahwa tindakan demikian sama dengan pembunuhan. Kita di Indonesia sebagai umat yang beragama dan

berfalsafah/ berasaskan Pancasila percaya pada kekuasaan mutlak dan Tuhan Yang Maha Esa. Segala sesuatu yang diciptakannya serta penderitaan yang dibebankan kepada makhluknya mengandung makna dan maksud tertentu. Dokter akan berupaya mengerahkan segala kepandaiannya dan kemampuannya untuk meringankan penderitaan dan memelihara hidup akan tetapi tidak untuk mengakhirinya.

Dalam melakukan pekerjaannya seorang dokter selalu memperhatikan kepentingan masyarakat dan memperhatikan semua aspek pelayanan kesehatan yang menyeluruh (*promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif*), baik fisik maupun psiko-sosial, serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat yang sebenar-benarnya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, mengacu pada hasil wawancara dengan dr. Sultan, bahwa;

Memang pada dasarnya semua dokter itu mempunyai kewajiban untuk tampil paripurna (dianggap serba bisa). Dimana dalam melakukan pekerjaannya seorang dokter harus memperhatikan kepentingan masyarakat dan memperhatikan semua aspek pelayanan kesehatan. Tetapi, Departemen Kesehatan kan sudah dibagi-bagi tugasnya masing-masing. Misalnya Dinas Kesehatan yang membawahi seluruh PUSKESMAS di Kabupaten Bantaeng, mereka lebih fokus kepada usaha preventif yang sifatnya memberikan penyuluhan tentang pentingnya menjaga dan hidup dengan kebiasaan sehat dan memberikan pasien rujukan ke rumah sakit. Sedangkan di rumah sakit sendiri lebih fokus kepada penyembuhan penyakit dan juga menerima hasil rujukan dari PUSKESMAS. Tapi biasanya memang masyarakat sudah mulai pintar juga. Walaupun harusnya memeriksakan diri ke PUSKESMAS terlebih dahulu tetapi sudah banyak langsung ke rumah sakit, karena mereka menganggap di rumah sakit pelayanannya lebih

lengkap. Kalau sudah begini yah kita tetap terima (wawancara, 16 Maret 2010).

Penegasan yang lebih dalam tentang pekerjaan seorang dokter yang harus memperhatikan kepentingan masyarakat dan memperhatikan semua aspek pelayanan kesehatan yang menyeluruh (*promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif*), baik fisik maupun psiko-sosial, serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat, diungkapkan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, dr. Syafruddin Nurdin, M. Kes, bahwa;

Demi kepentingan masyarakat khususnya kepentingan pasien yang harus segera dilayani, dalam menjalankan kepemimpinan di rumah sakit ini, saya katakan kalau mau menjadi Direktur di rumah sakit pemerintah harus “gila-gila sedikit”. Sayapun rela dikatakan melanggar mekanisme aturan-aturan yang ada. Bayangkan saja kadang kami sudah belanja walaupun proses tender belum dilakukan. Mengapa kami lakukan, sebab jangan sampai rumah sakit ini bukan menjadikan masyarakat sehat atau sembuh dari penyakitnya tetapi bisa-bisa menjadi tempat “pembunuhan” terbesar, kalau kami harus menunggu adanya dana untuk keperluan operasional rumah sakit. Bayangkan saja, rumah sakit ini milik pemerintah yang penuh dengan aturan yang bisa menghambat *fleksibilitas*. Masyarakat menghendaki kita menjalankan tugas dengan fleksibel, tetapi disisi lain kita dihambat oleh aturan tentang Keputusan Pemerintah. Misalnya untuk pengadaan logistik, kita dihambat oleh Kepres 80 dengan tetek-bengeknya tentang pengadaan barang dan jasa. Terpaksa kami harus berutang duluan, untuk memenuhi tuntutan pasien yang datangnya insidental dan berkesinambungan. Apalagi dengan berbagai macam karakter pasien. Rumah sakit ini kan rumah sakit pemerintah yang menggunakan APBD atau APBN, dimana pada bulan-bulan awal tahun anggarannya baru dibahas, nanti sekitar juni baru bisa cair. Kalau kami harus menunggu itu, bagaimanami rumah sakit ini? Sementara kami tidak mungkin menolak pasien kapanpun mereka ingin masuk rumah sakit. (wawancara, 7 April 2010).

Kita sebagai warga negara Republik Indonesia perlu menyadari bahwa tanggung jawab kita untuk mewujudkan secara nyata tujuan nasional yang disebut dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Salah satu tujuan tersebut adalah memajukan kesejahteraan bangsa. Memajukan kesejahteraan, berarti memenuhi kebutuhan pokok untuk hidup yang meliputi sandang, papan, pendidikan, kesehatan, kesempatan kerja dan memperoleh nafkah yang layak, ketenteraman hidup, serta bebas dari tekanan. Bagimanapun, derajat kesehatan rakyat tetap dipengaruhi oleh faktor-faktor keturunan, pelayanan kesehatan, perilaku dan lingkungan (fisik, sosial, ekonomi dan budaya). Faktor perilaku merupakan faktor terbesar yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan. Sedangkan lingkungan adalah faktor kedua terbesar, Oleh karena itu upaya meningkatkan derajat kesehatan rakyat menangani kedua faktor tersebut dan dua faktor lainnya, yang dilaksanakan dalam sistem kesehatan nasional.

Kegiatan peningkatan derajat kesehatan rakyat ini dilakukan melalui pembangunan nasional di bidang kesehatan yang dilaksanakan, baik pembangunan lima tahunan maupun pembangunan jangka panjang. Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan tingkat kesehatan masyarakat yang optimal.

Berdasarkan uraian di atas, tampak bahwa tanggung jawab untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal berada di tangan

seluruh masyarakat Indonesia, yaitu pemerintah, swasta maupun masyarakat pada umumnya. Dokter adalah tenaga profesi yang mempunyai kemampuan untuk menggerakkan potensi yang ada bagi terwujudnya tujuan kesehatan individu, tetapi juga berperan dalam intervensi terhadap berbagai faktor yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan sebagaimana telah disebutkan terdahulu. Pelayanan yang diberikan bersifat menyeluruh, mencakup aspek *promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif*.

Dalam aspek promotif, seorang dokter dapat bertindak sebagai penggerak upaya masyarakat yang dapat mendukung terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal, seperti: peningkatan gizi masyarakat, penyehatan lingkungan hidup, upaya peningkatan pendapatan keluarga, dan sebagainya. Untuk itu kegiatan penyuluhan yang mencakup unsur-unsur informasi komunikasi dan edukasi merupakan cara pendekatan yang dapat digunakan, khususnya dalam proses pemecahan masalah kesehatan masyarakat yang melibatkan secara aktif masyarakat.

Sejauh ini, dalam bidang *preventif, kuratif dan rehabilitatif*, setiap dokter selalu berusaha menyegarkan pengetahuan tentang perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan dan kedokteran serta penerapannya yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat maupun sesuai kebijaksanaan yang berlaku. Dokter merupakan tenaga ahli yang membantu masyarakat melalui pemberian pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat pada

tingkat kontak profesional pertama sampai dengan pada tingkat rujukannya lebih lanjut (pelayanan rujukan antara lain melalui pelayanan di rumah sakit).

Setiap dokter dalam bekerja sama dengan para pejabat di bidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat, adalah saling menghormati. Dengan pesatnya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran/ kesehatan, maka makin disadari bahwa suatu masalah di bidang kesehatan tidak dapat ditangani oleh satu disiplin ilmu saja, bahkan di bidang kedokteran sendiri muncul berbagai percabangan ilmu yang memerlukan jenis kemampuan profesi tersendiri.

Oleh karena itu, di bidang pelayanan kesehatan diperlukan berbagai jenis tenaga kesehatan yang bekerja sama dalam tim untuk dapat mewujudkan derajat kesehatan rakyat yang optimal. Jika mengamati berbagai faktor kesehatan, sebagaimana telah dikemukakan dalam penjelasan tersebut di atas, maka selain antara berbagai jenis tenaga kesehatan, kerjasama ini perlu pula dilakukan dengan tenaga lain diluar disiplin kedokteran/ kesehatan. Dokter dalam melaksanakan tugas profesi dapat melaksanakan perannya secara perorangan, kelompok dalam suatu tim ataupun sebagai pimpinan suatu unit kerja atau tim.

Berdasarkan pengamatan penulis, pelaksanaan etika dokter di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng terutama menyangkut kerjasama antara dokter dengan dokter, dokter dengan pasien, dokter dengan perawat, dokter dengan bidan, dokter dengan tenaga

pelayanan medis lain, serta dokter dengan para pejabat di bidang kesehatan maupun dengan bidang lainnya serta masyarakat, berhubungan dengan sangat harmonis dan mereka saling menghormati satu sama lain, sehingga kelihatan akrab dengan penuh rasa persaudaan.

Penegasan informan penelitian ini, yang bernama Hj. Ros, bahwa di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng hubungan komunikasi antara dokter dan paramedis lainnya dengan masyarakat, yaitu;

Namanya juga kami ini sebagai pelayan masyarakat, dalam hubungan antara dokter, perawat, bidan, dan paramedis lainnya, pasti tidak selalu hubungan komunikasi itu baik. Kadang-kadang juga timbul kesalahpahaman kecil-kecil begitu, misalnya kalau ada pasien baru yang banyak dikunjungi oleh keluarganya, biasanya kalau pertama-pertamanya mereka belum tau tata tertib di rumah sakit ini. Di situmi kita harus jelaskan misalnya jangan buang sampah sembarangan, makan di tempat sembarangan dan lain-lainnya (Wawancara, 19 Maret 2010).

Seperti juga diakui oleh dr. Sultan, bahwa di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng;

Kerjasama dengan seluruh pihak yang berkaitan dengan pekerjaan dokter, itu harus selalu harmonis, apa lagi antara dokter dengan dokter. Bahkan itu merupakan protap atau standar operasional prosedur yang harus dilalui demi kelancaran pekerjaan masing-masing (wawancara, 15 Maret 2010).

Penegasan tentang pentingnya seorang dokter agar dapat diwujudkan kerjasama yang harmonis dengan pihak-pihak lain dikemukakan oleh Salim (2001), bahwa;

1. Dalam pelaksanaan peran perorangan; seorang dokter yang melaksanakan praktek dokter swasta perorangan akan memerlukan kerjasama dengan perawat pembantunya (bila ada), apoteker maupun teman sejawat lain/ ahli kesehatan lainnya. Teguran kepada perawat yang membantu praktek hendaknya tidak dilakukan di depan pasien. Peringatan kepada apoteker bila diperlukan, jangan dilakukan melalui pasien tetapi harus langsung baik melalui surat, telepon ataupun pribadi. Hal sebaliknya, juga berlaku bagi apoteker, kesalahan penulisan resep hendaknya tidak dibicarakan dengan pasien, tetapi langsung antara apoteker dan dokter. Dalam melakukan konsultasi hendaknya ditempuh dengan cara yang benar yaitu mencakup; a) permintaan konsultasi yang jelas; b) disertai dengan informasi tentang pasien yang jelas pula, termasuk riwayat pemeriksaan, tindakan dan pengobatan yang diberikan. Demikian pula dokter yang menerima konsultasi, harus menjawab dengan benar dan jelas isi maupun tulisannya. Seorang dokter hendaknya tidak membuka praktek di beberapa tempat dengan meninggalkan resep kosong yang telah ditanda tangani, sehingga perawat/ orang lain dapat menggantikan dokter menulis resep sekehendak mereka yang dapat menimbulkan akibat yang tidak diinginkan. Praktek semacam ini merupakan penyelewengan

dan ketentuan pelaksanaan kegiatan di bidang kesehatan yang seharusnya ditangani oleh profesi kedokteran.

2. Dalam peranannya sebagai pimpinan tim/ unit kerja; Sebagai pimpinan tim/ unit kerja seorang dokter merupakan titik sentral dan koordinator yang harus bertindak secara bijaksana agar dapat menggerakkan potensi yang ada untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Sebagai pimpinan tim, tiap anggota tim harus memperoleh perhatian dan penghargaan yang sama dari dirinya. Instruksi hendaknya diberikan secara jelas dan tertulis supaya tidak menimbulkan salah pengertian. Dalam bekerja dengan masyarakat, dokter perlu melakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat untuk menggerakkan mereka berpartisipasi aktif dalam berbagai kegiatan pembangunan kesehatan. Dokter dalam peranan ini tidak hanya dituntut mampu memberi bimbingan di bidang medik/ kesehatan, tetapi sebagai sarjana ia akan dimintai nasehat dan bimbingan pula di bidang kehidupan lain. Oleh karena itu, dokter yang bertugas di daerah dan ekonomi masyarakat dan bersedia bekerjasama dengan masyarakat.

Asas dari etik kedokteran sesungguhnya sudah sewajarnya dilandaskan atas norma-norma etik yang mengatur hubungan manusia pada umumnya, dan asas-asasnya berlandaskan pada falsafah yang muncul dan diterima dalam masyarakat serta seyogyanya dikembangkan terus. Seperti

telah diketahui bahwa khusus di Indonesia, asas itu adalah Pancasila yang sama-sama diakui sebagai landasan Idiil dan Undang-Undang Dasar 1945 sebagai landasan strukturalnya.

Perlu diingat bahwa asas pokok dari Etika Kedokteran ada 3 (tiga), yaitu:

1. Otonomi: (1) hal ini membutuhkan orang-orang yang kompeten, dipengaruhi oleh kehendak dan keinginannya sendiri. Kemampuan (kompetensi) ini dianggap dimiliki oleh seorang remaja maupun orang dewasa. Yang memiliki pengertian bahwa pada tiap-tiap kasus yang dipersoalkan dan memiliki kemampuan untuk menanggung konsekuensi dan keputusan yang secara otonomi atau secara mandiri telah diambil, (2) melindungi mereka yang lemah, berarti bahwa kita dituntut untuk memberikan perlindungan dalam pemeliharaan, perwalian, pengasuhan kepada anak-anak, para remaja, dan orang dewasa yang berada dalam kondisi yang lemah dan tidak mempunyai kemampuan otonomi (mandiri).
2. Bersifat dan bersikap amal dan berbudi baik. Dasar ini tercantum pada etik kedokteran yang sebenarnya bernada negatif; *Primum Non Nocere* (Janganlah berbuat merugikan/ salah). Hendaknya kita bernada positif dengan berbuat baik, dan apabila perlu kita mulai dengan kegiatan-kegiatan yang merupakan awal kesejahteraan para individu dan masyarakat.

3. Keadilan. Azas ini bertujuan untuk menyelenggarakan keadilan dalam transaksi dan perlakuan antar manusia, umpamanya mulai mengusahakan peningkatan keadilan terhadap individu dan masyarakat dimana mungkin terjadi risiko dan imbalan yang tidak wajar dan bahwa segolongan manusia janganlah dikorbankan untuk kepentingan golongan lain. Sejak permulaan sejarah yang tersurat mengenai umat manusia, sudah dikenal hubungan kepercayaan antara dua insan yaitu sang pengobat dan penderita. Dalam zaman modern, hubungan ini disebut hubungan kesepakatan *terapeutik* antara dokter dan penderita (pasien) yang dilakukan dalam suasana saling percaya mempercayai (*konfidensial*) serta senantiasa diliputi oleh segala emosi, harapan dan kekhawatiran makhluk insani.

2. Perilaku dokter terhadap pasien

Setiap dokter diwajibkan bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan segala ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan pasien. Dalam hal ini jika seorang dokter apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, dokter tersebut tidak boleh memaksakan diri atau menyarankan kepada pasien agar dokter tersebut saja yang menanganinya secara terus menerus, tetapi atas persetujuan pasien, dokter tersebut wajib merujuk

pasiennya kepada dokter yang mempunyai keahlian terhadap penyakit tersebut.

Pasien yang bernama H. Japa sebagai informan dalam penelitian ini yang di rawat pada bagian interna Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H.M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng mengatakan bahwa;

Saya ini ditangani sama dokter Sultan, pertamanya saya masuk, langsung di instalasi gawat darurat, baru dibawama disini, di ruang perawatan. Kemarin saya disuruh pergi periksa sama dokter Sultan sama dokter ahli penyakit dalam, supaya diperiksaki paru-paruku, karena sesak napaska (Wawancara, 17 April 2010).

Pengalaman empirik yang terjadi di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng diungkapkan oleh dr. Sultan, bahwa;

Semua Dokter itu harus bekerja berdasarkan protap (prosedur tetap) dan SOP (*standard operational prosedure*), dan untuk melakukan suatu tindakan medis tertentu kepada pasien, mereka harus telah mempunyai lisensi. Seorang dokter itu selalu berkeinginan bekerja dengan mengeluarkan semua kemampuannya secara maksimal, termasuk menggunakan semua fasilitas yang tercanggih yang ada hubungannya dengan suatu jenis penyakit tertentu. Apabila kita menangani jenis penyakit tertentu yang memerlukan dokter lain, maka segera harus dikirim ke dokter yang memiliki keahlian yang sesuai dengan penyakit tersebut. Dan kegiatan merujuk tersebut harus dinyatakan secara tertulis pada lembar riwayat penyakit pasien tersebut. Itu juga harus sesuai protap dan tidak boleh sembarangan (wawancara, 17 April 2010).

Penjelasan lebih rinci dikemukakan oleh informan penelitian ini, yaitu dr. Hikmah, selaku Kepala Bidang Pelayanan RSUD Anwar Makkatutu, bahwa

1) Usul untuk mengadakan konsultasi sebaiknya datang dari dokter yang pertama-tama menangani penyakitnya, terdorong oleh keinsyafan atas batas kemampuan atau karena merasa pasien atau keluarganya menginginkan konsultasi. Untuk dapat merasakan yang demikian, diperlukan pengetahuan psikologik tentang mentalitas pasien yang dihadapi, biasanya terjadi ketidakpuasan kalau pasien sendiri menghendaki dan mengusulkan konsultasi. Bagaimanapun juga adalah hak pasien, untuk memilih sendiri konsulen yang disukai.

2) Pemeriksaan oleh konsulen di rumah pasien sebaliknya dihadiri oleh dokter pertama yang terlebih dahulu memberikan keterangan dan pendapatnya mengenai pasien. Sesudah melakukan pemeriksaan, kedua dokter tersebut mencari tempat tersendiri untuk pertukaran pendapat dan musyawarah. Konsulen melanggar ketentuan etik kalau secara terbuka ataupun dengan isyarat menyalahkan apa yang telah diperbuat dokter pertama. Perselisihan pendapat harus dikemukakan dengan secara demikian sehingga tidak menguncangkan kepercayaan pasien terhadap dokter pertamanya.

3) Yang lebih banyak terjadi, ialah seorang pasien dikirim kepada spesialis di tempat prakteknya untuk konsultasi. Pengiriman seperti itu harus disertai surat dokter dalam sampul tertutup yang berisi keterangan yang cukup mengenai pasien. Tidak dibenarkan menyampaikan keterangan lisan melalui pasien sendiri.

4) Dokter spesialis konsulen mengirimkan kembali pasien disertai pendapatnya secara tertulis dalam sampul tertutup pula, kecuali jikalau telah disepakati bahwa konsulen akan meneruskan pengobatannya sampai sembuh.

5) Tidak dibenarkan konsulen memberitahukan kepada pasien secara langsung ataupun tidak, tentang kekeliruan yang dibuat dokter pertama. Segala pendapat dan nasihat disampaikan secara tertulis dan terserah kepada dokter pengobat untuk membicarakan dengan pasien.

6) Konsulen menetapkan dan menagih sendiri imbalan jasanya, kalau perlu setelah bermusyawarah dengan dokter pertama (Wawancara, 17 Maret 2010).

