

**HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI TERHADAP KUALITAS PELAYANAN
KESEHATAN DENGAN PEMANFAATAN FASILITAS KESEHATAN
(PUSKESMAS) DI DUSUN SIDOREJO KEC. LOA KULU KAB. KUTAI
KARTANEGARA**

SKRIPSI PENELITIAN



OLEH:

SYLVIA SITI NUR ROSSIDA

1211308230478

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

MOTTO

Mulai dengan penuh keyakinan

Menjalankan dengan penuh keihklasan

Menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan

Hubungan antara Persepsi terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (PUSKESMAS) di Dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara

Sylvia SitiNur Rossida¹, Ghozali MH, M.Kes², Ns. EnokSureskiarti, M.Kep³

INTISARI

Latar Belakang: Pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat. Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (PUSKESMAS) di dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara.

Metode Penelitian: yang digunakan adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan *Cross Sectional*. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *stratified random sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 61 orang. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Data yang terkumpul dianalisis dengan teknik analisa univariat (*mean* dan distribusi frekuensi) dan teknik analisa bivariat dengan uji *chi square*.

Hasil penelitian: Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai *Pvalue* = 0,639 sedangkan $\alpha = 5\%$, jika dibandingkan *Pvalue* \geq nilai α (0,639 \geq 0,05) H_0 diterima dan H_a ditolak.

Kesimpulan: Tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (PUSKESMAS) di dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara.

Kata kunci: Persepsi, Kualitas Pelayanan Kesehatan, Pemanfaatan

1. StikesMuhammadiyahSamarinda
2. KetuaStikesMuhammadiyahSamarinda
3. DosenStikesMuhammadiyahSamarinda

Relationship between Perception on the Health Service Quality with the Utility of the Health Service Facility (Public Health Center) Dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara

Sylvia Siti Nur Rossida¹, Ghozali MH, M.Kes², Ns. EnokSureskiarti, M.Kep³

ABSTRACT

Background: Health service is any organized effort alone or together in an organization to maintain and improve health, prevent and cure disease and restore the health of individual, families, groups, and or community. Utilization of health services is the result of the search process of health services by a person or a group.

Purpose: This study was aimed to know the relationship between perception on the health service quality with the utility the health service facility (public health center) dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara.

Research Method: was used descriptive correlational with cross sectional approach. Sampling in this study used stratified random sampling method with a total sample of 61 people. Research instrument used questionnaires. The collected data were analyzed using univariate analysis (mean and frequency distribution) and bivariate analysis techniques with chi square test.

Research Result: The results showed that of statistical test using chi square test values obtained P value = 0.639 whereas $\alpha = 5\%$, when compared with Pvalue $\geq \alpha$ value/(0.639 \geq 0.05), failed to reject H_0 .

Summary: There was no significant relationship between the perception on the health service quality with the utility of the health service facility (public health center) in dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara.

Keywords: Perception, Health service quality, Utilization

-
1. StikesMuhammadiyahSamarinda
 2. KetuaStikesMuhammadiyahSamarinda
 3. DosenStikesMuhammadiyahSamarinda

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Warohmatullahi Wabarokhatu,

Dengan mengucapkan Alhamdulillah sebagai ucapan tanda syukur ke hadirat Allah SWT atas kekuatan dan kemampuan yang diberikan-Nya dalam penyelesaian skripsi ini. Shalawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada junjungan besar kita Nabi Muhammad SAW, para sahabat, keluarga serta pengikut beliau hingga akhir zaman.

Skripsi ini memaparkan tentang “Hubungan antara Persepsi terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (PUSKESMAS) di Dusun Sidorejo”. Skripsi ini di susun untuk memenuhi persyaratan dalam program pendidikan yakni penelitian ilmiah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.

Dalam kesempatan ini peneliti ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini. Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada:

1. Ghozali MH, M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda dan selaku pembimbing I yang telah memberikan petunjuk dan saran dalam penyelesaian skripsi ini.

2. Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
3. Ns. Faried Rahman Hidayat, S.kep., M.Kes selaku koordinator mata ajar skripsi Program Studi S1 Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
4. Ns.Enok Sureskiarti, M.Kep, selaku Pembimbing II dan sekaligus sebagai penguji III yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan nasehat, bimbingan yang intensif, masukan, arahan dan motivasi pada penulis dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ns. Joanggi W Harianto, M.Kep, selaku penguji I yang telah memberikan masukan, arahan dan saran kepada penulis.
6. Bapak dan ibu Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
7. Kedua orang tua tercinta Ayahanda Sarnu dan Ibunda Rositi, yang tak pernah berhenti memberikan perhatian, dukungan serta mendo'akan dengan cinta dan kasihnya. Terima kasih atas segalanya, sementara ini hanya dengan kuliah yang baik dan lulus tepat waktu yang peneliti dapat persembahkan untuk membalas semua pengorbanan orang tua.
8. Kakak Siswo Budi Utomo dan adik Haris Tegar Riva Firnanda, yang telah memberikan perhatian, do'a, kasih sayang, motivasi dan dukungan serta semangat untuk peneliti.

9. Seluruh keluarga yang tidak bisa saya sebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan do'a, kasih sayang dan dukungannya untuk peneliti.
10. Tri Wahyudi yang telah memberikan do'a, motivasi, canda tawa serta semangat untuk peneliti.
11. Sahabat seperjuangan dan seangkatan peneliti teruntuk AGN (Indra Saputra, Mu'ammarr Isnani, Eka Anggraeni Rista Putri, Ratna Yuliana, Fenty Malinda, Pangas Tuti) yang telah memberikan do'a, dukungan, bantuan, semangat serta kasih sayang dan kebersamaannya dalam penyusunan skripsi ini.
12. Ketua dan seluruh pegawai puskesmas yang telah membantu berjalannya penelitian ini.
13. Seluruh masyarakat dusun Sidorejo khususnya yang bersedia menjadi partisipan, yang telah membantu berjalannya penelitian ini dari awal hingga akhir.
14. Seluruh teman-teman angkatan 2012 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda Program Studi S1 Ilmu Keperawatan (Reguler), terimakasih atas kebersamaan dan dukungannya.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan, baik dalam bentuk maupun isi. Oleh karena itu, peneliti sangat menghargai adanya kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun guna perbaikan skripsi ini.

Akhir kata peneliti mengucapkan banyak terima kasih dan semoga segala amal kebaikan kita mendapat limpahan rahmat dari Allah SWT. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dan kesehatan serta untuk semua pihak.

Wassalamu'alaikum Warohmatullahi Wabarokhatu.

Samarinda, 08 Agustus 2016
Peneliti

Sylvia Siti Nur Rossida

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Pengesahan	iv
Motto	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar gambar	xiv
Daftar Lampiran	xv
Abstrak	xvi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	11
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	12
E. Keaslian Penelitian	13

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka	16
1. Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	16

a.	Pengertian	16
b.	Jenis Pelayanan Kesehatan	17
c.	Fasilitas Pelayanan Kesehatan	20
d.	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	25
2.	Persepsi	27
a.	Pengertian	27
b.	Macam-macam	28
c.	Proses Persepsi	29
d.	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi	29
e.	Tahapan Persepsi	33
3.	Pelayanan	34
a.	Pengertian	34
b.	Unsur-Unsur Dalam Pelayanan	34
4.	Pelayanan Kesehatan	38
a.	Pengertian	38
b.	Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS)	39
c.	Tujuan Dan Fungsi Puskesmas	40
d.	Fasilitas Pelayanan Puskesmas	43
e.	Kegiatan Puskesmas	43
f.	Wilayah Kerja Puskesmas	52
g.	Standar Pelayanan Kesehatan	53
5.	Mutu Pelayanan Kesehatan	58
a.	Pengertian	58
b.	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mutu Layanan Kesehatan	72
B.	Penelitian Terkait	78
C.	Kerangka Teori Penelitian	80
D.	Kerangka Konsep Penelitian	81
E.	Hipotesis Penelitian	82

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	83
B. Populasi dan Sampel	84
C. Waktu dan Tempat Penelitian	87
D. Definisi Operasional	87
E. Instrument Penelitian	89
F. Uji Validitas dan Reliabilitas	92
G. Teknik Pengumpulan Data	97
H. Teknik Analisa Data	98
I. Etika Penelitian	105
J. Jalannya Penelitian	106
K. Jadwal Penelitian	107