Berkaitan dengan persoalan ini, Salim (2001), memberi penegasan, bahwa;

1. Bersikap tulus ikhlas sangat diperlukan dalam menolong pasien karena sikap ini memberikan keterangan dan kejernihan dalam berpikir dan teliti dalam bertindak. Sikap ini juga berpengaruh saat menerangkan kepada pasien yang sementara ditolong. Sikap tulus ikhlas disertai dengan

keramahtamahan dalam menyambut pasien, akan memberi kesan yang baik terhadap pasien, sehingga ia akan secara sukarela dan spontan menyerahkan dirinya untuk diperiksa oleh dokter dan akan bersedia menjawab secara terbuka hal-hal yang perlu diketahui oleh dokter dalam menunjang penegakan diagnosa dan terapi yang tepat. Sikap ikhlas didasari sikap profesional, akan menegakkan wibawa dokter dalam menghadapi ataupun melakukan persuasi agar pasien bersikap kooperatif terhadap tindakan pemeriksaan maupun pengobatan yang diberikan oleh dokter. Sikap profesional dalam hal ini berarti mempertahankan mutu tindakan berdasarkan pengetahuan dan keterampilan profesional yang dimilikinya. Sikap ikhlas juga perlu disertai dengan tindakan yang selalu memperhatikan tata sopan santun dan tata susila yang berlaku di masyarakat tempat dokter yang bersangkutan berpraktek atau melaksanakan tugas profesionalnya. Hal ini terutama perlu diperhatikan dalam melakukan pemeriksaan dan pengobatan terhadap pasien lawan jenis. Untuk mencegah terjadinya hal yang tidak diinginkan, maka dalam melakukan pemeriksaan perlu ada orang ketiga, yakni petugas kesehatan pembantu praktek atau salah seorang keluarga pasien. Banyak kasus "surat kaleng" (*blackmailing*) yang telah terjadi, bahkan berakibat fatal bagi dokter. Tindakan pencegahan ini diperlukan untuk menghindarkan diri dari tuduhan melakukan sesuatu yang tidak senonoh. Tindakan ini sifatnya wajib dalam rangka menghadapi risiko

jabatan yang mungkin timbul dengan akibat fatal dan dapat menurunkan martabat korps dokter seluruhnya. Meskipun demikian dalam kasus tertentu misalnya psikoterapi. Orang ketiga dapat mengganggu jalannya pemeriksaan dan pengobatan, bahkan dianggap melanggar etik kedokteran, sehingga untuk kasus-kasus psikiatri, tindakan pencegahan sebagaimana disebutkan di atas tidak diwajibkan. Keikhlasan dalam memberikan pertolongan kepada pasien diperlihatkan pula pada intensitas perhatian dokter. Oleh karena itu tidaklah benar dokter melakukan pemeriksaan sekaligus pada saat yang sama lebih dari seorang pasien. Hal ini selain mengganggu "*privacy*" pasien, juga akan mengurangi ketelitian pemeriksaan. Perhatian terhadap pasien hendaknya menyeluruh terhadap pribadi seseorang manusia yang selain mempunyai unsur jasmani ia juga memiliki unsur spiritual, mental dan sosial (lingkungan). Pandangan dokter terhadap pasien sebagai manusia seutuhnya akan membantu menemukan latar belakang kelainan kesehatan pasien secara lebih tepat. Diagnosa yang tepat akan mengarah pada pengobatan/ tindakan yang tepat pula. Pengobatan dalam hal ini tidak hanya berorientasi pada pemberian obat (*drug*) saja, tetapi juga bantuan non fisik yang diperlukan berdasarkan pengetahuan dokter tentang latar belakang penyakit sebagaimana telah disebutkan di atas.

2. Ilmu kedokteran sebagaimana ilmu pengetahuan umumnya, saat ini telah maju dengan pesat. Penemuan-penemuan baru dalam bidang diagnostik dan terapi bertubi-tubi diumumkan. Perkembangan yang mengagumkan ini luar biasa cepatnya. Tidak mengherankan kalau segala sesuatu itu tidak dapat diikuti oleh seorang dokter umum yang siang dan malam sibuk dengan pekerjaannya dan persoalannya. Sebab itu lahirlah berturut-turut berbagai spesialisasi dan sub spesialisasi. Dokter umum wajib mengetahui kemungkinan-kemungkinan yang tersedia dalam spesialisasi dan subspecialisasi itu, meskipun tidak akan dapat menguasai dan mempraktekkannya. Sebagai kelakar pernah dikatakan "*A general practitioner is someone, who knows something about everything, a specialist is someone who knows everything about something*" yang berarti kira-kira seorang dokter umum adalah dokter yang mengetahui serba sedikit tentang segala sesuatu dan seorang dokter spesialis mengetahui seluruhnya dan sesuatu hal saja". Seorang dokter umum atau spesialis harus benar-benar sadar akan batas pengetahuan dan kemampuannya. Pada suatu ketika seorang dokter akan berada di perbatasan itu, maka pada saat itulah dokter yang ahli dalam penyakit yang sedang dihadapinya. Sebaliknya di kota-kota besar dimana terdapat aneka ragam spesialis berpraktek, seorang dokter umum harus berusaha jangan menjadi perantara saja antara pasien

dengan dokter spesialis. Dengan begitu, tibalah kita pada soal konsultasi dan hubungan antara dokter umum dan dokter spesialis.

3. Soal konsultasi ialah soal yang sangat penting dalam hubungan antara kolega/ sejawat. Pada kesempatan tersebut tampak kepribadian dan budi seorang dan kesetiaannya, serta sifat persaudaraannya terhadap teman sejawat. Kadang-kadang bisa saja terjadi kesalah-pahaman dan timbul perasaan tersinggung.

Setiap dokter wajib memberikan kesempatan kepada pasien agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga dan penasehatnya dalam beribadat dan atau dalam masalah lainnya. Kehidupan manusia selain menyangkut aspek jasmani, juga menyangkut aspek mental, spiritual dan sosial. Nilai dan norma yang dianut serta kepercayaan yang diyakini menentukan reaksi/ tanggapan seseorang terhadap suatu kejadian. Dokter dalam menghadapi pasien perlu mengetahui/ memahami latar belakang kehidupan pasien.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan dengan seorang pasien yang bernama H. Japa, salah seorang informan dalam penelitian ini mengatakan bahwa;

Selama saya dirawat di rumah sakit ini, saya selalu di jaga oleh keluarga saya. Mereka ganti-gantian jagaka, biasa tongmi juga malam-malam ada yang datang jenguk atau ada perlengkapan yang musti dibawa dari rumah, tidak dilarang sama dokter atau petugasnya disini. Kan jelasji juga yang dilarang di sini toh. Yah kita mengerti mami begitu (Wawancara, 17 April 2010).

Nilai agama serta ikatan keluarga sangat kuat di masyarakat Indonesia. Oleh karena itu, hal ini perlu dihormati oleh dokter. Dokter berkewajiban atau wajib menghormati agama dan kepercayaan pasien serta adat istiadat yang dihormati masyarakat setempat, khususnya yang tidak bertentangan dengan ketentuan agama, perundang-undangan yang berlaku dan ketentuan di bidang kesehatan.

Berdasarkan pengamatan peneliti di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, adanya peraturan tentang waktu kunjungan bagi pasien membatasi keluarga pasien untuk selalu mendampingi pasien. Namun demikian bila ada alasan yang kuat dan pasien agar keluarganya harus mendampinginya, maka permintaan tersebut biasanya dapat diluluskan. Adakalanya pula pasien menghendaki orang lain, misalnya seorang penasehat dalam beribadah yang mungkin secara psikis dapat menolongnya.

Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia. Kewajiban memegang teguh rahasia jabatan merupakan isyarat yang senantiasa dipenuhi, untuk menciptakan suasana percaya mempercayai yang mutlak diperlukan dalam hubungan dokter dengan pasien. Ada Perilaku yang bersangkutan dengan pekerjaan sehari-hari.

Pernyataan seorang informan penelitian ini yang bernama Raodah, perawat yang bekerja pada bagian Perawatan Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, bahwa;

Menyangkut kerahasiaan pasien di rumah sakit ini, saya kira semua dokter sudah tau, dan sepengetahuan saya belum ada yang saya dengar mereka ceritakan kepada orang lain. Jangankan sama orang lain, sama kita saja di sini yang sama-sama petugas, kalau tidak penting mereka kasi tau, pasti tidak dikasi tauki, apalagi sama orang lain (Wawancara, 14 April 2010).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan`oleh peneliti pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, mengacu pada penjelasan dr. Sultan, bahwa;

Menyangkut kerahasiaan pasien, saya kira semua dokter sudah sangat paham bahwa setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang penyakit seorang pasien yang perlu dirahasiakan, bahkan setelah pasien itu meninggal duniapun tidak boleh diceritakan kepada siapapun. Kecuali misalnya apabila kita mendapatkan pasien dengan jenis penyakit tertentu, misalnya ada pasien yang menderita penyakit tertentu yang juga bisa membahayakan atau menular ke orang lain, apalagi penyakit yang butuh proses yang lama untuk penyembuhan dengan penyakitnya, tetapi sebetulnya harus tetap diberitahukan kepada pasien yang bersangkutan tetapi jangan juga langsung, harus ada proses, dan sampai ada yang namanya diagnosa pasti tentang penyakit dari pasien tersebut, kita harus periksa laboratorium, kita harus diskusikan dengan Komite Medik untuk memutuskan bahwa pasien tersebut sudah benar-benar terkena oleh penyakit itu. (wawancara, 17 April 2010).

Berkaitan dengan pasal kerahasiaan ini ada beberapa regulasi yang perlu diperhatikan yaitu:

1. Pasal 322 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP); a) barang siapa dengan sengaja membuka rahasia yang wajib disimpan

karena jabatan atau pencariannya, baik sekarang maupun yang dahulu, diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau denda paling banyak enam ratus rupiah; b) jika kejahatan dilakukan terhadap seorang tertentu, maka perbuatan itu hanya dapat dituntut di atas pengaduan orang itu. Undang-undang ini sudah selayaknya berlaku untuk setiap orang, yang atas pekerjaannya wajib menyimpan rahasia, bukan hanya untuk dokter pemerintah, dokter praktek swasta, maupun dokter yang telah pensiun dan atau tidak praktek lagi. Seorang dokter yang dikenal sebagai pembuka rahasia mungkin sekali prakteknya makin lama makin merosot sebagai akibat hukuman masyarakat. Ayat b pasal 322 KUHP ini penting terutama berkenaan dengan rahasia jabatan dokter. Menurut ayat ini, seorang dokter yang "membuka rahasia" tentang pasiennya tidak dengan sendirinya akan dituntut di muka pengadilan, melainkan hanya sesudah terhadapnya diadakan pengaduan oleh pasien yang bersangkutan.

2. Pasal 1365 KUH Perdata. Tiap perbuatan melanggar hukum yang membawa kerugian kepada seorang lain mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian, mengganti kerugian tersebut. Seorang dokter berbuat salah kalau tanpa disadari "membuka rahasia" tentang penderitanya yang kebetulan terdengar oleh majikan pasien itu, selanjutnya majikan itu

melepaskan pegawai tersebut karena takut penyakitnya akan menulari pegawai-pegawai lainnya. Dengan demikian dokter dapat diajukan ke pengadilan karena pengaduan pasien itu. Selain hukum karena tindak pidana menurut pasal 322 KUH pidana, dokter itu dapat pula dihukum perdata dengan diwajibkan mengganti rugi.

3. Dengan Peraturan Pemerintah No. 10 tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran, Menteri Kesehatan dapat mengambil tindakan administratif terhadap pelanggaran wajib simpan rahasia itu, yang dapat dihukum menurut KUHP.

Peraturan lain menyangkut perilaku dokter terhadap pasien dalam keadaan khusus adalah bahwa menurut hukum, setiap warga negara dapat dipanggil untuk didengar sebagai saksi. Selain itu, seorang yang mempunyai keahlian dapat juga dipanggil sebagai saksi ahli. Maka dapat terjadi bahwa seorang yang mempunyai keahlian misalnya seorang dokter dipanggil sebagai saksi, sebagai ahli atau sekaligus sebagai saksi (*expert witness*). Sebagai saksi atau saksi ahli, mungkin sekali seorang dokter diharuskan memberi keterangan tentang seseorang (umpamanya terdakwa) yang sebelum itu telah pernah menjadi pasien yang ditanganinya. Ini berarti dokter tersebut seolah-olah melanggar rahasia jabatannya. Kejadian yang bertentangan ini dapat dihindarkan karena adanya hak undur diri dimana dokter mendapat perlindungan hukum.

Apabila terdapat masalah seperti di atas, maka menurut Pasal 170 KUHP dijelaskan bahwa: (1) mereka yang karena pekerjaan, harkat martabat atau jabatannya diwajibkan menyimpan rahasia, dapat dibebaskan dan kewajiban untuk memberi keterangan sebagai saksi, yaitu tentang hal yang dipercayakan kepada mereka, (2) Hakim menentukan sah atau tidaknya segala alasan untuk permintaan tersebut, maka pengadilan negeri memutuskan apakah alasan yang dikemukakan oleh saksi atau saksi ahli untuk tidak berbicara tersebut, layak dan dapat diterima atau tidak.

Penegakkan hak undur diri dapat dianggap sebagai pengakuan para ahli hukum, bahwa kedudukan jabatan itu harus dijamin sebaik-baiknya. Hal tersebut membebaskan seorang dokter untuk menjadi saksi ahli dan kewajibannya untuk membuka rahasia jabatan, namun pembebasan itu tidak selalu datang dengan sendirinya. Dalam hal ini mungkin sekali timbul pertentangan keras antara pendapat dokter dengan pendapat hakim, yakni bila hakim tidak dapat menerima alasan yang dikemukakan oleh dokter untuk menggunakan hak undur dirinya, karena ia berkeyakinan bahwa keterangan yang harus diberikan itu melanggar rahasia jabatannya. Bagi dokter, pedoman yang harus menentukan sikapnya tetap ialah bahwa rahasia jabatan dokter itu yang pertama dan terutama adalah kewajiban moral yakni alasan untuk melepaskan rahasia jabatan dan pertimbangan sehat atas ada atau tidak adanya kepentingan hukum. Umpamanya seorang dokter sebagai saksi harus memberikan keterangan mengenai seseorang yang telah

diperiksa dan diobatinya karena menderita luka-luka. Pada sidang pengadilan diketahui bahwa ternyata pasien itu adalah seorang penjahat besar yang melakukan tindakan pidananya. Keterangan dokter itu sangat diperlukan oleh pengadilan agar rangkaian bukti menjadi lengkap.

Berkaitan dengan hal tersebut di atas, pernyataan dr. Sultan mengatakan, bahwa;

Apabila terjadi hal-hal seperti kita berhadapan dengan persoalan hukum, maka kita sudah mengerti bahwa dalam hal demikian dokter itu wajib memberi keterangan, agar masyarakat dapat dihindarkan dari terjadinya kejahatan-kejahatan lain, yang mungkin saja dilakukan oleh orang-orang yang berniat jahat bila ia dibebaskan (Wawancara, 5 Maret 2010).

Pernyataan Dedi, yang pernah menjadi pasien sekaligus sering bergaul akrab dengan dokter di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng sekaligus sebagai salah seorang informan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa;

Sejauh yang saya tahu belum pernah ada dokter disini yang dipanggil menjadi saksi di pengadilan atas orang yang pernah melanggar hukum kemudian ditangani oleh dokter. Kalau misalnya ada penyakit tertentu yang dianggap kejadian yang luar biasa, kemudian dokter dipanggil sama Dinas Kesehatan, itu biasaji (Wawancara, 20 Maret 2010).

Pada peristiwa seperti tersebut di atas, perlu disadari bahwa rahasia jabatan dokter bukanlah bermaksud untuk melindungi kejahatan. Golongan yang berpendirian mutlak-mutlakan, yang juga dalam hal serupa tidak sudi melepaskan rahasianya, bukan saja bertentangan dengan tujuan

kode etik dokter yaitu menjamin kepentingan umum, malahan sebaliknya membahayakannya.

Untuk mengetahui apakah juga ada penyelenggaraan pasal 322 KUHP yang dapat dibebaskan dan ancaman hukuman, perlu ditinjau beberapa pasal dalam KUHP yang semuanya termasuk pelanggaran undang-undang yang tidak dihukum. Beberapa Pasal dimaksud adalah:

1. Pasal 48 KUHP; Siapapun tak terpidana, jika melakukan peristiwa karena terdorong oleh keadaan terpaksa.
2. Pasal 50 KUHP; Siapapun tak terpidana, jika peristiwa itu dilakukan untuk menjalankan ketentuan perundang-undangan.
3. Pasal 51 KUHP; a) Siapapun tak terpidana jika melakukan peristiwa untuk menjalankan sesuatu perintah jabatan yang diberikan oleh penguasa yang berwenang untuk itu; b) Perintah jabatan yang diberikan oleh penguasa yang berwenang tidak membebaskan dan keadaan terpidana, kecuali dengan itikad baik pegawai yang dibawahnya itu menyangka bahwa penguasa itu berwenang untuk memberi perintah itu dan perintah menjalankan terletak dalam lingkungan kewajiban pegawai yang diperintah tersebut.

Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali bila dokter tersebut yakin bahwa ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.

Pengamatan peneliti menyangkut pemberian pertolongan darurat dan rasa kemanusiaan terhadap dokter pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. Suatu waktu sekitar bulan Maret 2010 yang kebetulan saat itu dr. Sultan bersama peneliti dalam perjalanan menuju Kota Makassar, tiba-tiba dalam perjalanan tersebut baru saja terjadi kecelakaan kendaraan bermotor, dimana salah satunya ada yang menjadi korban. Secara refleks dr. Sultan menghentikan kendaraannya ke pinggir jalanan dan kemudian segera memberikan pertolongan darurat kepada pengemudi tersebut.

Penegasan dr. Hikmah sebagai informan dalam penelitian ini mengemukakan bahwa;

Hak seorang dokter untuk melakukan praktek dokter tidak terbatas pada suatu bidang ilmu kedokteran. Seorang dokter berhak dan berkewajiban menolong pasien, apapun yang dideritanya. Batas tindakan yang diambilnya terletak pada rasa tanggung jawab yang didasarkan pada keterampilan dan keahliannya. Banyak dokter di negeri kita bertugas jauh dari Pusat ilmu kedokteran, kadang-kadang beratus-ratus kilometer terpisah dari teman sejawat terdekat. Mereka hidup dan bekerja di tempat terpencil dengan sarana komunikasi yang terbatas. Selain itu sarana pelayanan medis tidak cukup tersedia walau dalam keadaan demikian ia tetap wajib menyelamatkan seorang pasien (Wawancara, 17 Maret 2010).

Setiap orang wajib memberikan pertolongan kepada siapapun yang mengalami kecelakaan, apalagi seorang dokter. Di beberapa negara kadang-kadang dokter enggan melakukan pertolongan karena sering terjadi, bahwa dokter yang menolong justru dituntut untuk mengganti kerugian. Pertolongan yang diberikannya dianggap mengakibatkan cacat, atau memperlambat

proses penyembuhan. Di negara kita, pengaduan seperti itu diharapkan tidak terjadi. Meskipun demikian kemungkinan adanya pengaduan harus diperhitungkan. Sebab itu, segala tindakan sedapat mungkin dapat dipertanggungjawabkan dan kalau memungkinkan perlu meminta persetujuan dari pasien atau keluarganya.

Penerapan kode etik dokter yang berhubungan dengan perilaku dokter terhadap pasien tersebut di atas, sesuai dengan paham *utilitarisme* dengan pandangannya yang menyatakan bahwa keberetikaan suatu tindakan harus ditentukan dengan menimbang “kegunaannya” dalam mencapai kebahagiaan umat manusia, dan paham *deontology*, yang berpandangan bahwa etika selalu memperhatikan “hasil” dari apa yang harus dilakukan yang bertolak pada “kewajiban” (Bertens K, 2007).

Berdasarkan data empirik tersebut di atas, apabila di perdebatkan dengan landasan teoritis yang ada, maka peneliti dapat membuat proposisi bahwa *apabila ilmu pengetahuan telah sering dipraktekkan maka akan terbentuk perilaku profesional. Apabila kesadaran akan adanya ilmu dan pengetahuan tersebut dirasakan mampu memberi manfaat atau kegunaan bagi orang lain, maka setiap kejadian yang menggugah rasa kemanusiaan dan keprofesionalan tersebut akan muncul sebagai kesadaran untuk menerapkan kewajiban kepada sesama makhluk insani.*

3. Perilaku dokter terhadap teman sejawat

Setiap dokter wajib memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan.

dr. Sultan mengemukakan bahwa;

Kalau yang berhubungan dengan perlakuan seorang dokter terhadap teman sejawat, memang Etik Kedokteran sudah mengharuskan setiap dokter memelihara hubungan baik dengan teman sejawatnya sesuai makna atau butir dari lafal sumpah dokter yang mengisyaratkan perlakuan itu, Kalau tidak salah berbunyi: "Saya akan perlakukan teman sejawat saya sebagai mana saya sendiri ingin diperlakukan" (Wawancara, 5 Pebruari 2010).

Pegawai pada tata usaha yang bernama Ida Fitri, SKM, M.Kes sebagai informan dalam penelitian ini sekaligus sebagai KTU pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H.M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng mengatakan bahwa;

Sejauh yang saya liat, perilaku dokter dengan sesamanya dokter yang ada rumah sakit ini, saya mau mengatakan kalau semua pegawai yang non dokter dimanapun berada memperlakukan teman-teman mereka seperti pertemenan sesama dokter, maka semua pegawai akan kompak dan mungkin akan jarang sekali terjadi konflik diantara sesama pegawai. Terus terang saya agak iri liat mereka begitu saling memahami, saling mengerti, saling memperhatikan dan saling bantu membantu (Wawancara, 5 Maret 2010).

Sejarah ilmu kedokteran penuh dengan peristiwa kejujuran, ketekunan dan pengabdian yang mengharukan. Penemuan dan pengalaman yang baru dijadikan milik bersama. Panggilan suci yang menjiwai hidup dan perbuatan telah mempersatukan mereka dan menempatkan dokter pada satu kedudukan terhormat dalam masyarakat.

Penegasan dr. Hikmah, salah seorang informan penelitian ini, sekaligus sebagai Kepala Bidang Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H.M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, bahwa;

Hubungan seorang dokter dengan teman sejawatnya dapat menjadi buruk. Bukan karena perbedaan pendapat tentang cara penanganan pasien, perselisihan mengenai cara mewakili teman sejawat yang cuti, sakit dan sebagainya. Walaupun demikian, kejadian tersebut biasanya diselesaikan secara musyawarah antar sejawat. Kalau dengan cara demikian juga tidak terselesaikan, maka dapat diminta pertolongan pengurus Ikatan Dokter Indonesia atau Majelis Kehormatan Etik Kedokteran untuk menjelaskannya. Tetap dihindarkan campur tangan dan pihak luar (Wawancara, 10 April 2010).

Perbuatan sangat tidak kolejial ialah apabila seorang dokter mengejek teman sejawat dan mempergunjungkannya dengan pasien atau orang lain tentang perbuatannya yang dianggap kurang benar. Mencermarkan nama baik teman sejawatnya berarti mencemarkan nama baik sendiri, seperti kata pribahasa "Menepuk air di dulang terpercik muka sendiri". Dokter senior wajib membimbing sejawatnya yang lebih muda, terutama yang berada di bawah pengawasannya. Tentu, hal itu tidak dilakukan dengan unsur-unsur memaksakan kehendak senior kepada juniornya.

Menurut dr. Sultan, dalam wawancara beliau mengatakan bahwa;

Pada umumnya masyarakat belum begitu memahami tentang hubungan yang begitu erat antar dokter dengan dokter, sehingga mereka kadang-kadang melakukan sesuatu yang cenderung mengadu domba. Tidak jarang terjadi seorang pasien mengunjungi dua atau tiga dokter untuk penyakitnya, dan pada akhirnya memilih dokter yang dalam ucapan dan perbuatannya sesuai dengan selera dan harapannya. Apabila keadaan demikian terjadi, maka dengan

sendirinya seorang dokter yang mengetahui kejadian tersebut harus menasehatinya untuk tidak berbuat demikian, karena dapat merugikan kepentingan sendiri dan dapat membahayakan kesehatannya. Tidak boleh sama sekali diberi kesempatan kepadanya untuk menjelekkan nama teman sejawat yang lebih dulu menolongnya. Seorang dokter wajib ikut mendidik masyarakat dalam cara menggunakan jasa pelayanan kedokteran. Intinya, seorang dokter tidak boleh cepat terpengaruh oleh tekanan atau informasi-informasi yang berasal dari luar lingkungan dirinya sebagai seorang dokter yang memiliki kode etik. Seandainya seorang dokter membuat kekeliruan dalam pekerjaannya, maka teman sejawat yang mengetahui hal itu seyogyanya menasehatinya. Dokter yang keliru wajib menerima nasehat ataupun teguran dengan lapang dada asal disampaikan dalam suasana persaudaraan. Tidak boleh menjatuhkan seorang sejawat dan kedudukannya apalagi menggunakan pihak lain. Sewaktu berhadapan dengan si sakit, seorang dokter tidak boleh memperlihatkan bahwa ia tidak sepaham dengan teman sejawatnya dengan menyindir, atau dengan sikap yang menjurus kearah demikian (Wawancara, 5 Maret 2010).

Kondisi empirik di atas, bila dikaitkan dengan kajian teoritis, maka Marxisme berdasarkan teori Pavlov telah membuat sebuah kesimpulan bahwa kesadaran itu berkembang sesuai dengan kondisi-kondisi eksternal. Hal ini disebabkan oleh hasil dari aksi-aksi refleksif terkondisikan yang dibangkitkan oleh stimulus eksternal (Ash-Shadr, 1993). Walaupun demikian, seseorang perlu membuat sesuatu pertimbangan melalui berpikir dengan matang, sebab tujuan berpikir adalah mengatur dunia internal kita dengan dunia eksternal supaya memenuhi dan meningkatkan nilai kita. Sehingga tujuan dari tindakan adalah melaksanakan pemikiran itu (Edward, 1996). Thompson dan Smithburg (1991), memberi penekanan bahwa;

.....the most important of value premises that we will encounter repeatedly in organization decisions are (1) the organizations objectives, (2) the criterion of efficiency, (3) standards of fair play, and

(4) the personal values of the individual making the decision. (Hal yang paling penting dari nilai-nilai lingkungan yang perlu diperhatikan bahwa kita akan mengambil keputusan organisasi dengan cepat bila menyangkut hal-hal; (1) tujuan organisasi, (2) kriteria efisiensi, (3) standar-standar umum dalam suatu kegiatan, dan (4) nilai-nilai pribadi dari orang-orang yang mengambil keputusan).

Berdasarkan kondisi empirik dalam penelitian ini, kemudian dikaitkan dengan kajian teoritis yang ada, maka peneliti dapat membuat proposisi, bahwa *apabila seseorang ingin mendapatkan perlakuan yang baik dari orang lain, maka kekuatan sesungguhnya bersumber dari dalam diri orang tersebut. Dimana sebelumnya telah mendapat masukan dari lingkungannya.*

Dalam kode etik Dokter, untuk menjalin dan mempererat hubungan baik antara seorang Dokter dengan Dokter lainnya, maka wajib memperlihatkan hal-hal berikut :

1. Dokter yang baru menetap di suatu tempat mengunjungi teman sejawat yang telah berada di situ. Hal ini tidak perlu dilakukan di kota-kota besar dimana banyak dokter yang berpraktek, tetapi cukup dengan pemberitahuan tentang pembukaan praktek baru itu kepada teman sejawat yang tinggal berdekatan.
2. Setiap dokter menjadi anggota Ikatan Dokter Indonesia yang setia dan aktif. Dengan menghadiri pertemuan sosial dan klinik yang diselenggarakan, akan terjadi kontak pribadi sehingga timbul rasa persaudaraan dapat berkembang dan penambahan ilmu pengetahuan.

Terjalannya hubungan baik antara seorang dokter dengan teman sejawatnya, membawa manfaat tidak saja kepada dokter yang bersangkutan, tetapi juga kepada para pasiennya. Rasa persaudaraan biasanya dibina sejak masa mahasiswa sehingga diharapkan bisa menjadi bekal yang berharga kelak dikemudian hari.

Setiap dokter tidak boleh mengambil alih pasien dari teman sejawat, kecuali dengan persetujuan dokter yang bersangkutan atau berdasarkan prosedur yang etis.

Penyataan seorang pasien di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng yang bernama Jabar, sebagai salah satu informan dalam penelitian ini, bahwa;

Waktu itu saya pergi periksa di Puskesmas Kota, karena saya demam tinggi. Setelah saya diperiksa sama dokter di Puskesmas, dokternya bilang, saya kasiki rujukan ke rumah sakit Anwar Makkatutu. Jadi saya ke sinimi, saya ditangani sama Dokter Sultan, saya disuruh periksa darah di laboratorium, setelah saya dikasi resep obat (Wawancara, 4 April 2010).

Berkaitan dengan etika dokter yang mengambil alih pasien, dr. Sultan mengemukakan bahwa,

Seorang pasien yang telah kehilangan kepercayaan pada seorang dokter, tidak dapat dipaksa untuk kembali mempercayainya. Oleh karena itu, dokter lain yang kemudian menerima pasien yang bersangkutan harus menasehatinya agar kembali ke dokter yang diperoleh dari dokter pertama untuk tiga hari dan mengamati hasilnya. Sangatlah etis bila dokter yang kedua bila menerima pasien sebagai pasiennya (sesuai hak asasinya) memberitahu dokter pertama. Sangat tercela kalau kita malahan mengganti obat dari dokter pertama dan mencela pengobatan dokter pertama di hadapan pasien, padahal belum sempat diamati efeknya dan karena semata mendengar

keluhan pasien yang tidak sabar dan terburu waktu. Penggantian atau penghentian obat dapat dilakukan bila kita yakini bahwa pengobatan dan dokter pertama memang nyata-nyata keliru, menimbulkan efek samping atau tidak diperlukan lagi dan bijaksana jika dasarnya dikemukakan (Wawancara, 7 Maret 2010).

Kenyataan empiris, biasanya kalau seseorang sudah percaya pada seorang dokter maka dokter tersebut akan dicari terus walaupun jauh dari rumahnya. Di kota besar perkembangan pengetahuan umum masyarakat maju dengan pesat. Penyakit dengan pengobatan bukan rahasia bagi umum yang benar-benar mempelajarinya. Juga karena diburu oleh keinginan untuk lebih efisien, orang ingin segera sembuh. Oleh karena itu, banyak pasien yang walaupun baru berobat 1 hari tapi belum sembuh, pada hari ke 2 telah ke dokter yang lain. Dalam hal seperti ini dokter ke 2 yang menerima tidak dapat dikatakan merebut pasien dari dokter pertama.

4. Perilaku dokter terhadap diri sendiri

Setiap dokter wajib memelihara kesehatannya, supaya dapat bekerja dengan baik. Seperti diketahui, dokter pada umumnya bekerja sangat keras. Pagi dan atau siang bekerja di rumah sakit/ poliklinik/ lembaga kesehatan lainnya atau lembaga pendidikan, sedangkan pada sore dan/ atau malam hari masih melakukan praktek atau jaga malam. Dokter umumnya bekerja keras dengan motivasi membangun praktek pribadi yang ramai untuk meningkatkan pendapatan keluarga atau semata-mata berdedikasi pada profesinya. Tanpa dirasa, praktek yang sukses dan ramai telah mendorong

dokter yang bersangkutan untuk tetap bekerja keras pagi sampai malam. Keadaan ini sering menyebabkan dokter kurang memperhatikan keadaan kesehatan dirinya.

Menurut pengakuan Ida Fitri, salah seorang informan dalam penelitian ini, yang sekaligus sebagai Kepala Tata Usaha RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, bahwa;

Saya lihat dokter-dokter yang ada di rumah sakit Anwar Makkatutu ini, semuanya benar-benar memperhatikan kesehatannya. Mereka hidup cukup teratur, misalnya makan, istirahat, dan jam kerjanya tetap diperhatikan. Sehingga mereka kelihatan cukup bugar untuk bekerja setiap harinya. Termasuk juga mereka cukup punya motivasi mengembangkan dirinya. Cuma persoalannya, di sinikan dokternya tidak memadai jumlahnya, jadi yang pergi melanjutkan pendidikan kita atur dengan sebaik-baiknya, supaya pelayanan di rumah sakit juga tetap berjalan normal (Wawancara, 20 Maret 2010).

Merujuk pada pengakuan dr. Patta bahwa;

Biasanya kalau kita sendiri yang sakit, karena enggan mengganggu teman sejawat yang diketahui juga sibuk dengan jadwal mereka yang padat, maka bila kita sakit, tidak enak memeriksakan diri ke dokter lain, tetapi kita coba mengobati diri sendiri. Tetapi alhamdulillah, semua dokter di rumah sakit Anwar Makkatutu Bantaeng ini, rajin menjaga kebugaran tubuh dengan rutin berolah-raga (Wawancara, 7 Maret 2010).

Berdasarkan pengamatan peneliti, Dokter-dokter di rumah sakit umum Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, disamping ada yang melaksanakan praktek pada sore hari (terutama para dokter senior), tetapi lebih banyak yang tidak melaksanakan praktek. Biasanya pada sore atau malam hari setelah mereka melaksanakan tugas, mereka berolah raga

dengan rutin, dengan bermain bulu tangkis di lapangan yang tidak jauh dari tempat perumahan mereka.

Pada kegiatan menjaga kesehatan ini Salim (2001), menegaskan bahwa; Hindari mengobati diri sendiri, karena biasanya kurang tuntas. Laksanakan tindakan perlindungan diri. Kalau ada wabah untuk pencegahan penularan diperlukan immunisasi, maka dokter harus melakukan imunisasi terhadap dirinya dahulu. Kalau bertugas di klinik yang memungkinkan penularan melalul udara, pakailah masker. Cuci tangan setiap selesai memeriksa pasien, dan prosedur-prosedur pencegahan lainnya. Dokter wajib menjadi teladan dalam pelaksanaan perilaku sehat. Siapa lagi yang akan melakukan pengobatan bila dokternya sakit.

Setiap dokter diwajibkan senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran/ kesehatan karena ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran berkembang terus dengan pesat. Seorang dokter seyogyanya mengikuti perkembangan yang terjadi di luar lingkungan kerjanya, tentu dengan membandingkan kemajuan yang telah ditemukan atau didapatkan oleh dokter yang bekerja di tempat lain akan lebih baik. Hal tersebut dilakukan demi untuk kepentingan diri sendiri maupun kepentingan pasiennya. Dengan majunya ilmu pengetahuan pada umumnya, akan makin meningkatkan pula kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang memadai atau lebih baik sesuai dengan kemajuan.

Dalam kode etik kedokteran dijelaskan bahwa peningkatan pengetahuan dan penguasaan teknologi kedokteran baru, dapat dilakukan melalui membaca berbagai literatur dalam buku, majalah ilmiah, brosur dan sebagainya. Selain itu, dapat pula dilakukan melalui keikutsertaan dalam simposium, seminar, lokakarya, latihan dan sebagainya. Dalam kaitan ini IDI melakukan berbagai kegiatan ilmiah yang berakreditasi di dalam bentuk Satuan Kredit Partisipasi (SKP) IDI. Hendaklah para dokter mengikuti acara ilmiah IDI ini, disamping pertemuan-pertemuan berakreditasi IDI.

Berdasarkan pengamatan peneliti, Dokter-dokter di rumah sakit umum Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, sebagian besar telah melanjutkan pendidikan mereka ke jenjang yang lebih tinggi, terutama dokter-dokter yang telah cukup lama bertugas. Ada yang mengambil Dokter Spesialis maupun ilmu kesehatan, utamanya Manajemen Rumah Sakit bagi mereka yang kebetulan menjadi pejabat struktural di rumah sakit. Sehingga para dokter tersebut selalu berusaha untuk dapat mengikuti perkembangan yang ada di luar organisasi mereka di rumah sakit, terutama ilmu-ilmu kedokteran maupun pengetahuan mereka di bidang kesehatan.

Hasil pengamatan tersebut sesuai dengan data yang ada pada Bidang Pendidikan dan Pelatihan aparatur Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Bantaeng. Dimana pada tahun 2008 ada 2 orang pejabat dalam lingkup rumah sakit yang menyelesaikan program Master Kesehatan, dan 1 orang dalam tahap penyelesaian. Pada tahun 2008 juga ada 2 orang dokter yang

mengambil dokter spesialis, tahun 2009 ada 1 orang yang mengambil dokter spesialis. Sedangkan tahun 2010 ini ada 2 orang dokter lagi yang telah mendapat tugas belajar untuk mengambil dokter spesialisnya.

Penerapan etika kedokteran seperti di atas, sesuai dengan teori Parsons, bahwa dewasa ini kita hidup di dunia yang semakin muram, di mana nilai-nilai demokratik, menghadapi tantangan yang lebih besar ketimbang masa-masa sebelumnya, bahkan kita sekarang hidup di masa ketika kelangsungan hidup manusia sedang dipertaruhkan. Dalam keadaan seperti ini kita perlu mengembangkan strategi untuk mempertahankan dan memperluas nilai-nilai kita dengan menggunakan sumber daya intelektual kita yang terbatas (Parsons, 2005). Sedangkan Emmanuel Kant sebagai seorang filsuf penganut paham individualisme senantiasa menekankan bahwa setiap orang bertanggung jawab secara individual bagi dirinya.

Ali (2006), mengemukakan bahwa model hubungan kemanusiaan dalam organisasi didorong oleh sejumlah nilai yang menjadi energi dan motivasi pengembangannya, yaitu;

1. Nilai kepuasan kerja, yaitu nilai-nilai berperilaku individu dalam organisasi.
2. Nilai perkembangan pribadi, yaitu nilai-nilai individual yang secara psikologis harus dipertimbangkan dalam keteraturan.

Berdasarkan kondisi empirik tersebut di atas, bila diperdebatkan dengan kajian-kajian teori yang ada, maka dapat dibuat proposisi bahwa

perilaku terhadap diri sendiri dapat diekspresikan secara proporsional berdasarkan kondisi objektif potensi personal yang dimiliki dengan kondisi realistis yang dihadapi, demi menjamin keselamatan dan kebahagiaan diri sendiri dan orang lain.

Biasanya pada waktu muda dokter sudah mempunyai cita-cita menjadi pengajar/ peneliti tetapi waktu permulaan karir tidak sempat dilaksanakan, misalnya karena ditempatkan di daerah terpencil. Walaupun demikian cita-cita ini tidak dilupakan, karena masih dapat dilakukan dengan mengaitkannya pada tugas rutinnnya misalnya penelitian yang berpengaruh setempat atau melakukan pendidikan kesehatan kepada masyarakat setempat.

Kegemaran berolah-raga, menikmati musik dan lain-lain, seyogyanya tetap dilakukan dengan rutin, bahkan sebaiknya dikembangkan. Dengan demikian, profesi sebagai dokter yang setidaknya-tidaknya mempunyai pengetahuan yang lebih daripada masyarakat setempat, maka dapat diharapkan menjadi penggerak masyarakat atau menjadi ahli dalam pengembangan bidang-bidang tersebut.

Berkaitan dengan penerapan kode etik kedokteran secara keseluruhan maka dalam penelitian ini ditemukan bahwa, *aparatur birokrasi pemerintahan yang bekerja pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantang, khususnya Dokter yang bekerja sebagai PNS fungsional, telah menerapkan Kode Etik Kedokteran secara konsisten. Konsistensi tersebut mencakup seluruh isi kode etik, mulai dari ketaatan*

kepada asas atau kewajiban umum, perilaku kepada penderita, perilaku kepada teman sejawat, dan perilaku kepada diri mereka sendiri. Walaupun Kode etik kedokteran yang mereka terapkan berdasarkan Standar Operasional Prosedur atau Prosedur Tetap, dalam pemberian pelayanannya tetap memperhatikan kondisi psikologis pasien dan psikososial publik yang dilayani.

B. Faktor- faktor Pendukung Penerapan Kode Etik Kedokteran dalam Pelayanan Publik di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

Berbagai faktor penentu keberhasilan dalam pemberian pelayanan, sekaligus dapat menjadi faktor pendukung pelayanan publik, seperti kepemimpinan, budaya pelayanan, sumberdaya manusia dan keuangan serta kelembagaan instansi penyedia pelayanan, perlu mendapatkan perhatian penting disamping penerapan standar pelayanan itu sendiri.

Berdasarkan kajian yang dilakukan oleh Pusat Kajian Manajemen Pelayanan Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia (LANRI), dan pengamatan peneliti di lapangan diketahui bahwa faktor-faktor tersebut cukup dominan dan paling menentukan keberhasilan peningkatan kualitas pelayanan di berbagai instansi penyedia pelayanan publik khususnya pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, dapat dikemukakan sebagai berikut:

1. Kepemimpinan

Penerapan pelayanan publik sangat membutuhkan peran dan komitmen yang kuat dari pemimpin organisasi. Bahkan dapat dikatakan bahwa tanpa adanya komitmen yang jelas dari pemimpin, maka dapat dipastikan bahwa penerapan pelayanan akan mengalami kegagalan. Hal ini disebabkan oleh banyak faktor yang berhubungan dengan pengalaman, tingkat pendidikan, jenis dan gaya kepemimpinan seseorang menentukan komitmen dan perannya dalam memberikan instruksi pemberian pelayanan.