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	109
1. Gambaran Lokasi Penelitian	109
2. Karakteristik Responden	111
3. Analisa Univariat	114
4. Analisa Bivariat	115
B. Pembahasan	117
1. Karakteristik Responden	117
a. Jenis Kelamin	117
b. Umur Responden	119
c. Pendidikan	121
d. Pekerjaan	123
e. Kunjungan Pasien	124
2. Analisa Univariat	126
a. Persepsi Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan	126
b. Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Puskesmas)	129

c. Analisa Bivariat	131
C. Keterbatasan Penelitian	136
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	137
B. Saran	138
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Penelitian Terkait	13
Tabel 3.1 Perhitungan Sampel	87
Tabel 3.2 Definisi Operasional Penelitian	88
Tabel 3.2 Indikator Kuesioner Persepsi Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan 91	
Tabel 3.4 Uji Validitas Varioabel Independen	94
Tabel 3.5 Uji Validitas Variabel Dependensi	95
Tabel 3.6 Jadwal Penelitian	108
Tabel 4.1 karakteristik responden	112
Tabel 4.2 analisa univariat (distribusi persepsi)	114
Tabel 4.3 analisa univariat (distribusi pemanfaatan)	115
Tabel 4.4 analisa bivariat	116

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tahapan Persepsi	33
Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian	80
Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian	81

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Biodata
- Lampiran 2 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 : Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 : Hasil uji validitas
- Lampiran 6 : Hasil Penelitian
- Lampiran 7 : Surat-surat Perizinan Penelitian
- Lampiran 8 : Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Undang–Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi–tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (Undang–Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan).Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.Pemerintah telah menyediakan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan tersebut.

Pelayanan kesehatan yang bermutu masih dari harapan masyarakat serta berkembangnya kesadaran akan pentingnya mutu, maka UU

kesehatan nomor 23 tahun 1992 meningkatkan pentingnya mutu pelayanan kesehatan, khususnya di tingkat puskesmas (Nadesul,2008).

Pelayanan kesehatan yang memadai merupakan tumpuan kesehatan masyarakat dan merupakan kebutuhan mendasar selain pangan dan pendidikan. Pelayanan kesehatan bukan saja monopoli rumah sakit saja tetapi juga puskesmas. Indonesia yang mempunyai penduduk lebih dari 200 juta jiwa tidak mungkin harus bergantung dari rumah sakit saja dalam hal memperoleh pelayanan kesehatan. Masyarakat mencari pengobatan ke fasilitas–fasilitas pengobatan modern yang disediakan oleh pemerintah atau lembaga–lembaga kesehatan swasta seperti rumah sakit, balai pengobatan, puskesmas dan lain-lain. Dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan di puskesmas perlu ditingkatkan dengan adanya penelitian sosial budaya masyarakat, persepsi dan perilaku masyarakat sehingga pelayanan yang kita berikan akan diterima oleh masyarakat (Notoatmodjo, 2005).

Dalam sistem Kesehatan Nasional tahun 2012 disebutkan pengelolaan kesehatan diselenggarakan melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya

(Pengaturan Presiden nomor 72 tahun 2012). Dalam rangka untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan komponen-komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam Sistem Kesehatan Nasional. Dalam komponen tersebut terdapat subsistem-subsistem dan salah satu subsistem tersebut adalah upaya kesehatan (Peraturan Presiden nomor 72 tahun 2012). Untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan tersebut maka harus memperhatikan cakupan pelayanan berkualitas, adil, dan merata serta pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat. Dengan demikian dibutuhkan suatu tempat untuk menunjang kesehatan yang dapat melaksanakan upaya kesehatan tersebut, salah satunya adalah puskesmas. Puskesmas merupakan salah satu penunjang pelayanan kesehatan bagi semua lapisan masyarakat. Puskesmas merupakan salah satu pusat pelayanan kesehatan secara komprehensif bagi masyarakat.

Pelayanan kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang diberikan petugas kesehatan kepada masyarakat umum. Levey dan Loomba (1973 dalam Notoatmodjo, 2008), kedua pakar tersebut mengatakan bahwa pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat. Masyarakat dalam hal ini tidak dapat menentukan jenis

layanan kesehatan apa yang dibutuhkannya atau yang dibelinya, akan tetapi ditentukan oleh profesi layanan kesehatan, bukan konsumen atau masyarakat. Pasien atau masyarakat melihat pelayanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Pandangan pasien atau masyarakat sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang kembali berobat, oleh karena itu pemberi layanan kesehatan harus memahami status kesehatan dan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat yang dilayaninya (Pohan, 2006).

Notoatmodjo, (2007) menjelaskan bahwa keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan berkaitan dengan perilaku kesehatan masyarakat tersebut yang mencakup perilaku sehat (upaya mencegah atau melindungi diri dari penyakit). Indikator masalah perilaku yang mempengaruhi masalah kesehatan masyarakat adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan (*utilization*), upaya pencegahan (*preventive action*), pola konsumsimakanan (*consumption pattern*), kepatuhan (*compliance*), dan upaya pemeliharaan kesehatan sendiri (*self care*), (Maulana, 2009).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok (Kurniawati, 2008).

Keterjangkauan faskes dalam Riskesdas 2013 ini dilihat dari aspek modal transportasi yang digunakan, waktu tempuh (dalam satuan menit), dan biaya transportasi menuju faskes. Modal transportasi yang digunakan menuju faskes dapat berupa mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, sepeda motor, sepeda, perahu, transportasi udara (kecuali ke posyandu, poskesdes, dan polindes) dan yang menggunakan lebih dari satu modal transportasi. Waktu tempuh rumah tangga menuju faskes dihitung dalam satuan menit dan dibagi menjadi 4 kategori, yaitu ≤ 15 menit; 16–30 menit; 31–60 menit; dan > 60 menit. Biaya transportasi menuju faskes dikelompokkan dalam 3 kategori untuk pengobatan modern (rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, puskesmas, praktek dokter atau klinik dan praktek bidan atau rumah bersalin, yaitu \leq Rp.10.000; $>$ Rp.10.000–50.000 dan $>$ Rp.50.000,- dan 2 kategori untuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yaitu di posyandu, poskesdes atau poskestren dan polindes yaitu \leq Rp.10.000 dan $>$ Rp.10.000 (Riskesdes, 2013).

Proporsi rumah tangga yang menggunakan berbagai modal transportasi sepeda motor menuju rumah sakit pemerintah berdasarkan tempat tinggal di perkotaan 53,6% dan perdesaan 46,5%. Untuk penggunaan kendaraan umum di perkotaan 28 persen dan perdesaan

35,5%, sedangkan yang menggunakan lebih dari satu modal transportasi di perkotaan 8,5%, sedangkan di perdesaan 11,4 %. Proporsi rumah tangga menuju puskesmas yang dapat menggunakan kendaraan umum di perkotaan 2,7% dan perdesaan 0,9%, sedangkan yang menggunakan lebih dari satu moda transportasi di perkotaan 1,9 persen dan perdesaan 1,8 persen. rumah tangga yang menggunakan sepeda motor di perkotaan 14,1% dan perdesaan 11,4 %, sedangkan yang jalan kaki di perkotaan 57,3 % dan perdesaan 63,7 % (Risksedes, 2013).

Menurut kuintil indeks kepemilikan bahwa yang tertinggi adalah dengan sepeda motor, tertinggi pada rumah tangga teratas (68,7%) dan terendah rumah tangga terbawah (44,9%), sedangkan pada pemakaian kendaraan umum tertinggi pada rumah tangga terbawah (21,8%) dan terendah di rumah tangga teratas (8,4%). Waktu tempuh rumah tangga menuju fasilitas kesehatan di rumah sakit pemerintah tertinggi pada 16-30 menit (34,4%) dan terendah > 60 menit (18,5%). Pola ini hampir sama dengan waktu tempuh menuju rumah sakit swasta dimana tertinggi pada 16–30 menit (37,3%) dan terendah > 60 menit (12,4%), sedangkan pada fasilitas kesehatan di puskesmas atau pustu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin, poskesdes atau poskestren, polindes dan posyandu terbanyak pada waktu tempuh \leq 15 menit. Waktu tempuh rumah tangga menuju rumah sakit pemerintah menurut tempat tinggal dengan waktu 16-30 menit, tertinggi di perkotaan (41%) dan perdesaan

25,6 persen. Dengan waktu 31-60 menit di perkotaan 24,7 persen dan perdesaan 34,5 persen, sedangkan dengan waktu tempuh ≤ 15 menit di perkotaan 27,3 persen dan perdesaan 6,3 persen, sedangkan menurut kuintil indeks kepemilikan, dengan waktu tempuh 16-30 menit, tertinggi pada rumah tangga teratas (38,5%) dan terendah pada rumah tangga terbawah (22,2%), dengan waktu tempuh 31-60 menit, tertinggi pada rumah tangga terbawah (31,3%) dan terendah pada rumah tangga teratas (25,5%) (Risesdes, 2013).