Faktor-faktor di atas akan semakin berpengaruh manakala berada dalam lingkungan budaya paternalistik seperti di sebagian besar daerah di Indonesia termasuk di Kabupaten Bantaeng, di mana keteladanan dan contoh yang ditunjukkan oleh seorang pemimpin akan sangat mempengaruhi tingkat keberhasilan suatu aktifitas, program, maupun rancangan ataupun berbagai bentuk perubahan dalam organisasi.

Nur Fajri, SE, salah seorang informan dalam penelitian ini, pernah menjadi pasien di RSUD Anwar Makkatutu, tokoh pemuda, sekaligus sebagai penggiat Lembaga Sosial Masyarakat yang bergerak dalam bidang pelayanan publik mengungkapkan bahwa;

Jujur kita mengakui bahwa keberadaan rumah sakit Anwar Makkatutu di Bantaeng ini sudah tidak sesuai dengan populasi masyarakat yang akan dilayani. Mulai dokter yang minim, sarana prasarana yang terbatas, sampai pada kondisi fisik bangunan gedungnya yang masih peninggalan Belanda. Saya kira memang

pimpinan rumah sakit ini perlu bekerja ekstra untuk menyiasatinya. Tetapi sejauh ini belum ada peristiwa yang berarti di sini, seperti kejadian mogoknya para dokter di Jeneponto (Wawancara, 20 April 2010).

Data tersebut di atas, diperkuat oleh hasil survei Pemerintah Kabupaten Bantaeng kerjasama dengan LAN RI, telah melaksanakan Survei Pengaduan Masyarakat yang dilaksanakan pada tahun 2009. Sejumlah 1000 anggota masyarakat telah berpartisipasi dalam mengisi dan mengembalikan kuesioner dari sejumlah 1100 kuesioner yang disebar di Puskesmas Kota dan sejumlah 600 anggota masyarakat telah berpartisipasi dalam mengisi dan mengembalikan kuesioner dari sejumlah 600 kuesioner yang disebar di Puskesmas Loka. Pengaduan dan keluhan tersebut melibatkan pengguna layanan (masyarakat) dan penyedia layanan pada unit pelayanan tersebut di atas serta menghadirkan berbagai pelaku pelayanan lainnya yang terkait. Hasil survei dan jawaban dari aparatur yang bertugas pada kedua Puskesmas, adalah sebagai berikut;

1. Sejumlah 880 orang responden menyampaikan pengaduan; dokter ahli kandungan belum tersedia di Puskesmas. Hal ini disebabkan oleh status Puskesmas harus menjadi Puskesmas Pembina terlebih dahulu, baru bisa jika sudah ada Dokter Ahli.
2. Sejumlah 801 orang responden menyampaikan pengaduan; dokter ahli anak belum tersedia di Puskesmas. Hal ini disebabkan oleh 1) jumlah pasien anak yang banyak, 2) dokter anak hanya ada 1 di Bantaeng.
3. Sejumlah 720 orang responden menyampaikan pengaduan; dokter ahli Penyakit Dalam belum tersedia di Puskesmas. Hal ini disebabkan oleh karena status Puskesmas harus menjadi Puskesmas pembina, dan baru bisa, jika sudah ada dokter ahli.
4. Sejumlah 593 orang responden menyampaikan pengaduan; dokter kadang tidak ada pada saat dibutuhkan (pada hari setelah libur/ diantara hari libur). Hal ini disebabkan oleh diantaranya minimnya tenaga dokter.

5. Sejumlah 337 orang responden menyampaikan pengaduan; belum tersedia pelayanan khusus Pelayanan Akut. Hal ini disebabkan oleh; 1) Puskesmas Kota bukan Puskesmas rawat inap tapi rawat jalan sehingga tidak dibuka 24 jam dan tidak mempunyai fasilitas UGD dan tempat tidur, 2) keterbatasan rumah sakit dalam menampung pasien akut di IGD sehingga pasien butuh perawatan di tempat lain yang terdekat (Puskesmas Kota).

Penegasan yang lebih dalam tentang pentingnya kepemimpinan bagi pekerjaan seorang dokter yang harus memperhatikan kepentingan masyarakat dan memperhatikan semua aspek pelayanan kesehatan yang menyeluruh (*promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif*), baik fisik maupun psiko-sosial, serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat, diungkapkan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, dr. H. M. Safruddin Nurdin, M. Kes, bahwa;

Demi kepentingan masyarakat khususnya kepentingan pasien yang harus segera dilayani, dalam menjalankan kepemimpinan di rumah sakit ini, saya katakan kalau mau menjadi Direktur di rumah sakit pemerintah, orangnya harus "gila-gila sedikit". Sayapun rela dikatakan melanggar mekanisme aturan-aturan yang ada. Bayangkan saja kadang kami sudah belanja walaupun proses tender belum dilakukan. Mengapa kami lakukan, sebab jangan sampai rumah sakit ini bukan menjadikan masyarakat sehat atau sembuh dari penyakitnya tetapi bisa-bisa menjadi tempat "pembunuhan" terbesar, kalau kami harus menunggu adanya dana untuk keperluan operasional rumah sakit. Bayangkan saja, rumah sakit ini milik pemerintah yang penuh dengan aturan yang bisa menghambat *fleksibilitas*. Masyarakat menghendaki kita menjalankan tugas dengan fleksibel, tetapi disisi lain kita dihambat oleh aturan tentang Keputusan Pemerintah. Misalnya untuk pengadaan logistik, kita dihambat oleh Kepres 80 dengan tetek-bengeknya tentang pengadaan barang dan jasa. Terpaksa kami harus berutang duluan, untuk memenuhi tuntutan pasien yang datangnya insidental dan berkesinambungan. Rumah sakit ini kan rumah sakit pemerintah yang menggunakan APBD atau APBN, dimana pada bulan-bulan awal tahun anggarannya baru dibahas, nanti sekitar juni baru bisa cair. Kalau kami harus menunggu itu, bagaimanami rumah

sakit ini? Sementara kami tidak mungkin menolak pasien kapanpun mereka ingin masuk rumah sakit. (wawancara, 17 April 2010).

Berdasarkan pengamatan peneliti, gaya kepemimpinan yang diterapkan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, dalam menjalankan kepemimpinannya, terbentur oleh pengaruh kebiasaan masyarakat yang belum terbiasa dengan pola hidup teratur berdasarkan pendekatan-pendekatan kebersihan, ketertiban dan kesehatan. Sementara dari dalam organisasi rumah sakit sendiri, kebiasaan pribadi para petugas yang cenderung negatif masih banyak terlihat, seperti kebiasaan merokok di sembarang tempat, dan lain-lain. Pada sisi lain, juga berhadapan dengan kondisi sumber daya yang belum memadai.

Walaupun kondisi empiriknya seperti yang telah dijelaskan di atas, tidak berarti Direktur rumah sakit tinggal diam membiarkan masalah demi masalah terjadi, akan tetapi dengan tekad bulat yang diikuti gaya kepemimpinan yang kuat, sehingga hampir semua persoalan dapat diselesaikan dengan baik. Bukti dari keseriusan tersebut adalah dengan diraihnya sertifikat penghargaan pelayanan dari lembaga yang terakreditasi, antara lain:

1. Pada bulan Agustus tahun 2009 mendapat Sertifikat akreditasi rumah sakit dari Kementerian Kesehatan RI, sebagai pengakuan telah memenuhi Standar Pelayanan Rumah sakit, meliputi;

administrasi manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan kebidanan, dan rekam medis.

2. Pada bulan Desember tahun 2009, mendapat Piagam Penghargaan dari Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak, sebagai Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB) terbaik tingkat Provinsi Sulawesi Selatan.
3. Pada bulan Januari tahun 2010 mendapat lisensi dari Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan sebagai tempat Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTD-RS).

Kemudian pada tahun 2010 ini Kabupaten Bantaeng mendapat Piala Adhipura kategori Kota Kecil, dimana dalam penilaian adhipura tersebut salah satu instansi pemerintah yang dinilai adalah Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu. Dalam penilaian tersebut rumah sakit ini mendapat penilaian tertinggi sebagai salah satu instansi di Kabupaten Bantaeng yang mengelola kebersihan dan kesehatan lingkungan.

Dalam konteks perubahan yang disebabkan oleh penerapan pelayanan, tentu dapat dipahami betapa pentingnya peran seorang pemimpin. Bila sang pemimpin mampu menunjukkan komitmen yang tinggi dalam memberikan pelayanan, maka hal tersebut akan sangat mempengaruhi komitmen bawahannya, yang mau tidak mau harus menunjukkan tingkat komitmen yang minimal sama dengan pemimpinnya.

Pemimpin harus bisa menjadi inspirasi bagi setiap orang di lingkungannya untuk mengantisipasi berbagai perubahan yang terjadi. Dia akan jadi teladan bagaimana orang-orang sekitarnya harus mensikapi berbagai perubahan tersebut. Namun sebaliknya, jika seorang pemimpin menunjukkan sikap acuh tidak acuh atau bahkan menolak perubahan yang terjadi yang diakibatkan oleh karena kehilangan sebagian kenyamanannya, tentunya akan juga dirasakan oleh orang-orang disekitarnya. Merekapun akan menjadi resisten terhadap perubahan yang terjadi dan kemungkinan kegagalan dalam penerapan pelayanan akan semakin besar.

Masalah kepemimpinan selalu mendapat perhatian penting, karena peranannya yang seringkali menentukan di dalam kehidupan sebuah organisasi. Kepemimpinan tidak hanya berarti memimpin terhadap manusia, tetapi juga memimpin terhadap perubahan. Seorang pemimpin tidak hanya mempengaruhi bawahan, tetapi juga sebagai sumber inspirasi dan motivasi bawahannya.

Dalam kerangka peningkatan kualitas pelayanan, faktor kepemimpinan tidak dapat disangkal lagi sebagai salah satu faktor dominan yang menentukan keberhasilan. Hal ini disebabkan karena dalam penerapan pelayanan publik merupakan sebuah perubahan besar yang akan sangat mempengaruhi lingkungan internal dan eksternal organisasi pelayanan.

dr. Hikmah, Kepala Bidang Pelayanan di RSUD Prof. dr. H. M.

Anwar Makkatutu kepada peneliti mengungkapkan bahwa;

Kalau pelayanan akan benar-benar dilaksanakan, kadang-kadang mengakibatkan dirinya berbagai kondisi yang kurang menguntungkan untuk upaya-upaya peningkatan kualitas pelayanan. Namun juga pada saat yang sama penerapan pelayanan akan menghilangkan 'kenyamanan' sebagian orang (baik pegawai ataupun pelanggan) yang sudah terbiasa dengan sistem pelayanan yang berbelit-belit, dan tidak transparan. Sebagian dari orang-orang ini akan merasa terancam dan akan kehilangan 'kenyamanan' yang selama ini dinikmatinya. Untuk itu diperlukan sebuah kepemimpinan yang kuat dan berwibawa sehingga mampu memberikan dukungan pelaksanaan pelayanan serta memfasilitasi berbagai perubahan yang terjadi secara kondusif (Wawancara, 5 Maret 2010).

Joseph C. Roost, menegaskan bahwa kepemimpinan merupakan sebuah hubungan yang saling mempengaruhi antara pemimpin dan pengikut (bawahan) yang menginginkan perubahan nyata dan yang mencerminkan tujuan bersama (LAN, 2009). Sedangkan Stonner (1989), menambahkan bahwa kepemimpinan adalah proses mengarahkan berbagai sumber daya untuk mempengaruhi aktivitas yang berkaitan dengan tugas dari para anggota kelompoknya. Sementara Koontz et.al. (1984), menegaskan bahwa kepemimpinan berwujud kemampuan untuk mempengaruhi orang lain agar ikut serta dalam mencapai tujuan umum. Hal yang sama dengan Koontz, Hosmer (dalam Timpe, 1999), yang mengatakan bahwa pemimpin merupakan individu dalam suatu organisasi yang mampu mempengaruhi sikap dan pendapat orang lain dalam organisasi. Usaha mempengaruhi sikap dan pendapat orang lain dalam

organisasi tersebut bertujuan tercapainya usaha kelompok yang terkoordinasi dan terpadu.

Berdasarkan kondisi empirik yang telah dihasilkan dalam penelitian ini, kemudian diperdebatkan dengan kajian teori yang ada, maka peneliti dapat membuat proposisi, bahwa *apabila seorang pemimpin berhadapan dengan situasi yang serba terbatas maka dibutuhkan kepemimpinan yang kuat dengan menjadi suri tauladan dan menjaga komitmen dengan sebaik-baiknya kepada semua pihak yang terkait.*

Seorang pemimpin, adalah sebagai salah satu pihak yang berkepentingan dan berada pada garis terdepan dalam mewujudkan perubahan. Oleh karena itu seorang pemimpin diberi tanggung jawab untuk mampu menjalankan roda organisasi secara efektif dan efisien. Keberhasilan pemimpin menanggapi perubahan yang terjadi memerlukan gaya kepemimpinan yang sesuai dengan tuntutan perubahan tersebut, yang antara lain bisa saja dengan mengorbankan 'kenyamanan'nya sendiri.

2. Budaya pelayanan

Penerapan pelayanan publik seyogyanya didukung oleh adanya budaya pelayanan yang secara konsisten dikembangkan pada organisasi pelayanan publik. Dalam penyelenggaraan pelayanan publik selama ini, penyelenggara pelayanan publik seringkali mendapatkan citra yang negatif

karena proses yang panjang, dan berbelit-belit serta ketidakjelasan biaya pelayanan.

Bagaimana mungkin seorang pemberi pelayanan dapat memberikan pelayanan kepada pelanggan dengan baik, bila nilai-nilai, norma dan prinsip-prinsip organisasi tempat ia bekerja ternyata mengabaikan kearifan dan tanggung jawab terhadap kemaslahatan orang banyak.

Menyangkut budaya pelayanan, informan penelitian ini yang bernama ibu Ros sekaligus sebagai Perawat pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng mengungkapkan bahwa;

Sejak Direktur baru ini memimpin di sini, sepertinya banyak hal yang beliau sudah canangkan. Biasanya itu keluarga pasien agak sulit diatur supaya mereka mau menjaga kebersihan rumah sakit. Tetapi akhir-akhir ini apalagi kita mempersiapkan akreditasi rumah sakit, betul-betul ditingkatkan kita punya perhatian semua. Kita mencoba membiasakan diri, terutama kita-kitami ini semua pegawai yang ada disini yang memberi contoh kepada pasien terutama sama keluarganya yang menjaga supaya betul-betul sama kita jaga itu budaya kebersihan rumah sakit (Wawancara, 4 Maret 2010).

Persoalan budaya pelayanan memainkan peran yang dominan dan melingkupi keseluruhan kegiatan yang dijalankan oleh unit pelayanan publik. Maka sebaiknya, nilai-nilai baik berupa azas/ prinsip-prinsip, tujuan atau norma pelayanan yang baik, termasuk etika, sikap dan perilaku pemberi layanan, dibangun dan dikembangkan berlandaskan kebijakan yang dirumuskan secara jelas oleh organisasi penyelenggara pelayanan publik.

Perubahan *mindset* mutlak sangat diperlukan sebagai langkah awal melakukan perubahan budaya pelayanan. Pola pikir selama ini tentang aparatur birokrasi pemerintah yang memiliki kedudukan dan kewenangan tak terbantahkan dibanding masyarakat yang dilayani, segera dibuang jauh-jauh. Budaya pelayanan sesegera mungkin berubah menjadi lebih peka terhadap harapan-harapan masyarakat. Namun demikian, perlu dicermati bahwa mengubah *mindset* aparatur birokrasi pemerintah tidak bisa dilakukan dengan pemberian motivasi melalui ceramah, kursus-kursus saja, tetapi yang utama adalah melalui penerapan manajemen yang benar mencakup pemberian kesejahteraan, misalnya pemberian insentif yang memadai dan penerapan *reward* dan *punishment* secara konsisten dan berkelanjutan. Sehingga dapat memberikan dampak yang berarti terhadap langkah-langkah yang diambil oleh pimpinan sebuah lembaga, seperti rumah sakit misalnya.

Berkaitan dengan budaya pelayanan informan penelitian sekaligus sebagai Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, dr. H. M. Safruddin Nurdin, M. Kes, menjelaskan bahwa;

Agar supaya budaya pelayanan itu tumbuh dengan baik di rumah sakit ini, saya panggil semua para pegawai yang berhubungan langsung dengan pelayanan publik, setelah saya mempelajari seluruh permasalahan yang ada, saya kasi mereka penjelasan supaya mereka mengerti betul mengapa kita harus merubah pola perilaku itu. Misalnya tentang kebiasaan merokok di rumah sakit ini, sebelum kita memberi pengertian kepada keluarga pasien terutama para pembesuk, saya

bikin ikrar perjanjian dengan semua pegawai dan dokter yang merokok. Kami bentuk petugas yang ketuanya mereka yang paling kuat merokok dan anggota-anggotanya semua pegawai yang perokok. Sebetulnya saya berupaya keras agar perilaku baik itu akan merubah *mindset* petugas yang ada, nantinya bisa menjadi sebuah kebiasaan, dan lama-lama akan menjadi budaya mereka . Sehingga pola budaya tersebut akan terus-menerus bertahan hingga akan diikuti oleh siapapun yang terlibat di rumah sakit ini. Alhamdulillah sekarang hasilnya luar biasa, sehingga budaya hidup bersih dan budaya hidup sehat dalam lingkungan rumah sakit pelan-pelan hasilnya sudah mulai nampak. (wawancara, 21 April 2010).

Berdasarkan pengamatan peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, menyangkut dukungan para pegawai baik dokter, perawat, maupun tenaga medis lainnya yang berhubungan dengan membangun budaya pelayanan, terlihat ditanggapi dengan baik dan dilaksanakan dengan penuh rasa tanggung jawab. Mereka yang merokok tidak akan merokok dalam lingkungan rumah sakit. Apabila ada keluarga pasien yang merokok, atau melanggar aturan yang telah di tuliskan pada dinding-dinding rumah sakit atau pada bagian-bagian yang nampak bisa dilihat dengan jelas oleh pengunjung, dengan sopan akan ditegur oleh suster atau petugas yang kebetulan menemukannya. Jadi budaya Bugis Makassar “*sipakatau, sipakainga*’ dan *sipakalabbi*” tetap dikedepankan dalam menjalankan aktifitas mereka di rumah sakit.

Informan penelitian ini, sekaligus salah satu pemerhati pelayanan publik dan Ketua KNPI Kabupaten Bantaeng, termasuk pemerhati pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh dokter di Rumah Sakit Umum Daerah

Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, Nurfajri, SE, menjelaskan bahwa;

Perubahan *mindset* aparat pelayanan publik yang dapat pula merubah budaya pelayanan antara lain adalah dengan; (1) mengutamakan pendekatan tugas yang diarahkan kepada pengayoman dan pelayanan rakyat dan menghindarkan kesan pendekatan kekuasaan dan kewenangan; (2) melakukan penyempurnaan organisasi yang bercirikan organisasi modern, ramping, efektif dan efisien yang mampu membedakan antara tugas-tugas yang perlu ditangani dan yang tidak perlu ditangani; (3) melakukan perubahan sistem dan prosedur kerja yang lebih berorientasi pada ciri-ciri organisasi modern yakni; pelayanan cepat, tepat, akurat, terbuka dengan tetap mempertahankan kualitas, efisiensi biaya dan ketepatan waktu; (4) memposisikan diri sebagai fasilitator pelayanan publik dari pada sebagai agen pembaharu (*change of agent*) pembangunan; (5) melakukan transformasi diri dari birokrasi yang kaku (*rigid*) menjadi organisasi birokrasi yang strukturnya lebih desentralistis, inovatif, fleksibel dan responsive (Wawancara, 20 Pebruari 2010).

Dalam upaya pembangunan budaya pelayanan ini membutuhkan keterbukaan seluruh aparat pelayanan publik untuk menerima perubahan budaya organisasi maupun pola pikir demi kemajuan unit pelayanan publik. Di dalam perubahan tersebut, perubahan perilaku para pemberi pelayanan akan selalu dibandingkan dengan aparat yang bekerja di unit layanan publik lainnya. Penciptaan budaya menghargai prestasi amat dibutuhkan untuk menumbuhkan rasa kebanggaan terbadap organisasi birokrasi pemerintahan.

Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk menumbuhkan budaya pelayanan antara lain adalah: (1) menempatkan pegawai dari unit berbeda yang memiliki tugas dan fungsi jelas di unit pelayanan sebagai langkah

awal menuju perubahan budaya, (2) menciptakan rotasi pekerjaan secara berkala, kerja magang di luar unit, saling tukar menukar informasi seputar tugas dan fungsi antar unit, dan apabila memungkinkan melakukan perlombaan antar unit pelayanan, (3) merayakan keberhasilan dalam pemberian pelayanan dengan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi, (4) menciptakan bahasa, kebiasaan, cerita sukses, dan simbol untuk mendorong rasa kebersamaan dan rasa kesatuan dalam tim unit pelayanan, (5) menciptakan mental model baru dengan mengikutsertakan pegawai dalam merancang misi organisasi birokrasi, perlakuan nilai, kepercayaan, dan asumsi mereka sebagai investasi bagi keberhasilan unit pelayanan, dan (6) menciptakan model sistem sebagai cara memberikan pemahaman tentang bagaimana sesuatu bekerja dan bagaimana perubahan akan efektif.

Jadi dalam penerapan pelayanan perlu didukung dengan budaya pelayanan, sehingga upaya perbaikan sistem dan prosedur pelayanan publik dapat berjalan efektif dan memberikan peningkatan kualitas pelayanan publik secara nyata. Salah satu upaya penting terkait dengan perbaikan proses pelayanan publik yaitu adanya perubahan budaya pelayanan, antara lain menyangkut: (1) adanya perubahan *mindset*, (2) adanya perubahan sikap mental, dan (3) adanya perubahan etika dalam pemberian pelayanan publik.

Perubahan *mindset* perlu dimulai dari kesadaran secara mendalam terhadap SDM pelayanan publik, bahwa pelayanan adalah merupakan tanggung jawab aparatur birokrasi pemerintah, artinya pelayanan publik yang baik merupakan hak masyarakat untuk mendapatkannya. Sebaliknya merupakan kewajiban negara untuk memenuhi pelayanan publik yang baik, terlepas dari siapapun yang duduk dalam pemerintahan, mengingat pelayanan publik yang baik merupakan perwujudan dari adanya kesejahteraan umum, sebagaimana tercantum dalam pembukaan UUD 1945. Lebih jauh, karena merupakan hak masyarakat maka pelayanan publik tidak boleh bersifat diskriminatif yaitu meniadakan perbedaan suku, agama, status sosial dan sebagainya. Tidak ada alasan yang kuat bagi aparat pelayanan publik untuk bersikap tidak baik berupa menunda-nunda pelayanan (*undue delay*), tidak ada kejelasan, tidak ada kepastian, tidak bertanggung jawab dan diskriminatif.

Selanjutnya pemberian pelayanan perlu didukung juga dengan etika aparatur yang secara konsisten ditaati oleh setiap pegawai. Etika diperlukan dalam kaitan dengan apa yang wajib dilakukan dan apa yang dilarang untuk dilakukan oleh setiap pegawai dalam berbagai situasi sehubungan dengan pemberian pelayanan. Demikian pula terhadap pasien dan keluarga, atau kepada siapapun yang memiliki kepentingan dengan pemberian pelayanan yang ada di rumah sakit, perlu dijelaskan hak dan kewajiban mereka.

Berdasarkan pengamatan peneliti pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, hampir seluruh bagian yang berhubungan langsung dengan pelayanan publik, seperti pada instalasi gawat darurat, bagian perawatan pasien, bahkan di bagian poliklinik terdapat papan informasi yang menjelaskan tentang tata tertib di rumah sakit, demikian juga dengan hak dan kewajiban pasien, serta biaya masing-masing tindakan medis bagi pasien umum.

Maka dengan demikian, budaya pelayanan (*service culture*) dapat dimaknai sebagai budaya yang berorientasi pada pelayanan masyarakat, yaitu terkait dengan cara memberikan pelayanan yang berkualitas di antaranya transparansi informasi, disiplin dalam melaksanakan tugas, berdedikasi dan bersemangat, bertindak adil dan tidak diskriminatif, teliti dan cermat, bersikap tegas dan tidak memberikan pelayanan yang berbelit-belit, transparan dalam melaksanakan tugas dan mampu mengambil langkah yang kreatif dan inovatif serta tidak melakukan tindakan kolusi, korupsi dan nepotisme.

Penegasan yang digagas oleh Steven R. Covey, menjadi sangat penting untuk diimplementasikan bahwa taburlah gagasan petiklah perbuatan, taburlah perbuatan petiklah kebiasaan, taburlah kebiasaan petiklah karakter, taburlah karakter petiklah nasib (Agustian Ary, 2001).

Penelitian Hunt dan Vitell (1986), menyebutkan bahwa kemampuan seorang profesional untuk dapat mengerti dan sensitif akan adanya masalah-

masalah etika dalam profesinya dipengaruhi oleh lingkungan budaya atau masyarakat di mana profesi itu berada, lingkungan profesi, lingkungan organisasi dan pengalaman pribadi.

Hasil penelitian lain tentang etika yang termuat dalam jurnal Nasional maupun jurnal-jurnal International membuktikan bahwa budaya etis organisasi mempengaruhi idealisme (Falah, 2006). Penelitian tentang etika yang lain adalah hasil penelitian yang menyatakan bahwa budaya etis organisasi berpengaruh positif terhadap idealisme (Douglas *et al.* 2001; Forte). Penelitian yang dilakukan oleh Sims, 1992 dalam Falah (2006), juga menyatakan bahwa budaya etis organisasi melakukan perubahan atas nilai personal seseorang dalam organisasi. Hasil ini sesuai dengan postulat yang dikemukakan oleh Hunt dan Vitell (1986), dan Trevino (1986), bahwa budaya etis organisasi berpengaruh terhadap perilaku etis.

Berdasarkan temuan empirik dalam penelitian ini, dan di analisis dari kajian teoritis yang ada, maka peneliti dapat membuat proposisi, bahwa *dalam membangun budaya pelayanan, maka upaya yang paling mendasar adalah membangun pola pikir baru (mindset) yang sesuai dengan tata nilai budaya pelayanan publik, meningkatkan kualitas kerjasama, membangun sikap dan perilaku sesuai dengan tata nilai budaya kerja, budaya organisasi serta budaya dalam masyarakat setempat.*

3. Sumber daya

Keberhasilan dalam penerapan pelayanan publik termasuk dalam penerapan etika kedokteran di rumah sakit, perlu didukung dengan sumber daya, baik sumber daya manusia (SDM) pelayanan maupun pembiayaan serta ketersediaan sarana dan prasarana termasuk dukungan teknologi informasi.

a. Sumber daya manusia

Upaya penyediaan pelayanan yang berkualitas tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh pegawai yang memiliki kemampuan yang handal dan profesional. Disamping itu, keberhasilan sebuah organisasi pelayanan publik tidak akan terlepas dari peranan Sumber Daya Manusia yang ada di dalamnya. Oleh karena itu, SDM yang bekerja di unit/ organisasi pelayanan publik tidak hanya dituntut keahlian dan keterampilan secara teknis dan penguasaan terhadap peraturan perundangan yang mendasarinya, akan tetapi yang lebih penting lagi diperlukan sikap mental dan perilaku yang baik, ramah dalam melayani, jujur, cekatan dan bertanggung jawab. Hal ini mengingat masyarakat yang dilayani tidak akan peduli terhadap apa yang menjadi kendala dan hambatan dalam bekerja, tidak akan peduli terhadap permasalahan-permasalahan pribadi pegawai, akan tetapi mereka hanya peduli terhadap apa yang

mereka butuhkan untuk dapat dilayani secara baik, mudah, cepat dan murah.

dr. Hikmah, sebagai salah seorang informan dalam penelitian ini menjelaskan bahwa;

Saya akui bahwa di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng ini masih minim tenaga medis. Bapak lihat saja sekarang, saya ini pejabat struktural di kantor masih juga membantu dokter untuk memeriksa pasien di sini menjalankan tugas-tugas fungsional kedokteran saya. Kamipun tidak boleh sembarang menempatkan orang untuk melaksanakan tugas di rumah sakit ini, sebab hampir semua pekerjaan harus dikerjakan berdasarkan keahlian atau keterampilan khusus (Wawancara, 5 Maret 2010).

Agar SDM pelayanan benar-benar dapat mendukung pelaksanaan Standar Pelayanan, maka perlu dilakukan pengelolaan SDM pelayanan secara baik termasuk dalam hal identifikasi, kebutuhan SDM yang diperlukan dalam rangka pemberian pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan, terutama berkaitan dengan kompetensi dan kualifikasi untuk setiap peran yang akan dimainkan dalam setiap proses pelayanan. Disamping itu juga perlu dilakukan identifikasi kebutuhan pengembangan SDM serta perencanaannya, pengembangan etika pelayanan yang diperlukan agar pegawai tetap berada dalam batasan-batasan yang telah ditentukan dalam memberikan pelayanan.

Untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat, maka diperlukan perencanaan yang konsisten bagi pengembangan dan

peningkatan kompetensi SDM pelayanan melalui diklat-diklat teknis dan fungsional, sehingga mereka dapat melaksanakan tugas-tugas pelayanan secara profesional.

Selanjutnya kepuasan masyarakat dapat dicapai apabila SDM yang terlibat langsung dalam pelayanan dapat mengerti dan menghayati serta berkeinginan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Untuk dapat memberikan pelayanan yang berkualitas, unsur SDM pelayanan seyogyanya mengerti dan memahami tugas dan tanggung jawabnya sebagai aparat pelayan masyarakat.

Data di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng menunjukkan bahwa, keadaan pegawai pada tahun 2008 berjumlah 114 orang (PNS dan non PNS/ Sukarela) dengan rincian sebagai berikut :

1. Tenaga Medis

- | | |
|---------------------------------------|-----------|
| a. Spesialis Penyakit Dalam | : 1 orang |
| b. Spesialis Anak | : 1 orang |
| c. Spesialis Kandungan | : 1 orang |
| d. Spesialis Radiologi | : 1 orang |
| e. Spesialis Bedah | : 1 orang |
| f. Spesialis Syaraf | : 1 orang |
| g. Dokter Umum (PNS) | : 7 orang |
| h. Dokter Gigi | : 2 orang |
| i. Pasca Sarjana (Magister Kesehatan) | : 4 orang |

2. Tenaga Paramedis Perawatan (PNS) : 38 orang
3. Tenaga Paramedis (Sukarela) : 63 orang
4. Tenaga Paramedis Non Perawatan :13 orang
5. Tenaga Paramedis Non Perawatan (Sukarela) : 7 orang
6. Tenaga Non Medis (PNS) : 31 orang

Pengembangan potensi sumber daya manusia di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng juga tetap diperhatikan dengan baik, hal ini terlihat dari data Program kerja sama Pendidikan dan Pelatihan dengan Institusi Pendidikan RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng bekerja sama dengan beberapa Institusi untuk melaksanakan Pendidikan dan Pelatihan, diantaranya: Fakultas Kedokteran UNHAS, Fakultas Kedokteran UMI, Program Diploma 3 Analis Kesehatan Universitas Indonesia Timur, Program Diploma 3 Kebidanan Universitas Indonesia Timur, Akper Pemda Kab.Bulukumba, Akademi Kebidanan Salewangan Kabupaten Maros, SMK Farmasi Syekh Yusuf Al-Makassari Kabupaten Gowa, SMK Keperawatan Harapan Bhakti Bonto Nempo.

Disamping itu, berdasarkan pengamatan peneliti RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng tetap pula memperhatikan mengenai tingkat kesejahteraan pegawai mengingat hal tersebut memiliki kaitan strategis dalam pemberian pelayanan yang berkualitas. Oleh karena itu tetap dipenuhi adanya sistem insentif (*reward*) bagi petugas pelayanan yang menunjukkan kinerja tinggi dengan metode Tunjangan Kinerja Daerah (TKD)

yang diberikan setiap bulan. Besarnya tunjangan kinerja bervariasi, yang diatur menurut tingkat jabatan, yaitu; untuk staf sebesar Rp. 250.000/ bulan, pejabat eselon IV Rp. 750.000/ bulan, dan pejabat eselon III adalah Rp. 1.500.000/ bulan. Dimana tetap diperhitungkan dengan kualitas kerjanya setiap bulan, dengan melihat persentase kehadiran dan tingkat penyelesaian pekerjaannya.

Dengan demikian, pengelolaan SDM pelayanan dapat menjadi pendorong (*enabling*) pencapaian keberhasilan pelayanan dan sekaligus juga bila tidak tepat dalam mengelola maka dapat menjadi penghambat (*constraint*) pencapaian keberhasilan organisasi. Beberapa permasalahan terkait dengan SDM pelayanan publik yang dapat menjadi penghambat (*constraints*) pencapaian keberhasilan organisasi selama ini antara lain adalah: (1) etos kerja yang cenderung mempertahankan status quo dan tidak mau menerima adanya perubahan (*resistance to change*), (2) adanya budaya *risk aversion* (tidak menyukai resiko), (3) rutinitas tugas dan penekanan yang berlebihan pada pertanggungjawaban formal sehingga mengakibatkan adanya prosedur yang kaku/lamban, (4) belum adanya sistem insentif dan disinsentif bagi petugas pelayanan yang menunjukkan kinerja tinggi atau sebaliknya, serta (5) kurangnya kemampuan SDM pelayanan untuk melakukan analisa dalam pembuatan standar pelayanan yang akurat.

Pemerintah sebagai penyedia pelayanan publik, senantiasa dituntut kemampuannya untuk secara terus menerus meningkatkan kualitas pelayanan, mampu memberikan pelayanan yang berdimensi menjaga kualitas hidup, melindungi keselamatan dan kesejahteraan masyarakat. Kualitas pelayanan dimaksudkan agar semua masyarakat dapat menikmati layanan, sehingga menjaga kualitas pelayanan publik juga berarti menjamin hak-hak azasi warga negara.

SDM pelayanan sebagai kunci keberhasilan kinerja organisasi pelayanan publik perlu mendapatkan perhatian utama dalam perbaikan kualitas pelayanan. Untuk itu, pemilihan dan penempatan pegawai sesuai dengan kompetensi yang dimiliki merupakan salah satu penentu keberhasilan dalam penerapan pelayanan. Dalam hubungan ini organisasi pelayanan publik harus berupaya melakukan pencarian dan penempatan pegawai dan menerapkan konsep penempatan *the right man on the right place*, yaitu menentukan orang yang tepat pada setiap bentuk dan jenis pelayanan. Organisasi dituntut untuk secara terbuka melakukan proses pemilihan dan penempatan SDM, yaitu dengan menyusun kebijakan serta aturan yang jelas mengenai semua persyaratan bagi posisi-posisi pekerjaan yang akan diisi, serta menerapkan sistem yang baku sebagai pedoman kegiatan tersebut di atas.

Denhardt and Denhardt (2007), mengungkapkan bahwa paradigma pelayanan publik telah bergeser dari teori politik dan teori ekonomi menjadi

teori demokrasi. Dimana peran pemerintah berfungsi menegosiasikan dan mengelaborasi berbagai kepentingan warga negara dan kelompok komunitas.

Albrecht dan Bradford (1990), memandang kualitas pelayanan publik berdasarkan hasil dari interaksi dari beberapa aspek, yaitu sistem pelayanan, sumber daya manusia yang memberikan pelayanan, strategi yang diterapkan, dan pelanggan. Apabila keempat aspek tersebut diperhatikan dengan baik, maka akan menghasilkan kualitas pelayanan publik lebih baik pula. Keempat aspek tersebut yang menjadi fokus utamanya adalah *customers* atau para pelanggan. Dimana ketiga aspek, sistem, sumber daya manusia, dan strategi pelayanan, masing-masing memiliki keterkaitan satu sama lain dan saling mempengaruhi dalam rangka memberikan kepuasan kepada pelanggan yang menjadi tujuan akhir dari seluruh komponen dan strategi dengan membuat sebuah sistem yang kuat untuk pencapaiannya. Sehingga dengan demikian akan membuat semacam sinergi diantara keempat aspek yang saling berkaitan tersebut. Berkaitan dengan segi tiga pelayanan yang dikemukakan oleh Albrecht dan Bradford tersebut, maka Subarsono dalam Dwiyanto (2006), mengemukakan bahwa kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh aparatur birokrasi pemerintahan dipengaruhi oleh tingkat kompetensi aparat, kualitas peralatan yang digunakan, dan budaya birokrasi itu sendiri.

Berdasarkan temuan empirik, diperdebatkan dengan kajian teoritis, maka proposisinya: bahwa *domain kompetensi sumber daya manusia yang dapat mendukung penerapan pelayanan publik adalah (1) komitmen, (2) integritas, (3) tanggung jawab, (4) kecakapan dan keramahan, (5) mengerti kebutuhan pelanggan atau masyarakat yang dilayani, (6) daya tanggap dan empati, (7) serta mempunyai etika dan moralitas yang tinggi.*

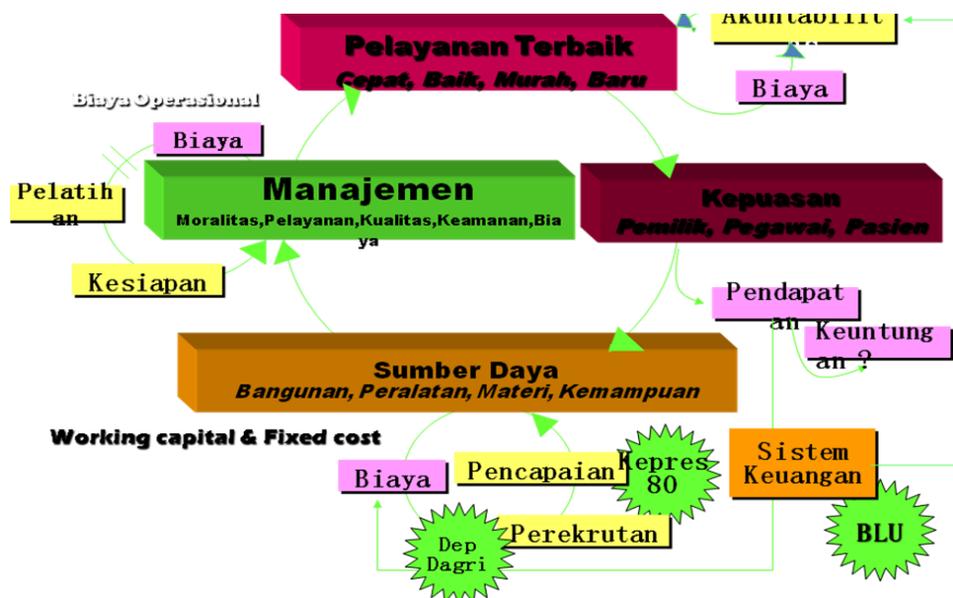
Peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat dapat berjalan dan memberikan kemanfaatan terhadap masyarakat pelanggannya apabila SDM penyelenggara pelayanan sungguh-sungguh memperhatikan beberapa dimensi atau atribut perbaikan kualitas pelayanan yang antara lain meliputi: (1) ketepatan waktu pelayanan, (2) akurasi pelayanan, (3) kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan, (4) tanggung jawab, (5) kelengkapan, (6) kemudahan mendapatkan pelayanan, (7) variasi model pelayanan; dan (8) kenyamanan dalam memperoleh pelayanan.

b. Sumber daya pembiayaan

Setiap upaya perbaikan sistem penyelenggaraan pemerintahan mempunyai konsekuensi terhadap kebutuhan anggaran, termasuk perbaikan sistem pelayanan publik. Kebutuhan dukungan pembiayaan dimaksud terkait dengan pembangunan sistem pelayanan publik. Di

samping itu, agar penerapan pelayanan sebagai upaya perbaikan sistem dan kualitas pelayanan publik dapat berjalan optimal, maka dibutuhkan anggaran untuk keperluan pemberian insentif bagi SDM yang terlibat langsung dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat.