Berdasarkan data pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan diperoleh gambaran prosentase rumah tangga memanfaatkan pelayanan di posyandu atau pokesdes sebanyak 27,3%, memanfaatkan pelayanan polindes atau bidan sebanyak 25,8% dan memanfaatkan pelayanan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) sebanyak 20,4%. Provinsi Kalimantan Timur diperoleh gambaran prosentase rumah tangga memanfaatkan pelayanan di Posyandu atau Pokesdes sebanyak 26,6%, memanfaatkan pelayanan Polindes atau Bidan sebanyak 9,8% dan memanfaatkan pelayanan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) sebanyak 3,4%. Hal ini menunjukkan bahwa masih rendahnya masyarakat yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan (Depkes, 2008).

Unit pelaksana teknis dinas (UPTD) Puskesmas Jonggon Jaya merupakan salah satu dari 32 Puskesmas yang ada di Kabupaten Kutai

Kartanegara. Puskesmas yang mulai dibangun pada tahun 2012 ini merupakan pemekaran dari Puskesmas Loa Kulu. Pada tahun 2013 puskesmas ini telah diresmikan oleh Bupati Kutai Kartanegara Rita Widya Sari dan didampingi oleh Kepala UPT Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara drg. Koentijo Wibdarminto. MA.

Puskesmas ini memiliki 5 wilayah kerja yang diantaranya Desa Margahayu, Desa Jonggon Jaya, Desa Jonggon Desa, Desa Sungai Payang dan Desa Lung Anai. Jarak antara 1 desa dengan desa lainnya memiliki jarak tempuh sekitar \pm 10 s/d 20 KM. Puskesmas Jonggon Jaya memiliki 7 Pusban dan 1 Polindes yang tersebar di semua desa yang ada di wilayah kerjanya (Profil Puskesmas Jonggon Jaya, 2016).

Desa Margahayu merupakan salah satu desa yang terdapat di Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara. Desa Margahayu memiliki luas wilayah 3.125 Ha dengan jumlah penduduk periode bulan November 2015 sebanyak 3.160 jiwa yang terdiri dari 1.632 laki-laki dan 1.528 perempuan dengan 913 kepala keluarga. Desa Margahayu memiliki 4 dusun yaitu dusun sidorejo, dusun pondok ulin, dusun pelita, dan dusun kebon sari. Desa Margahayu memiliki jumlah 27 rukun tetangga (RT) yaitu RT 001–027. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Desa Margahayu sebanyak 5 yang terdiri atas 1 puskesmas pembantu, 3 posyandu, 1 polindes (Profil Desa Margahayu, 2015). Responden yang ingin

saya teliti adalah pasien Puskesmas Jonggon Jaya yang tinggal di wilayah kerja puskesmas yaitu di desa Margahayu tepatnya didusun Sidorejo.

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 16 November 2015 tentang hubungan persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) khususnya untuk pasien Puskesmas Jonggon Jayayang tinggal di dusun Sidorejo yang akan dijadikan sampel, sesungguhnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan cukup tinggi namun masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Jonggon Jayamasih kurang, berdasarkan laporan data kunjungan pasien Puskesmas Jonggon Jayadari desa Margahayudusun Sidorejo periode bulan Agustus-November 2015 yaitu 72 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masih ada masyarakat dusun Sidorejo yang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Jumlah kunjungan total Puskesmas untuk rawat jalan selama tahun 2006 di seluruh Provinsi Kalimantan Timur adalah 4.861.890 kunjungan, yang berkisar untuk tiap kabupaten/kota antara 93.372 (Kutai Timur) hingga 1.105.572 (Samarinda). Jumlah kunjungan Rawat Inap adalah lebih kecil, yaitu seluruhnya 728,997 kunjungan yang berkisar untuk tiap kabupaten/kota antara 483 (Kutai Kartanegara) hingga 611,491 (Samarinda). Dengan demikian, jumlah seluruh kunjungan ke Puskesmas

adalah 5,590,887 kunjungan atau 190,400/ 100,000 penduduk (Risikesdas Provinsi Kalimantan Timur, 2007).

Peneliti kemudian melakukan wawancara terhadap 5 kepalakeluarga di RT 015 yang terdiri dari 18 anggota keluarga diperoleh data bahwa sebanyak 5 orang mengalami sakit dalam 3 bulan terakhir ini dan 1 orang berobat dibawa ke rumah sakit, 1 orang dibawa berobat ke puskesmas pembantuan 3 orang mengobati sendiri dengan membeli obat diwarung. Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan di dusun Sidorejo masih rendah dan belum merata kesemua jenis fasilitas pelayanan.

Menurut teori Adersen,(1995) pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh komponen predisposisi (*predisposing factor*), pemungkin (*enabling factor*) dan kebutuhan seseorang akan pelayanan kesehatan, selanjutnya Adersen (1995), menguraikan komponen predisposisi (*predisposing factor*) tersebut dalam 3 faktor, yaitu faktor demografi terdiri dari usia, jenis kelamin dan status perkawinan. Struktur sosial terdiri dari tingkat pendidikan, pekerjaan dan ras. Kepercayaan terdiri dari keyakinan, sikap, atau pandangan terhadap pelayanan kesehatan dan pengetahuan. Faktor pencetus(*enabling factor*) terdiri dari sumber daya keluarga (pendapatan, cakupan asuransi), kualitas pelayanan dan jarak. Dan faktor kebutuhan terdiri dari tarif, fasilitas, pelayanan personil, lokasi, kecepatan pelayanan dan informasi (Sugiono, 2013).

Terkait dengan faktor tersebut, berdasarkan hasil wawancara dari 5 orang kepala keluarga yang terdiri dari 18 anggota keluarga 5 orang mengatakan selama 3 bulan terakhir ini pernah mengalami sakit tapi tidak dibawa ke puskesmas karena jarak puskesmas jauh, orang mengatakan tidak puas yang diterima, sumber ketidakpuasan berasal dari dimensi ketepatan waktu, tenaga kesehatan yang tidak ramah ketika melakukan pelayanan kesehatan, penanganan yang lambat, dan informasi yang diterima kurang.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik meneliti “hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) di dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimanakah hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) di dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan

fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) di dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara.

2. Tujuan Khusus :
 - a. Mengidentifikasi karakteristik responden meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, dan kunjungan pasien puskesmas
 - b. Mendeskripsikan persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
 - c. Mendeskripsikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas).
 - d. Mengidentifikasi hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas).

D. Manfaat Penelitian

Manfaat dalam penelitian ini terbagi menjadi dua yaitu manfaat secara praktis dan teoritis:

1. Manfaat praktis

- a. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini akan menjadi informasi dan masukan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kepercayaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan juga dapat memberikan informasi tentang pentingnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas).

b. Bagi Instansi/ Pelayanan Kesehatan

Sebagai bahan referensi atau sumber informasi untuk instansi dalam melaksanakan program meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

c. Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan pengalaman paling berharga bagi peneliti sendiri untuk dapat mengaplikasikan ilmu dan metode penelitian secara langsung.

2. Manfaat Teoritis

Diharapkan dapat membuktikan teori hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) di dusun Sidorejo Kec.Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini berupa hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) di dusun Sidorejo Kec.Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara. Adapun beberapa penelitian terdahulu yang dapat dibandingkan dengan penelitian ini, yaitu :

Tabel 1.1 : Perbandingan Penelitian Ini Dengan Beberapa Penelitian Lain Yang Terkait

No.	Nama, Tahun, Judul Peneliti	Metodologi	Hasil Penelitian
1.	Munaryo (2008), “tentang analisis pengaruh persepsi mutu pelayanan rawat inap terhadap minat pemanfaatan ulang di RSUD Kab. Brebes”.	Observasional Korelation dengan kuantitatif analitik	ada hubungan antara masing-masing variabel bebas persepsi mutu pelayanan dokter, mutu pelayanan keperawatan, mutu sarana, dan mutu lingkungan rawat inap dengan variabel terikat yaitu minat pemanfaatan ulang pelayanan.
2.	Putri Asmita W. (2008), “analisis pengaruh persepsi pasien tentang mutu pelayanan dokter terhadap loyalitas pasien di Poliklinik Umum Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang”.	Observasional, <i>cross sectional</i>	ada hubungan antara persepsi pasien tentang ketrampilan teknis medis dokter dengan loyalitas pasien, ada hubungan antara persepsi pasien tentang sikap dokter dengan loyalitas, ada hubungan antara persepsi pasien tentang penyampaian informasi oleh dokter dengan loyalitas pasien, ada hubungan antara persepsi pasien tentang ketepatan waktu pelayanan dokter dengan loyalitas pasien, ada hubungan antara persepsi pasien tentang ketersediaan waktu konsultasi dengan loyalitas pasien.