Hasil wawancara dengan Direktur Rumah Sakit Umum Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng, dr. H.M. Syafruddin Nurdin, M.Kes bahwa untuk menjaga fleksibilitas operasional di rumah sakit, maka perlu di bentuk dalam Badan Layanan Umum (BLU), sehingga dapat digambarkan sebagai berikut;



Gambar 5. Operasional RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu (hasil wawancara, 17 April 2010)

Berdasarkan data pada Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng alokasi anggaran untuk menunjang pelaksanaannya setiap tahun, adalah sebagai berikut:

Tabel 14. Pembiayaan RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu

No	Uraian	Alokasi (Rp)	Alokasi Setelah Perubahan (Rp)
1	Retribusi	1.306.327.000,-	1.246.927.000,-
	<i>Belanja tidak langsung</i>		
1	Belanja Pegawai	3.542.722.000,-	3.096.836.800,-
	<i>Belanja Langsung</i>		
2	Belanja pegawai	845.542.600,-	777.242.600,-
	Belanja Barang dan Jasa	3.663.021.875,-	3.960.306.125,-
	Belanja Modal	728.900.000,-	1.070.900.000,-
	JUMLAH	8.780.186.475,-	8.905.285.525,-

Sumber: Bagian Tata Usaha, 2009

c. Sarana dan prasarana

Selain ketersediaan SDM pelayanan yang memiliki kompetensi, hal lain yang juga penting agar penerapan pelayanan publik dapat berjalan optimal adalah dukungan sarana dan prasarana.

RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng berdiri di atas tanah seluas 2.724,54 m² dengan luas tanah perkantoran 2.948 m² yang terletak di jalan Teratai Nomor 20 Kelurahan Pallantikang Kecamatan Bantaeng Kabupaten Bantaeng.

Menurut pengamatan penulis rumah sakit RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng fasilitas pelayanan yang dimiliki antara lain adalah:

1. Pelayanan instalasi rawat jalan
2. Pelayanan instalasi rawat inap
3. Pelayanan instalasi gawat darurat
4. Pelayanan instalasi gizi
5. Pelayanan jenazah
6. Pelayanan instalasi farmasi
7. Pelayanan instalasi kebidanan/kandungan
8. Pelayanan instalasi laboratorium
9. Pelayanan instalasi UTDRS
10. Pelayanan rehabilitasi medik
11. Pelayanan IPRS dan penyehatan lingkungan
12. Pelayanan instalasi rekam medik
13. Pelayanan bedah sentral
14. Pelayanan ICU
15. Pelayanan kamar operasi
16. Pelayanan radiologi

Berdasarkan informasi dari Kepala Rumah Sakit, bahwa perencanaan pembangunan rumah sakit, dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat RSUD Prof. dr. H. M. Anwar

Makkatutu Bantaeng akan membangun rumah sakit modern yang pembangunannya di mulai pada tahun 2009 dengan kegiatan tahap I adalah reklamasi pantai sedangkan pembangunan fisik akan dilaksanakan pada tahun 2010 sebagai upaya peningkatan Tipe Rumah Sakit dari Tipe C menjadi Tipe B dan menjadi Rumah Sakit Regional *Trauma Center* di Wilayah Selatan Sulawesi Selatan dengan jumlah tempat tidur sebanyak 150 buah tempat tidur dengan luas lahan 23.180 m² dan luas bangunan kurang lebih 9.500 m².

Pengamatan peneliti pada RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng ini fasilitas tempat tidur di ruang perawatan di sesuaikan dengan luas bangunan instalasi rawat inap yang penyebarannya sebagai berikut :

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. Kamar VIP | : 6 buah TT |
| 2. Kelas I | : 19 buah TT |
| 3. Kelas II | : 10 buah TT |
| 4. Kelas III | : 50 buah TT |

Berdasarkan penjelasan teknisi pada RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng ini, bahwa payanan listrik di RSUD RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu menggunakan 380 – 400 volt dan sebagai listrik cadangan tersedia mesin genset 25.000 watt sedangkan penyediaan air bersih oleh PDAM tersedia 8 titik.

Berdasarkan data inventaris RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, bahwa peralatan medis yang dimiliki oleh RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng menurut data hingga tahun 2008 adalah sebagai berikut:

1. Kursi besi/metal	: 3 buah
2. Tensimeter	: 6 buah
3. Instrumen cabinet	: 2 buah
4. Brancard	: 4 buah
5. Elektro counter	: 1 buah
6. Nierbekhan	: 23 buah
7. Pispot dewasa	: 21 buah
8. Resusitasi bayi	: 1 buah
9. Suction Pump	: 2 buah
10. Urinal	: 21 buah
11. Mayor surgeri set	: 1 buah
12. Hend Surgeri set	: 1 buah
13. Hend surginal set	: 1 buah
14. Laparatomi set	: 2 buah
15. Caesarean section set	: 1 buah
16. Scale for new baby capacity 15 kg	: 2 buah
17. Oxygen reguler	: 10 buah

18. Cardiotocography	: 1 buah
19. Born curret	: 1 buah
20. Instrumen trolley, stainless steel	: 2 buah
21. Audiometer	: 1 buah
22. Eye operation set	: 1 buah
23. Vacuum ectrator	: 1 buah
24. Pasient monitor	: 1 buah
25. Brain Mapping	: 1 buah
26. Electrocardiograph	: 1 buah
27. Apron	: 1 buah
28. Stetoscope	: 9 buah
29. Circumcion set	: 5 buah
30. Operation lamp	: 1 buah
31. Wheel Chair	: 4 buah
32. U.V. Sterilizer	: 1 buah

Sarana pelayanan merupakan berbagai fasilitas yang diperlukan dalam rangka memberikan pelayanan. Sarana yang digunakan dapat merupakan sarana yang utama dan sarana pendukung. Sarana utama adalah sarana yang harus disediakan dalam rangka proses pelayanan, yang meliputi antara lain: berbagai formulir, berbagai fasilitas pengolahan data, dan fasilitas telekomunikasi. Sedangkan sarana pendukung adalah

fasilitas yang pada umumnya disediakan dalam rangka memberikan pelayanan pendukung, antara lain seperti penyediaan fasilitas ruang tunggu yang nyaman, penyediaan layanan antaran dan lain-lain. Sedangkan prasarana merupakan berbagai fasilitas yang mendukung sarana pelayanan antara lain berupa jalan menuju kantor pelayanan, instalasi listrik dan sebagainya.

d. Teknologi informasi.

Upaya untuk memudahkan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas, perlu didukung dengan perangkat-perangkat teknologi informasi (TI) yang memadai. Mengingat potensi penggunaan teknologi informasi dalam pelayanan publik adalah sangat tinggi. Disamping itu, penggunaan TI juga berguna agar pelaksanaan pemberian pelayanan bisa menjadi *corporate memory*. Dengan sistem terintegrasi, data-data yang dimasukkan kedalam suatu sistem informasi pelayanan dapat menjadi informasi yang berguna bagi perbaikan Standar Pelayanan.

Menurut penuturan salah satu informan penelitian ini, bernama Mulyadi, yang juga sebagai operator komputer yang menangani khusus pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), bahwa;

Kami yang bekerja menangani pelayanan masyarakat pada bidang pelayanan gratis, terutama untuk pengelolaan anggaran yang berasal dari APBN saat ini kami diperlengkapi dengan perangkat teknologi komputer yang begitu mudah memberikan informasi kepada kami. Terutama dalam mengelola permintaan pelayanan

masyarakat yang menggunakan Jamkesmas. Kami selalu dilatih di Provinsi kalau ada lagi metode baru yang dipakai untuk pelayanan ini (Wawancara, 2 April 2010).

Penggunaan perangkat-perangkat tersebut secara intensif dengan menggabungkan setiap karakteristik yang dimiliki oleh perangkat TI tersebut benar-benar akan dapat meningkatkan kualitas pelayanan. Beberapa perangkat TI yang dapat mendukung pelaksanaan Standar Pelayanan antara lain meliputi: perangkat telepon, faksimile, komputer, internet beserta website, layar *touchscreen* merupakan perangkat standar yang dimiliki oleh institusi pelayanan publik, termasuk pada RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.

Penggunaan Teknologi Informasi dalam pemberian pelayanan publik juga dapat menyebabkan kontak antara penyedia pelayanan dengan pelanggannya menjadi dekat dan tidak terbatas atas ruang dan waktu. Sehingga kondisi demikian dapat diharapkan mempersingkat waktu, memperpendek jarak, dan pada akhirnya dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi penerapan pelayanan kepada masyarakat.

4. Kelembagaan

Penerapan pelayanan publik, tidak saja dibuat dalam dokumen yang berisi janji dan rangkaian kegiatan pelayanan beserta syarat syaratnya. Namun pada dasarnya, pelayanan publik adalah mengkonstruksi dan rekonstruksi suatu rangka kewenangan, organisasi dan kegiatan

pelayanan sedemikian rupa sehingga terjadi sistematisasi yang menuju ke suatu tujuan yang diharapkan.

Dengan kata lain penerapan pelayanan publik adalah melakukan penataan kelembagaan. Oleh karena itu, penerapannya akan sulit dimulai dan di laksanakan apabila dalam organisasi tersebut belum ada sistematisasi dalam kewenangan, organisasi dan kegiatan. Standar pelayanan terpadu misalnya, akan sulit dilakukan bila masing-masing bagian masih berusaha mempertahankan kekuasaannya.

Berdasarkan penjelasan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, dr. H. M. Safruddin Nurdin, M. Kes, bahwa;

Secara kelembagaan, rumah sakit ini adalah selevel dengan kantor yang dipimpin oleh seorang Kepala Kantor, dengan Jabatan Eselon IIIa. Tetapi di rumah sakit ini dipimpin oleh seorang Direktur yang juga dengan Eselon IIIa. Perlu diketahui bahwa, seorang direktur rumah sakit tidak bertanggungjawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, tetapi langsung kepada Bupati. Jadi kalau dengan Dinas Kesehatan, hanya berfungsi koordinatif saja. Terutama jika terdapat penyakit yang mewabah atau kejadian luar biasa, misalnya wabah demam berdarah atau flu burung maka intensitas koordinasi dengan dinas kesehatan diintensifkan (Wawancara, 17 April 2010).

Penerapan pelayanan publik, dipersyaratkan terjadinya penataan kelembagaan yang sudah jelas dan tepat. Keadaan ini dapat diketahui melalui studi kebijakan yang mengkaji tentang rangkaian kebijakan, distribusi kekuasaan dan tata organisasi. Apabila dalam suatu organisasi belum memiliki penataan kelembagaan yang tepat, maka penerapan

pelayanan akan dilakukan secara bersamaan antara menata kelembagaan dan menyusun standar pelayanannya. Dalam posisi ini pasti diperlukan perubahan kelembagaan yang hanya dapat dilakukan bila didukung oleh kepemimpinan yang berpihak pada standar yang disusun.

Struktur kelembagaan dan pembagian kewenangan dalam bentuk pelaksanaan tugas pokok dan fungsi pada RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng telah disusun dengan sebaik-baiknya dan diatur berdasarkan peraturan daerah. Berdasarkan data yang ada, kelembagaan dimaksud disusun sebagai berikut:

a. Direktur rumah sakit

Direktur rumah sakit mempunyai tugas: memimpin, menyusun, mengkoordinasikan, mengendalikan, membina, dan mengawasi kebijaksanaan serta pelaksanaan tugas rumah sakit umum sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Direktur berfungsi pada: (1) penyelenggara koordinasi semua kebutuhan pelayanan medis, penunjang medis, dan penunjang medis, (2) penyelenggara bimbingan pelaksanaan asuhan, pelayanan keperawatan, sarana dan peralatan keperawatan, etika dan pemulangan pasien, (3) penyelenggaraan urusan ketatausahaan dan keprotokolan, kepegawaian, kerumahtanggaan dan perlengkapannya, (4) pelaksanaan penyusunan

program dan pelaporan rekam medis, hukum, perpustakaan, publikasi, pemasaran sosial dan informasi rumah sakit, (5) penyusunan anggaran, mobilitasi dana, perbendaharaan akuntansi dan vertukas. Sehingga pembagian tugas pokok yang ada di rumah sakit, terbagi habis pada semua bagian-bagian yang ada.

b. Tata Usaha

Tugas dari bagian tata usaha adalah menyelenggarakan kegiatan umum dan kepegawaian perencanaan program dan rekam medis, penyusunan perencanaan anggaran dan pengolahan keuangan, tata laksana hukum, kehumasan, kepustakaan, pengadaan peralatan dan perlengkapan rumah tangga.

Tata usaha berfungsi pada: (1) penyusunan rencana program, pelaporan dan ketatatlaksanaan, (2) penyusunan rancangan peraturan perundang-undangan, (3) penyelesaian kehumasan, (4) pengolaan administrasi kepegawaian, keuangan, pengadaan peralatan dan perlengkapan, dokumen dan perpustakaan, (5) pelaksanaan penyusunan perundang-undangan dan penyelesaian masalah hokum, (6) penyimpan dokumen, analisa dan penyajian data, (7) penyelenggaraan inventarisir barang, (8) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

c. Bagian keuangan

Tugas dari bagian keuangan adalah menyiapkan bahan untuk menyusun anggaran, mengelola keuangan, mobilitasi dan serta menyusun laporan keuangan.

Bagian keuangan berfungsi pada: (1) penyusunan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit, (2) penghimpunan bahan dan penyusunan perubahan anggaran keuangan, (3) pengelolaan anggaran yang berkaitan dengan penerimaan dan pengeluaran keuangan rumah sakit. 4) pengelolaan gaji pegawai dan pemberian hak keuangan pegawai, (5) pengeloalaan dan pergerakan dana yang diperoleh dari pelayanan dan jasa rumah sakit, (6) pelaksanaan vertifikasi laporan keuangan, (7) penyusunan laporan pertanggung jawaban keuangan, (8) pengkajian laporan akuntansi keuangan, dan akuntansi manajemen rumah sakit.

d. Bagian perencanaan program

Bagian perencanaan program bertugas melaksanakan penyusunan program, pelaporan, rekam medis, naskah perundang-undangan dan pelayanan informasi, hibungan masyarakat serta pengelolaan perpustakaan.

Bagian perencanaan program berfungsi pada: (1) penyiapan bahan dan pengolahan data dalam rangka penyusunan program kerja rumah sakit, (2) pengumpulan data kegiatan masing-masing unsur dalam lingkup rumah sakit, (3) penyusunan laporan kegiatan masing-masing unsur dalam lingkup rumah sakit, (4) menghimpun, memelihara, dan menyusun catatan medis

rumah sakit secara sistematis, (5) pelaksanaan kegiatan rekam medis, (6) pengkajian dan penelaahan masalah hukum yang berkaitan dengan rumah sakit, (7) penyusunan dan penyajian berita serta informasi yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, (8) pengolaan dan pelayanan perpustakaan, (9) penyajian informasi rekam medis bagi yang membutuhkan.

e. Bagian umum dan kepegawaian

Bagian umum dan kepegawaian bertugas melaksanakan tugas ketatausahaan, surat menyurat, kearsipan, keprotokolan, administrasi kepegawaian, urusan rumah tangga, dan perlengkapan.

Bagian umum dan kepegawaian berfungsi pada: (1) pengelolaan naskah dinas masuk, pengendalian, dan penyediaan kepada atasan dan kearsipan, (2) pelaksanaan pengarahan dan pendistribusian surat yang turun dari atasan, (3) pengelolaan surat perintah tugas dan surat perintah perjalanan dinas, (4) penyusunan dan pelaksanaan segala bentuk acara yang diselenggarakan oleh rumah sakit, serta penerimaan tamu yang berhak menerima layanan keprotokoleran, (5) penghimpunan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan kepegawaian, (6) Penyusunan dan pemeliharaan data perencanaan serta pengembangan pegawai, (7) penyiapan bahan dan pemrosesan pengangkatan, penempatan dalam jabatan, hukum jabatan, pemindahan, pemberhentian, cuti, bebas tugas, kenaikan gaji berkala, pemberian tanda jasa, dan segala sesuatu yang

berhubungan dengan kepegawaian, (8) penyiapan bahan dan upaya peningkatan disiplin pegawai serta pengurusan kesejahteraan dan kedudukan hukum pegawai, (9) perencanaan dan pengiriman peserta pendidikan / kursus / pelatihan yang berhubungan dengan peningkatan mutu dan keterampilan serta pengembangan karir pegawai, (10) penyediaan tempat dan perlengkapan keperluan rapat dan pertemuan dianas lainnya, (11) pengawasan penggunaan, pemeliharaan, dan pengurusan surat-surat kendaraan bagi semua kendaraan dinas, (12) penyelenggaraan keamanan dan ketertiban lingkungan, (13) pelaksanaan pemeliharaan dan kebersihan ruang kantor serta bangunan lain yang dihuni dan dikelola rumah sakit.

f. Bidang Keperawatan

Bidang keperawatan mempunyai tugas mengkoordinasikan seluruh kegiatan Asuhan dan Pelayanan Keperawatan, kebutuhan tenaga, perlengkapan dan fasilitas keperawatan, pengembangan profesi keperawatan, pengawasan dan pengendalian fasilitas dan kegiatan pelayanan keperawatan.

Bidang keperawatan berfungsi untuk: (1) menyusun rencana kebutuhan tenaga, peralatan kegiatan asuhan dan pelayanan keperawatan, (2) mengkoordinasikan perencanaan kebutuhan tenaga, peralatan kegiatan asuhan dan pelayanan keperawatan, (3) melaksanakan pengawasan dan pengendalian kegiatan pelayanan asuhan keperawatan dan pemanfaatan

peralatan keperawatan, (4) melaksanakan pembinaan dan upaya pengembangan profesi keperawatan, (5) pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh direktur sesuai bidang tugasnya.

g. Bidang Penunjang Medis

Bidang Penunjang medis mempunyai tugas mengkoordinasikan seluruh kegiatan kebutuhan dan kegiatan pelayanan penunjang medis dan penunjang non medis serta melaksanakan pengawasan dan pengendalian penunjang medis dan non medis.

Sedangkan fungsi dari bidang penunjang medis adalah: (1) mengkoordinasikan perencanaan kebutuhan tenaga dan peralatan kegiatan penunjang medis dan non medis, (2) melaksanakan pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas penunjang medis dan non medis. (3) melaksanakan pengawasan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan pelayanan penunjang medis dan non medis, (4) pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh direktur sesuai bidang tugasnya.

h. Bidang pelayanan medis

Bidang pelayanan medis mempunyai tugas mengkoordinasikan kebutuhan dan kegiatan pelayanan rawat, rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, perawatan intensif, bedah sentral, serta melaksanakan pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan.

Adapun fungsi bidang pelayanan medis adalah:

- (1) mengkoordinasikan rencana kebutuhan (tenaga dan peralatan) dan kegiatan dalam rangka pelaksanaan pelayanan medis pada instalasi rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, perawatan intensif dan bedah sentral,
- (2) Pelaksanaan pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas pelayanan medis,
- (3) pelaksanaan pengawasan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan pelayanan medis,
- (4) pengawasan dan pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien,
- (5) pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh direktur sesuai bidang tugasnya.

Dalam pelayanan, tentu saja dengan mudah dapat menuliskan harapan masyarakat di atas dan di dalam buku standar pelayanan namun masalahnya apakah harapan seperti itu bisa dicapai atau tidak. Bila sekedar janji tentu saja pernyataan harapan masyarakat tersebut bisa di tulis, tapi janji yang tidak terpenuhi akan menyebabkan ketidakpuasan masyarakat yang mendalam karena merasa dibohongi.

Untuk memberikan bukti bahwa pernyataan yang ditulis dalam standar pelayanan memang benar, maka harus dirumuskan bagaimana tata pelayanan yang benar benar dapat memberikan mudah (tidak berbelit-belit). Untuk mencapai tujuan tersebut maka diperlukan penataan kedalam agar unit-unit kerja yang terkait dengan penyediaan pelayanan tersebut harus mau menyerahkan kewenangan pengesahannya kepada satu orang ketua pelayanan terpadu. Dengan penyerahan kewenangan tersebut maka

masyarakat yang akan mendapatkan pelayanan akan dilayani langsung oleh satu kewenangan.

Lembaga atau kelembagaan, secara teoritis (North, 1990), mengidentikkannya dengan suatu *rule of the game* yang mengatur tindakan dan menentukan apakah suatu organisasi dapat berjalan secara efisien dan efektif. Dengan demikian, tata kelembagaan dapat menjadi pendorong (*enabling*) pencapaian keberhasilan dan sekaligus juga bila tidak tepat dalam menata maka dapat menjadi penghambat (*constraint*) pencapaian keberhasilan organisasi.

Bromly (1989), menegaskan bahwa analisis terhadap kelembagaan akan menyangkut tidak saja pada aturan main, tetapi menyangkut tiga tingkatan, yaitu:

1. Tingkatan kebijakan.
2. Tingkatan organisasi
3. Tingkatan perilaku (*expected action*)

Kelembagaan yang dimaksud mencakup pengaturan tentang distribusi kewenangan, tata organisasi yang mewadahi kewenangan yang ada, dan "harapan" terhadap perilaku yang diperankan. Dalam pandangan Bromly, dapat dijelaskan bahwa perilaku praktis baik tidaknya ditentukan oleh desain kebijakan dari organisasi.