Perbedaan pada penelitian ini adalah variabel yang akan diteliti, dimana pada penelitian ini variabel *independent* adalah persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan (*Reliability, Responsiveness, Assurance, Empathy, dan Tangible*), variabel *dependent* adalah pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dan tempat penelitian pun berbeda. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara variabel bebas dan terikat dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*Point time approach*).

Peneliti Munaryo, 2008 variabel *independent* adalah persepsi mutu pelayanan dokter, mutu pelayanan keperawatan, mutu sarana, dan mutu lingkungan rawat inap, variabel *dependent* minat pemanfaatan ulang pelayanan, tempat penelitian di RSUD Kab. Brebes. Penelitian menggunakan *observasional* korelasi dengan kuantitatif analitik.

Penelitian Putri Asmita W., 2008 variabel *independent* adalah persepsi pasien tentang mutu pelayanan dokter, *dependent* adalah loyalitas pasien, tempat penelitian di Poliklinik Umum Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. Penelitian menggunakan *observasional cross sectional*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan).

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik pelayanan promotif, pelayanan, preventif, pelayanan kuratif maupun pelayanan rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat (Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan).

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan

pemulihan kesehatan baik oleh pemerintah dan/atau masyarakat (Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan).

Manfaat secara bahasa diartikan sebagai guna, faedah; laba; untung. Pemanfaatan adalah proses, cara, perbuatan memanfaatkan, sedangkan pelayanan adalah perihal atau cara melayani (Depdiknas, 2003). Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok (Kurniawati, 2008). Kesehatan individu dan status sosial ekonomi adalah determinan utama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Seseorang dengan status kesehatan yang buruk akan meningkatkan pemanfaatannya ke pelayanan kesehatan (Gordon, et. Al., 2002).

b. Jenis Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan kesehatan menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan meliputi :

1). Pelayanan kesehatan promotif

Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan promosi kesehatan. Peningkatan kesehatan merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh

pemerintah dan pemerintah daerah untuk mengoptimalkan kesehatan melalui kegiatan penyuluhan, penyebarluasan informasi untuk menunjang tercapainya hidup sehat.

2). Pelayanan kesehatan preventif

Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan. Pencegahan penyakit merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat untuk menghindari atau mengurangi risiko, masalah dan dampak buruk akibat penyakit.

3). Pelayanan kesehatan kuratif

Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Pengobatan dan perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan kemanfaatan dan keamanannya. Pelaksanaan pengobatan dan perawatan tersebut hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan.

4). Pelayanan kesehatan rehabilitatif

Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan serangkaian untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya. Pemulihan kesehatan diselenggarakan untuk mengembalikan status kesehatan, mengembalikan fungsi tubuh akibat penyakit, untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyuruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan meliputi :

- a) Pelayanan kesehatan umum
- b) Pelayanan kesehatan tradisional
- c) Peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
- d) Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan
- e) Kesehatan reproduksi
- f) Keluarga berencana
- g) Kesehatan sekolah

- h) Kesehatan olahraga
- i) Pelayanan kesehatan pada bencana
- j) Pelayanan darah
- k) Kesehatan gigi dan mulut
- l) Penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran
- m) Kesehatan mata
- n) Pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan
- o) Pengalaman makanan dan minuman
- p) Pengamanan zat adiktif
- q) Bedah mayat (Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan).

c. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan, perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi

Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang-undangan. Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Perawat dapat menjalankan praktik pada fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri dan/atau praktik mandiri.

Undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan perawat yang menjalankan praktik mandiri minimal Diploma III (D III) Keperawatan. Setiap Perawat yang menjalankan praktik wajib memiliki SIPP. Kewajiban memiliki SIPP dikecualikan bagi perawat yang menjalankan praktik pada fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri. Standar adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi yang meliputi standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah kepada tenaga kesehatan yang telah memiliki sertifikat kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Praktik keperawatan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, tingkat kedua, dan tingkat ketiga dan dilaksanakan melalui kegiatan:

- a. pelaksanaan asuhan keperawatan;
pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.
- b. pelaksanaan upaya promotif, preventif, pemulihan, dan pemberdayaan masyarakat;
- c. pelaksanaan tindakan keperawatan komplementer.
pelaksanaan prosedur keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan.

Dalam melaksanakan praktik, perawat wajib untuk:

- a. menghormati hak pasien;
- b. melakukan rujukan;
- c. menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundangan-undangan;
- d. memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien/klien dan pelayanan yang dibutuhkan;
- e. meminta persetujuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan;
- f. melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis;

g. mematuhi standar (Undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan)

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, upaya kesehatan dilihat dari pengorganisasian dan sasaran pelayanannya, terdiri dari dua unsur utama yaitu Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), yang berbeda dilihat dari sasaran dan fasilitas serta penyelenggaraan upaya kesehatan dimaksud sebagai berikut :

1). Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM)

Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM) adalah setiap kegiatan yang lebih fokus pada upaya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. UKM mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, kesehatan jiwa, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengaman sediaan farmasi dan alat kesehatan pengamanan penggunaan zat adiktif (bahan tambahan makanan) dalam makanan dan minuman. Pengamanan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan

berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan. Berdasarkan strata pelayanannya, UKM dibagi menjadi tiga strata, yaitu :

a) UKM Strata Pertama

UKM strata pertama adalah UKM tingkat dasar, ditunjukkan kepada masyarakat. Ujung tombak penyelenggaraan UKM strata pertama adalah puskesmas yang didukung secara lintas sektoral dan didirikan sekurang-kurangnya satu unit di setiap kecamatan. Puskesmas bertanggung jawab atas masalah kesehatan wilayah kerjanya, sehingga puskesmas berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dan pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar.

b) UKM Strata Kedua

UKM strata kedua adalah UKM tingkat lanjutan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik yang ditunjukkan kepada masyarakat. Penanggungjawab UKM strata kedua adalah dinas kesehatan kabupaten/kota yang didukung secara lintas sektoral. Dinas kesehatan kabupaten/kota mempunyai fungsi utama, yakni fungsi manajerial dan fungsi teknis

kesehatan. Fungsi manajerial dan pertanggungjawaban penyelenggaraan di tingkat kabupaten/kota. Fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat lanjutan, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan puskesmas.

c) UKM Strata Ketiga

UKM strata ketiga adalah UKM tingkat unggulan, yaitu upaya kesehatan subspecialistik yang ditunjukkan kepada masyarakat. Penanggungjawab UKM strata tiga adalah dinas kesehatan provinsi dan departemen kesehatan yang didukung secara lintas sektoral. Dinas kesehatan provinsi dan departemen kesehatan mempunyai dua fungsi, yakni fungsi manajerial dan fungsi teknis kesehatan. Fungsi manajerial mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan di provinsi dan nasional. Fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat unggulan.

2). Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) adalah setiap kegiatan yang lebih fokus diarahkan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan

penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan. UKP mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditunjukkan terhadap perorangan. Berdasarkan strata pelayanannya, UKP dibagi menjadi tiga strata, yaitu :

a) UKP Strata Pertama

UKP strata pertama adalah UKP tingkat dasar, yaitu upaya kesehatan dasar yang ditunjukkan kepada perorangan. Penyelenggaraan UKP strata pertama adalah pemerintah, masyarakat dan swasta diwujudkan melalui berbagai bentuk pelayanan profesional, seperti praktik bidan, praktik perawat, praktik dokter praktik dokter gigi, poliklinik, balai pengobatan, praktik dokter atau klinik 24 jam, praktik bersama dan rumah bersalin. Penyelenggaraan UKP strata pertama oleh pemerintah juga diselenggarakan oleh puskesmas. Dengan demikian puskesmas memiliki dua fungsi pelayanan yakni pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan.

b) UKP Strata Kedua

UKP strata kedua adalah UKP tingkat lanjutan, yaitu upaya kesehatan spesialisik yang ditunjukkan kepada

perorangan. Penyelenggaraan UKP strata kedua adalah pemerintah, masyarakat dan swasta yang diwujudkan dalam bentuk praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, balai pengobatan penyakit paru-paru (BP4), balai kesehatan mata masyarakat (BKMM), balai kesehatan jiwa masyarakat (BKJM) rumah sakit kelas C dan B non pendidikan milik pemerintah dan rumah sakit swasta.

c) UKP Strata Ketiga

UKP strata ketiga adalah UKP tingkat unggulan, yaitu upaya kesehatan subspecialistik yang ditunjukkan kepada perorangan. Penyelenggaraan UKP strata ketiga adalah pemerintah, masyarakat dan swasta yang diwujudkan dalam bentuk praktik dokter spesialis konsultan, praktik dokter gigi spesialis konsultan, klinik spesialis konsultan, rumah sakit kelas B pendidikan dan kelas A pemerintah, rumah sakit dan rumah sakit swasta.

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Notoatmodjo, (2007) mendefinisikan perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas makhluk hidup yang bersangkutan. Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku kesehatan adalah respon

seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit, penyakit dan faktor–faktor yang mempengaruhi kesehatan.

Becker (Dalam Notoatmodjo, 2007) membuat klasifikasi tentang perilaku kesehatan menjadi tiga, yaitu :

1) Perilaku sehat (*healthy behavior*)

Perilaku sehat adalah perilaku atau kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, seperti makan dengan menu seimbang, kegiatan fisik secara teratur dan cukup serta manajemen stress.

2) Perilaku sakit (*illness behavior*)

Perilaku sakit adalah perilaku atau kegiatan seseorang yang sakit dan terkena masalah kesehatan pada dirinya atau keluarganya, untuk mencari dan mengatasi masalah kesehatan. Salah satu contoh perilaku sakit yang muncul yaitu mencari penyembuhan atau pengobatan keluar rumah yakni fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas, poliklinik, dokter praktek, rumah sakit dan sebagainya).

3) Perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*)

Dari segi sosiologi, orang yang sedang sakit mempunyai peran yang mencakup hak dan kewajiban sebagai orang sakit dimana hal itu merupakan perilaku peran orang sakit.

Notoatmodjo, (2007) menyebutkan bahwa perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) adalah perilaku orang atau masyarakat yang sedang mengalami sakit atau masalah kesehatan lain, untuk memperoleh pengobatan sehingga sembuh atau teratasi masalah kesehatannya.

Menurut Green (1980, dalam Notoatmodjo, 2007) perilaku seseorang (termasuk didalamnya adalah pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan) dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*) merupakan faktor pendahuluan yang menjadi dasar atau motivasi perilaku, diantaranya adalah umur, jenis kelamin, suku, pekerjaan, pendidikan, pengetahuan, sikap. Faktor pendukung (*enabling factor*) merupakan faktor pemungkin dalam terlaksananya perilaku diantaranya adalah tingkat pendapatan keluarga, kepesertaan asuransi, jarak tempat tinggal, media informasi, fasilitas kesehatan. Selanjutnya adalah faktor pendorong (*reinforcing factors*) merupakan faktor yang mendorong terjadinya perubahan perilaku diantaranya adalah dukungan keluarga dan tenaga kesehatan.

2. Persepsi

a. Pengertian

Persepsi (*perception*) adalah proses dimana individu mengatur dan menginterpretasikan kesan–kesan sensoris mereka guna memberi arti bagi lingkungan mereka. Namun, apa yang diterima seseorang pada dasarnya bisa berbeda dari realitas objektif, walaupun seharusnya tidak perlu ada, perbedaan tersebut sering timbul (Robbins, 2007). Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan. Persepsi adalah memberikan makna kepada stimulus (Notoatmodjo, 2010). Menurut Walgito yang dikutip oleh Sobur (2011), persepsi adalah proses pengorganisasian, penginterpretasian, terhadap rangsang yang diterima oleh organisme atau individu sehingga merupakan sesuatu yang berarti dan merupakan aktivitas yang integrated dalam diri individu. Persepsi merupakan proses akhir dan pengamatan yang diawali oleh proses pengindraan, yaitu proses diterimanya stimulus oleh alat indra, kemudian individu ada perhatian, lalu diteruskan ke otak, dan baru kemudian individu menyadari tentang sesuatu yang dinamakan persepsi. Dengan persepsi individu menyadari, dapat mengerti tentang keadaan

lingkungan yang ada di sekitarnya maupun tentang hal yang ada dalam diri individu yang bersangkutan (Sunaryo, 2004 : 93).

b. Macam-Macam Persepsi

Ada 2 macam persepsi :

- 1) *Eksternal perception*, yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsangan yang datang dari luar diri individu.
- 2) *Self-perception*, yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsangan yang berasal dari diri sendiri. Dalam hal ini yang menjadi objek adalah individu itu sendiri (Sunaryo, 2004 : 94).

c. Proses Persepsi

Dalam proses persepsi ada 3 komponen, yaitu :

1) Seleksi

Seleksi adalah proses penyaringan oleh indra terhadap rangsangan dari luar, intensitas dan jenisnya dapat banyak atau sedikit.

2) Interpretasi

Interpretasi yaitu proses pengorganisasian informasi sehingga mempunyai arti bagi seseorang, interpretasinya dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti pengalaman masa lalu, motivasi, kepribadian dan kecerdasan. Interpretasi juga bergantung pada kemampuan seseorang untuk mengadakan

pengkategorian informasi yang diterimanya, yaitu proses mereduksi informasi yang kompleks menjadi sederhana.

3) Interpretasi dan persepsi kemudian diterjemahkan dalam bentuk tingkah laku sebagai reaksi (Sobur, 2011 : 447).

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Menurut Notoatmodjo, (2005) faktor penyebab persepsi dibagi 2 bagian besar yaitu faktor *eksternal* dan faktor *internal*. Faktor eksternal adalah faktor yang melekat pada obyeknya, sedangkan faktor internal adalah faktor yang terdapat pada orang yang mempersepsikan stimulus tersebut yang diuraikan sebagai berikut :

1) Faktor eksternal :

a) Kontras yaitu cara mudah untuk menarik perhatian adalah membuatkontras baik pada warna, ukuran, bentuk atau gerakan.

b) Perubahan intensitas

Suara yang berubah dari pelan menjadi keras, atau cahaya yang berubah dengan intensitas tinggi akan menarik perhatian seseorang.

c) Pengulangan (*repetition*)

Dengan pengulangan, walaupun pada mulanya stimulus tersebut tidak termasuk dalam rentang perhatian kita, maka akan mendapat perhatian kita.

d) Sesuatu yang baru (*novelty*)

Suatu stimulus yang baru akan lebih menarik perhatian daripada sesuatu yang lebih diketahui.

e) Sesuatu yang menjadi perhatian orang banyak

Suatu stimulus yang menjadi perhatian orang banyak akan menarik perhatian seseorang.

2) Faktor internal

a) Pengalaman atau pengetahuan

Pengalaman atau pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan faktor yang sangat berperan dalam menginterpretasikan stimulus yang kita peroleh. Pengalaman masa lalu atau apa yang dipelajari akan menyebabkan terjadinya perbedaan interpretasi.

b) Harapan atau *expectation*

Harapan terhadap sesuatu akan mempengaruhi persepsi terhadap stimulus.

c) Kebutuhan

Kebutuhan akan menyebabkan seseorang menginterpretasikan stimulus secara berbeda. Misalnya seseorang yang mendapatkan undian sebesar 25 juta akan merasa banyak sekali jika ia hanya ingin membeli sepeda motor, tetapi ia akan merasa sangat sedikit ketika ia ingin membeli rumah.

d) Motivasi

Motivasi akan mempengaruhi persepsi seseorang.

e) Emosi

Emosi seseorang akan mempengaruhi persepsinya terhadap stimulus yang ada.

f) Budaya

Seseorang dengan latar belakang budaya yang sama akan menginterpretasikan orang-orang dalam kelompoknya secara berbeda, namun akan mempersepsikan orang-orang diluar kelompoknya sebagai sama saja.