Dalam perspektif kelembagaan ini, maka pelaksanaan standar pelayanan publik juga merupakan pengembangan kelembagaan atau

"*rule of the game*". Oleh karena itu, penyusunan standar pelayanan publik harus memperhitungkan penataan kewenangan dan tata organisasi.

Tata kewenangan dan organisasi di setiap instansi pemerintah dapat dikatakan sebagai infra struktur dari sistem manajemen pelayanan dan juga standar pelayanan publik. Dengan pemikiran seperti ini maka, apabila penataan kewenangan dan organisasi tidak diatur dengan benar, maka supra struktur di atasnya (manajemen pelayanan dan standar pelayanan publik) juga tidak akan dapat berdiri dan berjalan dengan baik. Penataan kewenangan dan organisasi yang tidak tepat bisa nampak dalam bentuk beberapa hal sebagaimana tabel berikut ini:

Tabel 15. Penataan kewenangan dan organisasi yang tidak tepat

Penataan Kewenangan yang tidak tepat	Penataan Organisasi yang tidak tepat
1. Terjadinya tumpang tindih kewenangan diantara unit unit kerja atau personalia	1. Terjadinya tumpang tindih <i>double function</i> dalam unit kerja yang berbeda
2. Terjadinya konsentrasi kekuasaan dalam satu atau beberapa unit yang tidak dapat dikendalikan oleh unit yang lebih tinggi.	2. Terjadinya ketidakpastian dan ketidakjelasan <i>power position</i>
3. Terjadinya kewenangan yang tidak dapat dilaksanakan karena tidak menjadi prioritas kebutuhan	3. Terjadinya keputusan rangkaian data dan pengambilan keputusan dari satu rantai ke rantai organisasi lainnya.
4. Terjadinya kewenangan semu yang berjalan melampaui kewenangan yang seharusnya.	4. Terjadinya <i>voice</i> dan <i>exit</i> yang tinggi.

Sumber: Pusat Kajian Manajemen LAN, 2009

5. Peraturan Perundangan Terkait

Dalam rangka memberikan jaminan dan kepastian agar penerapan standar pelayanan publik dapat berjalan dengan baik, dibutuhkan sebuah payung kebijakan yang secara formal mengharuskan kepada instansi pemerintah atau unit-unit pelayanan publik untuk menyusun dan menerapkan standar pelayanan, mendukung pembiayaan, mendukung pemberdayaan SDM dan penataan kelembagaan.

Berdasarkan pengamatan peneliti, di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng dalam menerapkan pelayanan kepada masyarakat, tetap mengacu kepada peraturan dan perundang-undangan yang ada. Hal ini dilaksanakan dalam rangka agar dapat mewujudkan pelayanan publik yang berkualitas kepada masyarakat. Pedoman dan tatalaksana pelayanan umum menjadi acuan bagi instansi penyelenggara pelayanan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Berbagai kebijakan yang menjadi pedoman dan tatalaksana pelayanan umum tersebut, telah beberapa kali mengalami penyempurnaan, terakhir melalui Keputusan MENPAN No.63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik. Kebijakan ini juga didukung dan ditindaklanjuti dengan penetapan Surat Men.PAN Nomor 148/M.PAN/5/2003, perihal Pedoman Umum Penanganan Pengaduan Masyarakat, kemudian Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor:

KEP/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah, Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: KEP/26/M.PAN/2/2004, tentang Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik, dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: 20/M.PAN/2006, tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Publik.

Selanjutnya dalam konteks pelayanan di daerah, Undang-Undang No. 32 Tahun 2004, tentang Pemerintahan Daerah, khususnya Pasal 22 butir (e,f) yang mengamanatkan bahwa dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban: (e) meningkatkan pelayanan dasar pendidikan; dan (f) menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan. Selanjutnya Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah Kabupaten/Kota berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan dan nilai (*benchmark*), yang kemudian ditindaklanjuti dengan Permendagri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal.

Dalam Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 telah mengatur tentang pelayanan publik. Dalam undang-undang ini disebutkan dalam pasal 16 ayat (1) dan (2) yang berbunyi:

1. Penyelenggara wajib menyusun dan menetapkan standar pelayanan sesuai dengan sifat, jenis dan karakteristik layanan yang diselenggarakan dengan memperhatikan lingkungan, kepentingan dan masukan dari masyarakat dan pihak terkait.
2. Penyelenggara wajib menerapkan standar pelayanan sebagaimana dimaksud ayat (1).

Penjabaran untuk undang-undang tersebut bagi instansi pemerintah pusat dapat berupa Peraturan/ Keputusan Menteri dan Kepala LPND. Sedangkan pada pemerintah daerah, dapat berupa Peraturan Daerah (Perda) maupun Peraturan/ Keputusan Kepala Daerah dan disusun bersama-sama dengan masyarakat sebagai pengguna layanan. Dengan memperhatikan berbagai faktor penentu keberhasilan; kepemimpinan, budaya pelayanan, sumberdaya manusia dan keuangan serta kelembagaan instansi penyedia pelayanan, diharapkan penyusunan dan penerapan standar pelayanan dapat terlaksana dengan lebih baik dan lebih mudah dilakukan oleh unit penyelenggara pelayanan publik.

Dalam penelitian ini, yang menjadi salah satu indikator pelayanan publik adalah penerapan asas-asas pelayanan publik, prinsip-prinsip yang digunakan dan standar pelayanan yang diberikan. Berdasarkan hasil penelitian ini asas umum pelayanan publik aparat pemerintahan pada Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, telah diterapkan, terutama mencakup: (1) asas kepastian hukum

(*Principle of Legal Security*), (2) asas keseimbangan (*Principle of Proportionality*), (3) asas kesamaan dalam mengambil keputusan (*Principle of Equality*), (4) asas bertindak cermat (*Principle of Carefulness*), (5) asas motivasi untuk setiap keputusan (*Principle of Motivation*), (6) asas tidak mencampuradukkan kewenangan (*Principle of non misuse of competence*) yang bisa juga berarti Asas tidak menyalahgunakan kekuasaan, (7) asas permainan yang layak (*Principle of Fair play*), (8) asas keadilan dan kewajaran (*Principle of Reasonable or Prohibition of Arbitrariness*), (9) asas menanggapi penghargaan yang wajar (*Principle of Meeting Raised Expectation*) atau bisa juga berarti Asas pemenuhan aspirasi dan harapan yang diajukan, (10) asas meniadakan akibat suatu keputusan yang batal (*Principle of Undoing the Consequencies of Annuled Decision*), k) Asas perlindungan atas pandangan/cara hidup pribadi (*Principle of Protecting the Personal Way of Life*), (11) asas kebijaksanaan (*Sapientia*), dan (12) asas penyelenggaraan kepentingan umum (*Principle of Public Service*).

Pengakuan seorang mantan pasien di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng, sekaligus sebagai informan penelitian ini yang bernama Sahabuddin, menyatakan bahwa;

Kalau saya perhatikan kondisi pelayanan dokter di rumah sakit ini, antara sekarang dengan beberapa tahun yang lalu, memang adaji perbedaannya. Bayangkan maki saja, dulu itu banyak keluarga pasien yang membawa peralatan-peralatan dapurnya di sini, misalnya kompor minyak, piring, dan perlengkapan masaknya dari rumah. Pokoknya rumah sakit ini kayak rumah kos-kosan. Tetapi sekarang sudah mulaimi baik saya liat (Wawancara, 17 Maret 2010).

Sedangkan mencakup prinsip pelayanan pada Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, penyelenggaraannya tetap memenuhi beberapa prinsip sebagai berikut: (1) kesederhanaan, dimana prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan, (2) kejelasan, dimana kejelasan ini mencakup kejelasan dalam hal prasyarat teknis dan administratif pelayanan publik; Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan/sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik; dan Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran, (3) kepastian waktu, dimana pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan, (4) akurasi, dimana produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat, dan sah, (5) keamanan, dimana proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum, (6) tanggung jawab, dimana pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan/ persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik, (7) kelengkapan sarana dan prasarana, dimana tersedianya sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi telekomunikasi dan informatika (telematika), (8) kemudahan akses, dimana tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan memanfaatkan teknologi

telekomunikasi dan informatika, (9) kedisiplinan, kesopanan dan keramahan, dimana pemberian pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas, (10) kenyamanan, dimana lingkungan pelayanan tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi, lingkungan yang indah dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan, seperti parkir, toilet, tempat ibadah dan lain-lain.

Pengakuan seorang tokoh masyarakat, mantan pasien, yang juga pemerhati pelayanan kesehatan di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng, sekaligus sebagai informan penelitian ini yang bernama Nurfajri, menyatakan bahwa;

Sebenarnya banyak hal-hal positif yang bisa didapatkan dengan keikutsertaan rumah sakit Anwar Makkatutu ini yang ditunjuk sebagai salah satu rumah sakit yang mengikuti akreditasi rumah sakit. Coba kita perhatikan, papan petunjuk ada dimana-mana, papan informasi sudah terpasang di tempat-tempat yang mudah dilihat oleh pelanggan rumah sakit, papan informasi tentang hak dan kewajiban pasien juga sudah ada, bahkan tarif rumah sakit dan kotak saranpun sudah ada. Jadi saya kira terobosan-terobosan yang sudah dilakukan oleh pimpinan rumah sakit, dokter dan para medis perlu dipertahankan (Wawancara, 10 April 2010).

Menyangkut standar pelayanan publik, pada Rumah sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng sebagai penyelenggaraan pelayanan publik juga telah memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan yang dibuat juga telah sesuai ukuran yang

dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan berdasar pada keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2003, standar pelayanan yang meliputi: (1) prosedur Pelayanan, dimana prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan, (2) waktu penyelesaian, dimana waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan, (3) biaya pelayanan, dimana biaya/ tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan, (4) produk pelayanan, dimana hasil pelayanan akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan, (5) sarana dan prasarana, dimana penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik, (6) kompetensi petugas pemberi pelayanan, kompetensi petugas pemberi pelayanan telah ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap, dan perilaku yang dibutuhkan.

Ruang lingkup standar pelayanan publik, sebagaimana dituangkan dalam buku yang diterbitkan LAN tahun 2003 mencakup sekurang-kurangnya: (1) nama jenis pelayanan, (2) visi dan misi pelayanan, (3) prosedur pelayanan, (4) persyaratan pelayanan, (5) waktu pelayanan, (6) biaya/tarif pelayanan serta (7) mekanisme pengelolaan pengaduan pelayanan. Sedangkan dalam Permenpan Nomor 20 tahun 2006 disebutkan bahwa ruang lingkup atau komponen

yang harus ada dalam standar pelayanan adalah: (1) jenis pelayanan; (2) dasar hukum pelayanan, (3) persyaratan Pelayanan, (4) prosedur pelayanan, (5) waktu penyelesaian pelayanan, (6) biaya pelayanan, (7) produk pelayanan, (8) sarana dan prasarana pelayanan serta (9) mekanisme pengaduan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bagian sebelumnya, maka dapat dirumuskan beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penerapan kode etik kedokteran oleh dokter sebagai seorang aparatur birokrasi pemerintahan yang menerapkan etika dalam pelayanan publik di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, telah konsisten mengamalkan kode etik dokter; baik menyangkut kewajiban umumnya sebagai dokter, telah menerapkan pula perilaku yang baik terhadap penderita, teman sejawat, maupun kepada dirinya sendiri.
2. Faktor-faktor pendukung penerapan kode etik kedokteran dalam pemberian pelayanan publik di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, adalah; *kepemimpinan*, terutama disebabkan karena aparatur pemerintah yang bekerja telah tertuju dan fokus pada titik sentral kegiatan kelompok, terciptanya seni menciptakan kesesuaian paham, telah terjalin hubungan yang harmonis antar kekuatan, dan telah dianggap sebagai sarana pencapaian tujuan; *budaya pelayanan*;

dimana aparatur pemerintah yang bekerja telah memiliki orientasi pada pelayanan, telah memiliki persepsi pelayanan, dan dijadikan sebagai pola hidup atau kebiasaan-kebiasaan, bahkan telah berusaha dijadikan sebagai gaya hidup; *sumber daya*, karena telah memiliki sumber daya manusia yang cukup handal, faktor pembiayaan yang tertib anggaran, sarana dan prasarana yang difungsikan secara maksimal, dan dukungan teknologi informasi; *kelembagaan*, telah tercipta distribusi kewenangan, dengan tata organisasi yang memadai, serta berusaha konsisten dengan penerapan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

B. Saran

Berdasarkan pembahasan dan rumusan kesimpulan yang diutarakan sebelumnya, maka penelitian ini menyarankan beberapa hal yang terkait sebagai berikut:

1. Etika aparatur birokrasi pemerintahan dapat dioperasionalkan dalam bentuk kode etik aparatur, yang berlaku untuk seluruh jajaran aparatur birokrasi pemerintahan. Kode etik aparatur yang berlaku spesifik saat ini baru berlaku pada kode etik aparatur yang bekerja pada instansi-instansi tertentu, yaitu aparatur pemerintah yang menjalankan tugas-tugas fungsional, seperti untuk profesi

dokter dengan kode etik dokternya. Peneliti menyarankan agar semua profesi aparatur birokrasi pemerintahan segera membuat kode etik, yang tentu disesuaikan dengan karakteristik bidang tugas pokok dan fungsinya masing-masing. Kode etik aparatur birokrasi pemerintahan yang tertuang dalam Panca Prasetya KORPRI dan yang tertuang dalam Daftar Penilaian Pekerjaan Pegawai (DP3), masih terkesan abstrak dan cenderung subyektif. Seyogyanya, kode etik yang disusun tersebut berisi ungkapan yang sistematis, operasional, terukur, dan mudah dipahami. Sehingga Kode etik dapat dijadikan sarana untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi.

2. Bagi aparatur pemerintahan yang bekerja secara fungsional, dalam menjalankan profesinya seperti bidang kedokteran, dimana dengan kode etik tersebut mengharuskan mereka bekerja berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) atau Prosedur Tetap, sehingga secara kasak mata cenderung akan menimbulkan penilaian subyektif bagi pasien dan keluarganya, maka dalam pemberian pelayanan perlu tetap memperhatikan kondisi psikologis pasien dan psikososial publik yang dilayani, untuk menghindari hal-hal tidak diinginkan dan mengatasi konflik yang mungkin saja terjadi.

3. Faktor pendukung pelayanan publik dalam penerapan etika aparatur birokrasi pemerintahan dalam bentuk kode etik kedokteran di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkattu Kabupaten Bantaeng diantaranya adalah; *kepemimpinan*, dalam hal ini lebih menekankan kekuatan dari individu pemimpin itu sendiri, sehingga diharapkan apabila seorang pemimpin berhadapan dengan sumberdaya yang serba terbatas, maka perhatian lebih, suri tauladan dan komitmen yang kuat sangat diperlukan; *budaya pelayanan*, disamping budaya pelayanan yang harus diciptakan pada internal organisasi, budaya pelayanan juga harus mengantisipasi kebiasaan yang tidak produktif dari luar organisasi seperti kebiasaan-kebiasaan yang terjadi di dalam masyarakat dimana organisasi tersebut berada, oleh karena itu pelayanan yang baik, termasuk etika, sikap dan perilaku pemberi layanan, harus dibangun dan dikembangkan berlandaskan kebijakan yang dirumuskan secara jelas oleh organisasi penyelenggara pelayanan publik; *sumberdaya*, baik sumber daya manusia (SDM) pelayanan harus dapat menyesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan publik yang dilayani, termasuk pembiayaan tidak dapat dipungkiri akan sangat mempengaruhi berhasil/tidaknya pemberian pelayanan, maka pemimpin harus bisa menyiasati keterbatasan pembiayaan

yang ada, termasuk juga ketersediaan sarana dan prasarana harus dapat diupayakan keberadaannya dengan strategi-strategi khusus jika memungkinkan, dan sumberdaya dari dukungan Teknologi Informasi sangat diperlukan dalam pemberian pelayanan, tentu dengan berupaya mengikuti perkembangannya; *peraturan perundang-undangan yang berlaku*, agar dapat bekerja berdasarkan kaidah-kaidah yang ada sekaligus harus menjadi pegangan atau dijadikan pedoman dan tatalaksana pelayanan umum sekaligus menjadi acuan bagi instansi penyelenggara pelayanan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat; *kelembagaan instansi penyedia pelayanan*, dalam kaitan ini juga penetapan standar pelayanan yang akan menuntun kegiatan pelayanan yang ada tetap mesti dikedepankan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdi. 2001. *Studi Manajemen Konflik di SMK Negeri 5 Makassar*. Tesis tidak diterbitkan. Makassar: PPs Universitas Negeri Makassar.
- Adair, John. 1989. *Great Leader*. Talbot Adair Press. Guildford.
- Adler, Mortimer, Jerome. 1981. *Six Great Ideas*. New York : MacMillan.
- Agustian Ary Ginanjar. 2001. *Rahasia Sukses Membangun Kecerdasan Emosi (ESQ) Emotional Spritual Quotion*. Jakarta: Arga.
- Albrecht, Karl dan L.J. Bradford. 1990. *The Service Adventage : How to Identify and Fulfill Costumer Needs*. Homewood, Illionis: Dow Jones-Irwin.
- Albrow Martin. 1989. *Birokrasi*. (Alih Bahasa; M. Rusli Karim dan Totok Daryanto). Yogyakarta: PT Tiara Wacana Yogya.
- Ali Faried. 2006. *Filsafat Administrasi*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Al-Jazairi, Syekh Abu Bakar. 2003. *Mengenal Etika dan Akhlak Islam*. Lentera: Jakarta.
- Anthony, W.P., Parrewe, P. L., dan Kacmar, K.M. 1999. *Strategic Human Resource Management*. Second Edition. Orlando: Harcourt Brace and Company.
- Arifin. 2009. *Kode etik profesi*. Online. ([http:// docs. google. com/ viewer? a=v&q = cache: kG3Yd8ML488J:dosen.stiki.ac.id/arifin](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:kG3Yd8ML488J:dosen.stiki.ac.id/arifin)). Diakses tanggal 01 April 2010.
- Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Perndekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ash-Shadr Bagir Mohammad. 1973. *Falsafatuna* (Penerjemah; Muhammad Nur Mufid). Jakarta: Mizan.
- Ayatrohaedi. 1986. *Kepribadian Budaya Bangsa*. Online. ([http:// journal. lib. unair. ac. id/ index. php/ sosiosains/ article/ view/ 1628/ 1584](http://journal.lib.unair.ac.id/index.php/sosiosains/article/view/1628/1584)). Diakses tanggal 17 Juli 2008

- Bass, B. M. 1990a. *Bass and Stogdill's Handbook of Leadership*. New York: Free Press.
- Bass, B. M. 1990b. "From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision. Organizational Dynamics". Dalam Steers, R.M., Porter, L.W., dan Bigley, G. A. (Eds.). 1996. *Motivation and Leadership at Work*. (6th ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.
- Bass, B. M., dan Avolio, B. J. 1994. *Improving Organizational Effectiveness Through Transformational Leadership*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Bass, B. M. 1997. Does the Transactional-Transformational Leadership Paradigm Transcend Organizational and National Boundaries? *Journal American Psychologist*, 52, 130-139.
- Beck Robert N. 1967. *Perspectives in Social Philosophy; Readings in Philosophic Sources of Social Thought*. USA. Holt, Richart and Winston, Inc.
- Beetham David. 1990. *Birokrasi*. (Diterjemahkan oleh; Sahat Simamora). Jakarta : PT Bumi Aksara.
- Beilharz Peter. 2005. *Teori-Teori Sosial; Obervasi Kritis Terhadap Para Filosof Termuka*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bertens, K. 2007. *Etika*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Bioner, S dan Kellner, D. 1989. *Critical Theory and Society; A Reader*. London: Routledge.
- Blau, Peter.M dan Meyer, Marshall.W. 2000. *Birokrasi Dalam Masyarakat Modern*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya.
- Bromley, Piter. 1989. *the Rule of the Leaderships and Culture in Creating Canada's Most Successful Organization*. Canada: First Light PMW, Inc.
- Burke Piter. 2003. *Sejarah dan Teori Sosial*. Alih Bahasa; Mestika Zed & Zulfami. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.