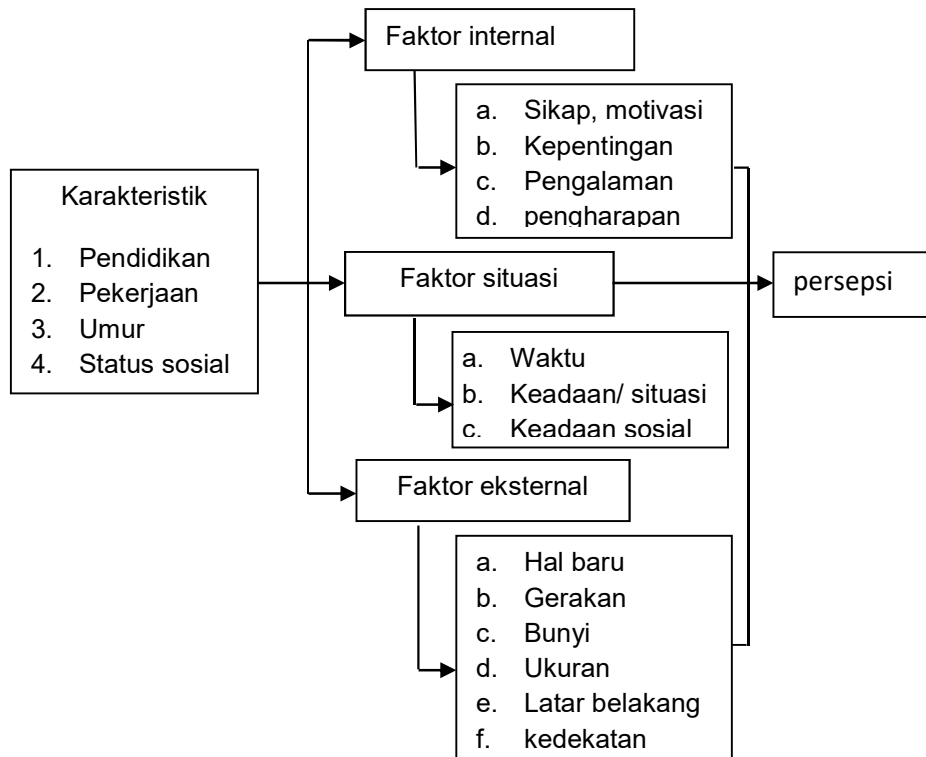
Sejumlah faktor beroperasi untuk membentuk dan terkadang merubah persepsi. Faktor-faktor ini bisa terletak dalam diri pembentuk persepsi, dalam diri objek atau target yang diartikan, atau dalam konteks situasi dimana persepsi tersebut dibuat. Ketika seorang individu melihat sebuah target dan berusaha

menginterpretasikan apa yang ia lihat, interpretasi itu sangat dipengaruhi oleh berbagai karakteristik pribadi dari pembuat persepsi individual tersebut. Karakteristik pribadi yang mempengaruhi persepsi meliputi sikap, kepribadian, motif, minat, pengalaman masa lalu dan harapan-harapan seseorang (Notoatmodjo, 2005).

Karakteristik target yang diobservasi bisa memengaruhi apa yang diartikan. Individu yang bersuara keras cenderung diperhatikan dalam sebuah kelompok dibanding individu yang diam. Begitu pula dengan individu yang luar biasa menarik atau tidak menarik. Oleh karena target tidak dilihat secara khusus, hubungan sebuah target dengan latar belakangnya juga mempengaruhi persepsi, seperti halnya kecenderungan kita untuk mengelompokkan hal-hal yang dekat dan hal-hal yang mirip. Sebagai contoh, kaum wanita, orang-orang kulit berwarna, atau anggota dari kelompok lain yang mempunyai berbagai karakteristik yang dapat dibedakan dengan jelas menurut ciri-ciri atau warna kulit seringkali dianggap sama dalam karakteristik-karakteristik lain yang tidak terkait (Notoatmodjo, 2005).

e. Tahapan Persepsi

Diketahui tiga faktor tahap persepsi yaitu internal, situasi dan eksternal. Ketiga tahap tersebut dipengaruhi oleh faktor karakteristik seperti pendidikan, pekerjaan umur dan status sosial sebagaimana gambaran berikut :



Gambar 2. 1 Tahapan persepsi menurut Robbins, (2007)

3. Pelayanan

a. Pengertian

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 25 Tahun 2004 menyatakan pelayanan adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggaraan

pelayanan sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan, maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Unsur-Unsur dalam Pelayanan

Berdasarkan prinsip pelayanan sebagaimana telah ditetapkan dalam keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara nomor 63 tahun 2004, yang kemudian dikembangkan menjadi 14 unsur yang "*relevan*", "*valid*" dan "*reliable*", sebagai unsur minimal yang harus ada untuk dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat adalah sebagai berikut :

- 1) Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan;
- 2) Persyaratan pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administrasi yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya;
- 3) Kejelasan petugas pelayanan, yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggung jawabnya);
- 4) Kedisiplinan petugas pelayanan, yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku;

- 5) Tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan;
- 6) Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan ketrampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat;
- 7) Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggaraan pelayanan;
- 8) Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani;
- 9) Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati;
- 10) Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan;
- 11) Kapasitas biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan;
- 12) Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan;

- 13) Kenyamanan lingkungan, yaitu kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi, dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan;
- 14) Keamanan pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggaraan pelayanan ataupun sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan.

Menurut Poerwadaminta, (2003;674) pelayanan berasal dari layanan, melayani adalah menolong, menyediakan segala apa yang dilakukan orang lain. Menurut Moenir (2006; 41) pelayanan merupakan proses pemenuhan layanan melalui aktivitas yang langsung selanjutnya Moenir (2006; 91) pelayanan merupakan proses pemenuhan kebutuhan melalui orang lain yang dilakukan siapapun tidak terlepas dari tiga macam yaitu :

- 1) Layanan dengan lisan

Layanan dengan lisan dilakukan oleh petugas-petugas dibidang hubungan masyarakat (HUMAS), bidang layanan informasi dan bidang-bidang lain yang tugasnya memberikan penjelasan atau keterangan kepada siapapun yang memerlukan. Agar layanan lisan berhasil sesuai dengan yang

diharapkan, maka syarat–syarat yang harus dipenuhi oleh pelaku pelayanan yaitu :

- a) Mampu memberikan penjelasan tentang apa yang perlu dengan lancar, singkat tetapi cukup jelas sehingga cukup memuaskan bagi mereka yang ingin memperoleh kejelasan mengenai sesuatu.
- b) Bertingkah laku sopan dan ramah.
- c) Walaupun dalam keadaan sepi petugas dilarang mengobrol dan bercanda dengan petugas yang lain, karena dapat menimbulkan kesan tidak disiplin dan melalaikan tugas, sehingga tamu atau pasien menjadi segan bertanya karena akan memutuskan keasyikan “perbincangan” petugas.

2) Layanan dengan tulisan

Pada dasarnya layanan melalui tulisan sangat efisien terutama dari segi jumlah maupun dari segi peranannya dan juga sangat baik bagi segi layanan jarak jauh karena faktor biaya dan kecepatan, baik dalam pengelolaan masalah maupun dalam proses penyelesaiannya. Layanan tulisan terdiri dari dua golongan :

- a) Layanan berupa petunjuk, informasi dan sejenisnya yang ditunjukkan kepada orang–orang yang berkepentingan

b) Petunjuk yang harus ada di suatu badan atau lembaga yang melayani kepentingan umum.

3) Perbuatan layanan berbentuk

Pada umumnya layanan dalam bentuk perbuatan dilakukan oleh petugas–petugas tingkat menengah dan bawah, karena itu faktor keahlian dan keterampilan petugas sangat menentukan hasil perbuatan atau pekerjaan.

4. Pelayanan kesehatan

a. Pengertian

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama–sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Wijono, 2003). Pelayanan dapat diartikan sebagai berikut :

- 1) Perihal atau cara melayani
- 2) Usaha atau melayani kebutuhan orang lain dengan memperoleh imbalan uang (jasa)
- 3) Kemudahan yang diberikan sehubungan dengan jual beli barang atau jasa.

b. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat). Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Depkes, 2011). Puskesmas merupakan kesatuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan (Depkes, 2009). Puskesmas adalah unit

pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas juga berarti suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terintegrasi kepada masyarakat dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok. Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan yang berfungsi mengembangkan dan membina kesehatan masyarakat serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan terdepan dan terdekak dengan masyarakat dalam bentuk kegiatan pokok yang menyeluruh dan terpadu di wilayah kerjanya. Dalam memberikan pelayanan, puskesmas melibatkan peran serta masyarakat dan juga secara aktif membina masyarakat (Triwibowo dan Pusphandani, 2015).

c. Tujuan dan Fungsi Puskesmas

Menurut Triwibowo dan Pusphandani, 2015 tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang

setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan “Indonesia sehat 2015”.

Puskesmas mempunyai 3 fungsi yaitu :

- 1) Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan
puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya.
- 2) Pusat pemberdayaan masyarakat. Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaan, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan.
- 3) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas adalah :

- a) Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pribadi dengan tujuan umum menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan

perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit.

b) Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang bersifat publik dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Dalam melaksanakan fungsi puskesmas, dilakukan dengan beberapa cara, yaitu :

- 1) Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
- 2) Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien.
- 3) Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan.
- 4) Memberi pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat.
- 5) Bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program puskesmas.

d. Fasilitas Pelayanan Puskesmas Induk Jonggon Jaya

- 1) Ruang Kartu/Loket
- 2) Poli Umum
- 3) Poli KIA-KB
- 4) UGD
- 5) Apotek
- 6) Gudang Obat
- 7) Ruang Tata Usaha
- 8) Ruang Imunisasi
- 9) Ruang Laboratorium
- 10) Ruang Kepala Puskesmas

e. Kegiatan Pokok Puskesmas

Kegiatan-kegiatan pokok puskesmas yang diselenggarakan oleh puskesmas sejak berdirinya semakin berkembang, mulai dari 7 usaha pokok kesehatan, 12 usaha pokok kesehatan, 13 usaha pokok kesehatan dan sekarang meningkat menjadi 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh puskesmas sesuai dengan kemampuan yang ada dari tiap-tiap puskesmas baik dari segi tenaga, fasilitas dan biaya atau anggaran yang tersedia.

Berdasarkan buku pedoman kerja puskesmas yang terbaru ada 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilakukan oleh puskesmas, itu pun sangat tergantung kepada faktor tenaga, sarana

dan prasarana serta biaya yang tersedia berikut kemampuan manajemen dari tiap-tiap puskesmas, 20 kegiatan pokok puskesmas adalah :

1) Upaya kesehatan ibu dan anak

- a) Pemeliharaan kesehatan ibu hamil, melahirkan dan menyusui serta kesehatan bayi, anak balita dan prasekolah.
- b) Memberikan nasehat tentang makanan guna mencegah gizi buruk
- c) Pemberian nasehat tentang perkembangan anak dan cara stimulasinya.
- d) Imunisasi tetanus toksoid dua kali pada ibu hamil dan BCG, DPT 3 kali, polio 3 kali dan campak 1 kali pada bayi.
- e) Penyuluhan kesehatan dalam mencapai program KIA.
- f) Pelayanan keluarga berencana
- g) Pengobatan bagi ibu, bayi, anak balita dan anak prasekolah untuk macam-macam penyakit ringan.
- h) Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan, memberikan penerangan dan pendidikan tentang kesehatan.
- i) Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi.

2) Upaya keluarga berencana

- a) Mengadakan kursus keluarga berencana untuk para ibu dan calon ibu yang mengunjungi KIA.
- b) Mengadakan kursus keluarga berencana kepada dukun yang kemudian akan bekerja sebagai penggerak calon peserta keluarga berencana.
- c) Mengadakan penyuluhan kesehatan tentang keluarga berencana
- d) Memasang IUD, cara-cara penggunaan pil, kondom dan cara-cara lain dengan memberi sarananya.
- e) Melanjutkan pengamati mereka yang menggunakan sarana pencegahan kehamilan.

3) Upaya peningkatan gizi

- a) Mengenali penderita-penderita kekurangan gizi dan mengobati mereka.
- b) Mempelajari keadaan gizi masyarakat dan mengembangkan program perbaikan gizi.
- c) Memberikan pendidikan gizi kepada masyarakat terutama dalam rangka program KIA.
- d) Melaksanakan program perbaikan gizi keluarga melalui posyandu.

- e) Memberikan makanan tambahan yang mengandung protein dan kalori kepada balita dan ibu menyusui.
- f) Memberikan vitamin A kepada balita umur dibawah 5 tahun.

4) Upaya kesehatan lingkungan

- a) Penyediaan sarana air bersih
- b) Pemeliharaan dan pengawasan kualitas lingkungan
- c) Pengendalian dampak risiko pencemaran lingkungan
- d) Pengawasan sanitasi tempat umum
- e) Pelaksanaan peraturan perundang-undangan

5) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit emnular

- a) Mengumpulkan dan menganalisa data penyakit
- b) Melaporkan kasus penyakit menular
- c) Menyelidiki di lapangan untuk melihat benar atau tidaknya laporan yang masuk, untuk menemukan kasus-kasus baru dan untuk mengetahui sumber penularan.
- d) Tindakan permulaan untuk menahan penularan penyakit
- e) Menyembuhkan penderita, hingga ia tidak lagi menjadi sumber infeksi
- f) Pemberian imunisasi
- g) Pemberantasan *vector*
- h) Pendidikan kesehatan kepada masyarakat

6) Upaya pengobatan

- a) Melaksanakan diagnosa sedini mungkin
- b) Melaksanakan tindakan pengobatan
- c) Melakukan upaya rujukan bila perlu

7) Upaya penyuluhan

- a) Penyuluhan kesehatan masyarakat merupakan bagian yang tak terpisahkan dari tiap-tiap program puskesmas. Kegiatan penyuluhan kesehatan dilakukan pada setiap kesempatan oleh petugas, apakah di klinik, rumah dan kelompok-kelompok masyarakat
- b) Di tingkat puskesmas tidak ada penyuluhan tersendiri, tetapi ditingkat kabupaten diadakan tenaga-tenaga coordinator penyuluhan kesehatan. coordinator membantu para petugas dalam mengembngkan teknik dan materi penyuluhan di puskesmas.

8) Upaya kesehatan sekolah

- a) Membina sarana keteladanan di sekolah, berupa sarana keteladanan gizi berupa kantin dan sarana ketelasdanan kebersihan lingkungan
- b) Membina kebersihan perseoranagn peserta didik

- c) Mengembangkan kemampuan peserta didik untuk berperan secara aktif dalam pelayanan kesehatan melalui kegiatan dokter kecil
- d) Penjarangan kesehatan peserta didik kelas I
- e) Pemeriksaan kesehatan periodik sekali setahun untuk kelas II sampai IV dan guru berupa pemeriksaan kesehatan sederhana
- f) Imunisasi peserta didik kelas I sampai VI
- g) Pengawasan terhadap keadaan air
- h) Pengobatan ringan pertolongan pertama
- i) Rujukan medik
- j) Penangan kasus anemia gizi
- k) Pembinaan teknik dan pengawasan di sekolah
- l) Pencatatan dan pelaporan

9) Upaya kesehatan olah raga

- a) Pemeriksaan kesehatan berkala
- b) Penentuan takaran latihan
- c) Pengobatan dengan teknik latihan dan rehabilitas
- d) Pengobatan akibat cedera latihan
- e) Pengawasan selama pemusatan latihan

10) Upaya perawatan kesehatan masyarakat

- a) Asuhan keperawatan kepala individu di puskesmas maupun di rumah dengan berbagai tingkat umur, kondisi kesehatan, tumbuh kembang dan jenis kelamin.
- b) Asuhan perawatan yang diarahkan kepada keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat (keluarga binaan)
- c) Pelayanan perawatan kepada kelompok khusus diantaranya: ibu hamil, anak balita, usia lanjut dan sebagainya
- d) Pelayanan keperawatan pada tingkat masyarakat

11) Upaya peningkatan kesehatan kerja

- a) Mengidentifikasi masalah
- b) Kegiatan peningkatan kesehatan tenaga kerja melalui peningkatan gizi pekerja, lingkungan kerja dan kegiatan peningkatan kesejahteraan
- c) Kegiatan pencegahan kecelakaan akibat kerja
- d) Kegiatan pengobatan kasus penyakit akibat kerja
- e) Kegiatan pemulihan kesehatan bagi pekerja yang sakit
- f) Kegiatan rujukan medik dan kesehatan terhadap pekerja yang sakit

12)Upaya kesehatan gigi dan mulut

- a) Pembinaan/pengembangan kemampuan peran serta masyarakat dalam upaya pemeliharaan diri dalam wadah program UKGM
- b) Pelayanan asuhan pada kelompok rawan
- c) Pelayanan medik dokter gigi
- d) Pencatatan dan pelaporan

13)Upaya kesehatan jiwa

- a) Kegiatan kesehatan jiwa yang terpadu dengan kegiatan pokok puskesmas
- b) Penanganan pasien dengan gangguan jiwa
- c) Kegiatan dalam bentuk penyuluhan serta pembinaan peran serta masyarakat
- d) Pengembangan upaya kesehatan jiwa di puskesmas melalui pengembagn peran serta masyarakat dan pelayananmelalui kesehatan masyarakat
- e) Pencatatan dan pelaporan

14)Upaya kesehatan mata

- a) Upaya kesehatan maat, pencegahan kesehatan dasar yang terpadu dengan kegiatan pokok lainnya
- b) Upaya kesehatan mata

- c) Peningkatan peran serta masyarakat dalam bentuk penyuluhan kesehatan, serta menciptakan kemandirian masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan mata mereka
- d) Pengembangan kesehatan mata masyarakat
- e) Pencatatan dan pelaporan