- Campbell, Tom. 1994. *Tujuh Teori Sosial; Sketsa, Penilaian, Perbandingan*. Yogyakarta: Kanisius.
- Coser A Lewis. 1956. *The Functions of Social Conflict*. New York: The Free Press.
- Craib Ian. 1994. *Teori-Teori Sosial Modern; dari Parsons sampai Habermas, terjemahan Raul, S. Baut, T. Effendi*. Jakarta: PT Raja Grafindo.
- Dawn M. Baskerville. May 1993. *How Do You Manage Conflict?*. Black Enterprise. Evert Van De Vliert (University of Groningen) and Boris Kabanoff (University of New South Wales). March 1990. *Toward Theory-Based Measures Of Conflict Management*. Academy of Management Journal. Laurence Prusak, Don Cohen. June 2001. How to Invest in Social Capital.
- Depdiknas. 2001. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka
- Denhrdt, Janet Vand Robert B. Denhardt. 2007. *New Public Service: Serving, Not Steering*. London. M.E. Sharpe.
- Douglas P. C, Ronald A. Davidson dan B. N Shwartz. 2001. "The Effect of Organizational Cultuter and Ethical Orientation on Accountants Ethical Judgements", *Journal of Business Ethics* 34.
- Douglas, Paul H. 1953. *Ethics in Goverment*. Harvard University Press. Massachusetts.
- Dwiyanto, Agus. 2006. *Mewujudkan Good Governance melalui Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- _____ . 2007. *Teladan dan Tantangan: Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan dan Otonomi Daerah*. Yogyakarta: PSKK UGM.
- Edward, de Bono. 1996. *Buku Tentang Kearifan* (Penerjemah. Toni Rinaldo). Jakarta : PT. Delapratasa.
- Epping, A. Stockum, C dan S. F. Juntak. 1983. *Filsafat Ensie*. Bandung: Jemmars.

- Falah, Syaikhul. 2006. "Pengaruh Budaya Etis Organisasi Dan Orientasi Etika Terhadap Sensitivitas Etika; Studi Empiris Tentang Pemeriksa Internal Bawasda". *Jurnal Universitas Cenderawasih*. Online. (<https://info.perbanasinstitute.ac.id/pdf/AMKP/AMKP11.pdf>). Diakses tanggal 20 Maret 2009.
- Fernanda, Desi. 2003. *Etika Organisasi Pemerintah*. Jakarta: Lembaga Administrasi Negara.
- Finn, D.W., L.B Chonko, and J.D Hunt. 1988. "Ethical Problem in Public Accounting: The View from The Top". *Journal of Bussiness Ethics*, 7.
- Forte Almerinda. 2004, "Antecedents of Managers Moral Reasoning", *Journal of Business Ethics* 51.
- Frederickson H George and Smith Kevin B. 1984. *The Public Administration*. United States of America. Westview Press.
- Garna, Judistira, K. 1992. *Teori-teori Perubahan Sosial*. Bandung: PPs Universitas Padjadjaran
- Geuras, Dean dan Garofalo, Charles. 2005. *Practical Ethics in Public Administration*. (second edition). Vienna, Virginia: Library of Congress Cattaloking-in-Publication Data.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., dan Donnely, J. H. Jr. 2000. *Organizations: Behavior, Structure, Processes*. Tenth Edition. Singapore: McGraw-Hill.
-
- _____. 1996. *Organisasi; Perilaku-Struktur-Proses*. (Alih Bahasa; Ir. Nunuk Adiarni, MM). Jakarta: Bina Aksara.
- Ghulsyani, Mahdi. 1991. *Filsafat Sains Menurut Al-quran* (Penerjemah. Agus Effendi). Jakarta : Mizan.
- Hanafiah, M Yusuf dan Amri, Amir. 1999. *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Harian Fajar Edisi 4 Februari 2007. *Bangsa Ini Kehilangan Rasa Malu (wawancara dengan Prof. Dr. Jalaluddin Rakhmat)*. Makassar : Fajar.

_____ Edisi 24 Maret 2009. *Siapa Mengapa; Sering Menyamar sebagai Pasien*. Makassar: Fajar Nomor: 173 Tahun ke-28.

_____ Edisi 07 April 2009. *Pelayanan Publik Pemerintah Masih Kurang* (Gambaran Umum Survei Publik Otonomi Award 2009 di Sulawesi Selatan). Makassar: Fajar Nomor; 187 Tahun ke-28.

Harsey, Paul dan Blanchard, Kenneth H. 1984. *Management of Organization Behaviour, Utilizing Human Resources*. Englewood Cliffs, New Jersey. USA.

Hasniati. 2008. *Perilaku Pelayanan Garis-Depan (Studi tentang Interaksi Birokrat Kepolisian dengan Warga Masyarakat dalam Pelayanan Surat Izin Mengemudi di Kota Makassar)*. Disertasi tidak diterbitkan. Malang: Program Doktor Ilmu Administrasi PPs Brawijaya Malang.

Hosmer, La True Tone. 1987. *The Ethics of Management*. Homewood: Illionis, Irwin.

Howell, J. M., dan Hall-Merenda, K. E. 1999. The Ties That Bind: The Impact of Leader-Member Exchange, Transformational and Transactional Leadership, and Distance on Predicting Follower Performance. *Journal of Applied Psychology*, 84, 680-694.

Hughes, O.E. 1994. *Public management and Administration*. New York: St.martin's Press Inc.

Hunt, S. D dan Vitell. 1986. "A General Theory of Marketing Ethics". *Journal of Macromarketing* 6 (Spring).

Ibrahim, Amin. 2008. *Pokok-pokok Administrasi Publik dan Implementasinya*. Bandung: PT Refika Aditama.

Indrawijaya, Adam. 1986. *Perilaku Organisasi*. Bandung: Sinar Baru.

Instruksi Presiden RI No 1/1995 tentang Perbaikan dan Peningkatan Mutu Pelayanan Aparatur kepada Masyarakat.

Islamy, Muh.Irfan. 1998. *Agenda Kebijakan Reformasi Administrasi Negara*. Malang: Fakultas Ilmu Administrasi-Universitas Brawijaya.

- Ismani, Nila. 2001. *Etika Keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Johan, Bahder. 2005. *Hukum Kesehatan; Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Johnson, Doyle, Paul. 1990. *Teori Sosiologi Klasik dan Modern*. Jilid 2. (Penerjemah. Robert M. Z. Lawang). Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Johnson, Terence.J. 1991. *Profesi Dan Kekuasaan: Merosotnya Peran Kaum Profesional dalam Masyarakat*. Jakarta: Pustaka Utama Grafiti.
- Kartasapoetra, G dan L, J, B, Kreimers. 1987. *Sosiologi Umum*. Jakarta: PT. Bina Aksara.
- Kartasasmita, Ginanjar, 1995. *Pembangunan Menuju Bangsa Yang Maju Dan Mandiri*. Yogyakarta: Pidato Ilmiah penerimaan gelar Dr.HC dalam Ilmu Administrasi Pembangunan dari Universitas Gajah Mada. 15 April 1995.
- Kartono, Kartini. 1994. *Pemimpin dan Kepemimpinan*. Jakarta: Rajawali.
- Kattsoff, O, Louis. 1991. *Pengantar Filsafat*. (Alih bahasa oleh Soejono Soemargono). Yogyakarta: Tiara Wacana.
- Keban T, Yeremias. 2004. *Enam Dimensi Strategi Administrasi Publik; Konsep, Teori dan Isu*. Yogyakarta: Gaya Media.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor: 1445/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota.*
- Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor: 1202/MENKES/SK/VIII/2003 Tentang Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/ Kota Sehat.*
- Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor: 228/MENKES/SK/III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Rumah Sakit yang Wajib dilaksanakan Daerah.*

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI, Nomor: KEP/25/M.PAN/2/2004 Tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Pemerintah.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI, Nomor: KEP/26/M.PAN/2/2004 Tentang Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI, Nomor: 118 Tahun 2004 Tentang Penanganan Pengaduan Masyarakat.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI, Nomor: 119 Tahun 2004 Tentang Pemberian Tanda Penghargaan "Citra Pelayanan Prima".

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI, Nomor: 06 Tahun 1995 Tentang Pedoman Penganugerahan Penghargaan Abdisatyabhakti bagi Unit Kerja/ Kantor Pelayanan Percontohan.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI, Nomor: 63 Tahun 2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI, Nomor: 25/KEP/M.PAN/4/2002 tanggal 25 April 2002 Tentang Pedoman Pengembangan Budaya Kerja Aparatur Negara.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI, Nomor: 81 Tahun 1993 Tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: 90/MENPAN/1989 tentang Delapan Program Strategis Pemicu Pendayagunaan Administrasi Negara.

Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara Bekerjasama dengan GTZ. 2004. *Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik*. Online. ([URL:// http://www.goodgovernance.or.id/sfgg/ Guidbook/ book about id.htm](http://www.goodgovernance.or.id/sfgg/Guidbook/book%20about%20id.htm)). Diakses tanggal 12 Mei 2005.

Khomsiyah dan Nur Indriantoro. 1998. "Pengaruh Orientasi Etika terhadap Komitmen dan Sensitivitas Etika Auditor Pemerintah di DKI Jakarta". *Jurnal Riset Akuntansi Indonesia*. vol.1 Januari.

- King Cheryl Simrell and Camilla Stivers. 1998. *Government is us: public administration in an anti-governmentera*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Koontz, H, O'Donnel, C, and Weihrich, H. 1984. *Management*. 8th Edition. Maidenhead. McGraw Hill.
- Kotter, J. P. 1990. What Leaders Really Do. Harvard Business Review, May-June, 103-113. Dalam Steers, R.M., Porter, L.W., dan Bigley, G. A. (Eds.). 1996. *Motivation and Leadership at Work. Sixth Edition*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Kumorotomo, Wahyudi. 2005. *Etika Administrasi Negara*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Lacey, A, R. 1976. *A Dictionary of Philosophy*. Routledge & Kegan Paul: London.
- Lewis, R.C. and B.H. Booms. 1983. The Marketing Aspects of Service Quality. In Berry, L.L.,G Shosthach, and G.Upah (eds). *Emerging Perspectives in Service Marketing*. Chicago: American Marketing Association.
- Little John H. 1998. *Thinking government: bringing democratic awareness to public administration* . Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Lovelock, C.H. 1994. *Product Plus: How Product+ Service= Competitive Advantage*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Luthans, Fred. 1995. *Organizational Behavior* (7th ed). Singapore: McGraw-Hill.
- Magnis, Suseno, Franz. 1998. *13 Model Pendekatan Etika*. Yogyakarta: Kanisius.
- _____ . 1987. *Etika Politik*. Jakarta: Gramedia.
- Makmur H. 2007. *Patologi serta Terapinya dalam Ilmu Administrasi dan Organisasi*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Mardiasmo. 1990. *Metode Penelitian Suatu Pendekatan Proposal*. Jakarta: Bumi Aksara.

- Maulidy, Ardy, Navastara. *Defenisi dan Teori-teori Konflik*. Online. (<http://jepits.wordpress.com/2007/12/19/manajemen-konflik-definisi-dan-teori-teori-konflik>). Diakses tanggal 11 Pebruari 2010.
- Milees, Mathew, B dan Michael, A, Huberman. 1992. *Analisis Data Kualitatif*, Jakarta: UI Press.
- Mitchell F, Rice. 1996. *Diversity and Public Organizations*. United State of America. Kendall/ Hunt Publishing Company.
- M, Kamil, Kozan. 2002. *Subcultures and Conflict Management Style*. Management International Review.
- Mohtar. 2009. *Kode etik, Profesi, dan Profesionalisme*. Online. ([http:// docs.google.com/ viewer?a=v&q=cache: OCEbgb_43Y0J: mohtar. staff.uns. ac. id/ files](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:OCEbgb_43Y0J:mohtar.staff.uns.ac.id/files)). Diakses tanggal 01 April 2010.
- Moleong, J. Lexy. 2005. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Moorhead, G., dan Griffin, R. W. 1995. *Organizational Behavior: Managing People and Organization*. Fourth Edition. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Mudhofir, Ali. 1998. *Kamus Teori dan Aliran Dalam Filsafat*. Yogyakarta: Liberty.
- Muhadjir, Noeng. 2001. *Filsafat Ilmu; Positivisme, Postpositivisme dan Postmodernisme*. Yogyakarta: Rakesorasin.
- Nani. 2008. *Etika Profesi dan Protokoler*. Online. ([http:// etika profesi dan protokoler.blogspot.com/2008/03/kode-etik-profesi.html](http://etika.profesi.dan.protokoler.blogspot.com/2008/03/kode-etik-profesi.html)). Diakses tanggal 01 April 2010.
- Newstrom, John W dan David, Keith. 1999. *Leader and the Leadership Process, Reading, Self Assesment and Application*. Mc Graw Hill College: New York.
- Nicholas, Henry. 2004. *Public Administration & Public Affairs: Ninth Edition*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- Noe, Hollenbeck, Gerhart, Wright. 2000. *Human Resource Management: Gaining a Competitive Advantage*. International Edition.. Third Edition. McGraw-Hill Companies. Inc.
- Ohoitumur Yong. 1997. *Teori Etika tentang Hukum Legal*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Osborne, David dan Ted Gaebler. 1992. *Reinventing Government: How The Entrepreneurial Spirit is Transforming The Public Sector*. New York: A Plume Book.
- _____.1999. *Mewirauahakan Birokrasi – Reinventing Government*. Jakarta: PT Pustaka Binaman Pressindo.
- Painter, Chris. 1994. *Public Service Reform: Reinventing or Abonding Government?*. dalam *The Political Quartely*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Parasuraman, A. Zeithamal, and L. L. Berry. 1985. "A Conseptual Model of Service Quality and Its Aplication for Future Research. *Journal of Marketing*. Vol.49.
- Parson, Wayne. 2005. *Public Policy. Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta: Prenada Media.
- Pawar, B. S., dan Eastman, K. K. 1997. The Nature and Implications of Contextual Influences on Transformational Leadership: A Conceptual Examination. *Academy of Management Review*, 22, 80-109.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal.*
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: PER/21/M.PAN11/2008 tentang Pedoman Penyusunan SOP Administrasi Pemerintahan.*
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 20 Tahun 2006 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan.*
- Prakoso, Djoko & I. Ketut Mustika. 1987. *Pembinaan Pegawai Negeri Sipil*. Jakarta: Bina Aksara.

- Pusat Kajian Manajemen Pelayanan, Deputi II Bidang Kajian Manajemen dan Pelayanan Lembaga Administrasi Negara. 2009. *Standar Pelayanan Publik (Langkah-langkah Penyusunan)*. Edisi Revisi. Jakarta: LAN.
- Ratminto & Atik Septik Winarsih. 2006. *Manajemen Pelayanan; Pengembangan Model konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rawls, John. 1971. *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvad University Press.
- Rebecca Sisco. February 1993. *What To Teach Team Leaders*. Richard Davis. 1998. *Exploding the myths of high performance teams*. Buckingham. UK: Vanguard Consulting Ltd.
- Robbins, Stephen P. 1994. *Teori Organisasi: Struktur, Desain dan Aplikasi*, (Alih Bahasa Jusuf Udaya). Jakarta : Arcan.
- _____. 1996. *Organizational Behavioral*. Seventh Edition. Englewood Cliff. Prentice Hall, Inc
- Ritzer Goerge dan Goodman, J, Doegles. 2005. *Teori Sosiologi Modern; Alih bahasa oleh Alimandan*. Jakarta: Prenada Media.
- Salim, R, S. 2001. *Sejarah Etika Kedokteran Indonesia*. Hasil Mukernas Etika Kedokteran. Jakarta: April 2001
- Salusu, J. 1996. *Pengambilan Keputusan Strategi; untuk Organisasi Publik dan Organisasi Nonprofit*. Jakarta: Grasindo.
- Santoso, Priyo Budi. 1993. *Birokrasi Pemerintah Orde Baru, Perspektif Kultural dan Struktural*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Senge, Peter. 1999. "Leadership in Living Organizations", dalam Frances Hesselbein, Marshall Goldsmith, dan lain Somerville (Eds). *Leading Beyond the Walls*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher. Hlm 73-54.
- Shaub, Michael K., and Don W.Finn. 1993. "The Effect of Auditor's Ethical Orientation on Commitment and Ethical Sensitivity". *Behavioral Research in Accounting*. Vol.5.
- Siagian, P, Sondang. 1994. *Patologi Birokrasi: Analisis, Identifikasi, dan Terapinya*. Jakarta: Ghalia Indonesia.

- Simorangkir, O.P. 1984. *Etika Jabatan*. Aksara Persada Press.
- Solomon, Robert, C. 1987. *Etika: Suatu Pengantar*. Jakarta: Erlangga.
- Stogdill, R.M. 1974. *Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research*. The Free Press. New York.
- Stonner, J. A,F, Freeman, R.E, dan Gilbert. 1989. *Management*. Prentice Hall, Inc: New Jersey.
- Sudana, I Wayan. *Lemahnya Etika Pelayanan Publik*. Online. ([http:// www.balipost.co.id/ balipostcetak](http://www.balipost.co.id/balipostcetak)). Diakses tanggal 22 Agustus 2009.
- Sugiyono. 2005. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhaemi, Mimin, Emi. 2003. *Etika Perawatan; Aplikasi pada Praktek*. Jakarta: EGC.
- Sunoto. 1985. *Filsafat Sosial dan Politik Pancasila*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Supriadi, Gering. 2001. *Modul Diklat Prajabatan Golongan III ; Etika Birokrasi*. Jakarta : LANRI.
- Surat Edaran Mendagri Nomor: 100/757/OTDA tanggal 8 Juli 2002 tentang Pelaksanaan Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal*.
- Suriasumantri, Jujun, S. 1996. *Filsafat Umum ; Sebuah Pengantar Populer*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Surie, H, G. 1978. *Ilmu Administrasi Negara*. Jakarta: Gramedia
- Suryono, Agus. *Pentingnya Manajemen Birokrasi Profesional Untuk Mengatasi Kemunduran Birokrasi Dalam Pelayanan Publik*. Online. ([http:// publik.brawijaya.ac.id/ simple/ us/ jurnal/ pdf/ 4Pentingnya%20 Manajemen%20 Birokrasi%20 Profesional%20 untuk%20 Mengatas. pdf](http://publik.brawijaya.ac.id/simple/us/jurnal/pdf/4Pentingnya%20Manajemen%20Birokrasi%20Profesional%20untuk%20Mengatas.pdf)). Diakses tanggal 17 April 2008.
- Syafiie, Kencana, Inu. 2006. *Ilmu Administrasi Publik*. Turner, Jakarta: PT Rineka Cipta.

- S Bryan. 2000. *Teori-Teori Sosial Modernitas Posmodernitas* (terj. Imam Baehaqi dan Ahmad Baidlowi). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Tafsir Ahmad. 2005. *Filsafat Umum; Akal dan Hati sejak Thales sampai Capra*. Bandung: Remaja Pordakarya.
- Teichman Jenny. 1998. *Etika Sosial*. Yogyakarta: Kanisius.
- Thoha Miftah. 1998. *Perilaku Organisasi: Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- _____. 2008. *Ilmu Administrasi Publik Kontemporer*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- The Liang Gie, 1986, *Etika Administrasi Pemerintahan*. Karunika. Jakarta: Universitas Terbuka
- Thompson, Herbert, A Simon Victor and Smithburg Donald. *Public Administration*. United State of America: Transaction.
- Timpe, A, Dale. 1999. *The Arts and Science of Businnes Management Leaderships*. Kent Publishing, Inc: New York.
- Tjiptono, Fandy. 2008. *Service Management Mewujudkan Layanan Prima*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Trevino, Linda Klebe. 1986. "Ethical Decision Making in Organization: A person Situation Interactionist Model". *Academy of Management Review*, July.
- Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik*.
- Wagiyo. 2004. *Teori Sosiologi Modern*. (Penerjemah oleh Agus Effendi) Jakarta: Universitas Terbuka.
- Wamsley, Gary L.. and James F. Wolf. 1996. *Refounding democratic public administration: modern paradoxes, postmodern challenges*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Wawan, Ruswanto dan Rahman, Taufik. 2003. *Buku Materi Pokok Teori Perubahan sosial*. Jakarta: Universitas Terbuka.

- Yukl, G. A. 1998. *Leadership in Organization*. (2nd ed.). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Zwell, Michael. 2000. *Creating Culture of Competence*. John Wiley & Sons Inc: New York.