15) Laboratorium kesehatan

16) Upaya pencatatan dan pelaporan

17) Upaya pembinaan peran serta masyarakat

Upaya pembinaan peran serta masyarakat dapat dilakukan melalui :

- a) Penggalangan dukungan penentu kebijaksanaan, pimpinan wilayah, lintas sektoral dan berbagai organisasi kesehatan, yang dilakukan melalui dialog, seminar dan lokakarya, dalam rangka komunikasi, informasi dan motivasi dengan memanfaatkan media masa dan sistem informasi kesehatan
- b) Persiapan petugas penyelenggaraan melalui latihan, orientasi dan sarasehan kepemimpinan dibidang kesehatan
- c) Persiapan masyarakat, melalui rangkaian kegiatan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenali dan menggerakkan sumber daya yang dimiliki
- d) Pelaksanaan kegiatan kesehatan oleh dan untuk masyarakat melalui kader yang terlatih

e) Pengembangan dan pelestarian kegiatan oleh masyarakat

18)Upaya pembinaan pengobatan tradisional

a) Melestarikan bahan-bahan tanaman yang dapat digunakan untuk pengobatan tradisional

b) Pengembangan dan pelestarian terhadap cara-cara pengobatan tradisional

c) Upaya kesehatan remaja

d) Dana sehat (Triwibowo dan Pusphandani, 2015)

f. Wilayah Kerja Puskesmas

puskesmas harus bertanggung jawab untuk setiap masalah yang terjadi di wilayah kerjanya, meskipun masalah tersebut lokasinya berkilo-kilo meter dari puskesmas. Dengan asas inilah puskesmas dituntut untuk lebih mengutamakan tindakan pencegahan penyakit dan bukan tindakan untuk pengobatan penyakit. Dengan demikian puskesmas harus secara aktif terjun ke masyarakat dan bukan menantikan masyarakat datang ke puskesmas. Wilayah kerja puskesmas meliputi kecamatan atau berdasarkan kriteria faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya yang merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas. Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II, sehingga pembagian wilayah kerja puskesmas

ditetapkan oleh bupati, dengan pertimbangan saran teknis di Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi, untuk kota besar wilayah kerja puskesmas dapat hanya satu kelurahan, sedangkan puskesmas di ibukota kecamatan merupakan puskesmas rujukan, yang berfungsi sebagai pusat rujukan dari puskesmas kelurahan yang juga mempunyai fungsi koordinasi. Sasaran penduduk yang dilaksanakan oleh sebuah puskesmas rata-rata 30.000 penduduk. Luas wilayah yang masih efektif untuk sebuah puskesmas di daerah pedesaan adalah suatu area dengan jari-jari 5 km, sedangkan luas wilayah kerja yang dipandang optimal adalah area dengan jari-jari 3 km (Triwibowo dan Pusphandani, 2015).

g. Standar Pelayanan Kesehatan

Menurut Bustami, (2011) bagian terpenting dari suatu pelayanan kesehatan adalah tersedia dan dipatuhinya standar, karena pelayanan kesehatan yang bermutu adalah bila pelayanan tersebut dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada. Suatu standar pelayanan harus valid, artinya ada kaitan yang kuat antara standar dengan hasil yang diinginkan. Apabila standar dipatuhi, maka hasil yang diinginkan bisa tercapai. Standar harus ditulis dengan, sehingga petugas tidak salah menterjemahkan ke dalam pelayanan. Apa yang tercantum dalam standar pelayanan harus realistis, artinya tidak terlalu sulit untuk dilaksanakan oleh

petugas. Standar pelayanan tersebut digunakan oleh petugas yang tidak sama, maka variasi yang akan terjadi sangatlah kecil. Standar adalah pernyataan tertulis yang berisi spesifikasi atau rincian tentang sesuatu hal khusus yang memperlihatkan tujuan, cita-cita, keinginan, kriteria, ukuran, patokan, dan pedoman (Erawati, dkk, 2010).

Bustami, (2011) Berdasarkan berbagai batasan yang dijelaskan di atas, dapat dikemukakan bahwa standar menunjukkan pada tingkat ketercapaian ideal yang diinginkan dan merupakan tujuan yang ingin dicapai, dalam pelayanan, standar harus berkembang sesuai dengan konsep Kaizen (*continuous improvement*), artinya jika suatu standar yang sudah ditetapkan tercapai dengan baik, maka standar harus ditingkatkan dan begitu seterusnya sehingga ketercapaian ideal dapat diwujudkan. Pernyataan suatu standar yang ideal harus memenuhi unsur A (*Audience*), B (*Behaviour*), C (*Competence*), dan D (*Degree*) yang berarti :

- 1) *Audience*, yaitu subjek yang harus melakukan sesuatu atau pihak yang harus melaksanakan dan mencapai isi standar
- 2) *Behaviour*, yaitu apa yang harus dilakukan, diukur, dicapai, atau dibuktikan.

- 3) *Competence*, yaitu kompetensi/kemampuan/spesifikasi/target atau kriteria yang harus dicapai.
- 4) *Degree*, yaitu tingkat/periode/frekuensi atau waktu yang dibutuhkan.

Dalam pelaksanaannya, agar standar yang sudah ditetapkan bisa dicapai, maka diperlukan protocol (pedoman/petunjuk pelaksanaan), prosedur tetap (protap) atau *standar operating procedure* (SOP), untuk mengukur tercapai atau tidaknya standar, maka digunakan indikator (tolak ukur) yang menunjuk pada ukuran kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. Standar dapat dibedakan atas :

- 1) Standar Masukan

Standar masukan (*input* atau *structure*) dapat berupa tenaga, peralatan, fasilitas, sumber dana, bahan, organisasi, dan sebagainya.

- 2) Standar Proses

Standar proses berfokus pada interaksi profesi dengan pasien/konsumen/masyarakat dan digunakan untuk menilai pelaksanaan proses pelayanan kesehatan dan merupakan kinerja pelayanan kesehatan. Standar proses biasanya dinyatakan sebagai kebijaksanaan atau prosedur kerja.

3) Standar Keluaran

Standar keluaran merupakan ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil langsung pelayanan. Karena menunjuk pada hasil keluaran, maka standar keluaran sering juga disebut dengan standar penampilan.

4) Standar Hasil

Standar hasil merupakan ukuran hasil intervensi pelayanan kesehatan terhadap konsumen/pasien/masyarakat. Standar hasil biasanya ditentukan oleh pihak ketiga, bukan oleh pemberi pelayanan atau sarana pelayanan kesehatan. Standar hasil merupakan perubahan-perubahan yang diantisipasi dalam kondisi konsumen/pasien/masyarakat (Bustami, 2011).

Standardisasi dalam peningkatan mutu merupakan hal yang penting dan diperlukan. Bila dilakukan secara benar, maka standardisasi ini akan mampu memelihara kegiatan secara konsisten pada suatu tingkat atau level tertentu. Standar ini bukan saja bermanfaat bagi petugas yang melaksanakan pekerjaan, tetapi juga bermanfaat bagi penerima pelayanan. Dalam menetapkan standar, perlu diingat bahwa :

- 1) Setiap orang termotivasi untuk memenuhi standar.
- 2) Standar harus mudah dimengerti.
- 3) Standar harus mudah dipantau.

- 4) Harus ada tolak ukur terhadap penyimpangan standar (Bustami, 2011).

Menurut Tjiptono, (1997;22) bahwa pelayanan yang baik yang dilakukan oleh suatu organisasi baik pemerintah maupun swasta dibidang tata usaha harus memuat beberapa aspek, antara lain :

- 1) Keterbukaan, adanya informasi pelayanan yang berupa loket informasi yang dimilikinya dan terpampang dengan jelas.
- 2) Kesederhanaan yaitu mencakup prosedur pelayanan dan persyaratan pelayanan.
- 3) Kepastian yaitu menyangkut informasi waktu, biaya dan petugas pelayanan yang jelas
- 4) Keadilan yaitu memberi perhatian yang sama terhadap pelanggan tanpa adanya diskriminasi yang dapat dilihat dari materi atau kedekatan seseorang.

Keamanan dan kenyamanan hasil produk pelayanan memenuhi kualitas teknis dan dilengkapi dengan jaminan pelayanan secara administrasi.

5. Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian

Menurut Azwar, (2010) mutu pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan penampilan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik profesi serta standar yang telah ditetapkan.

Menurut Woodside, 1989 bahwa mutu suatu pelayanan sangat terkait erat dengan kepuasan pelanggan dan juga mempengaruhi kepuasan pelanggan. Mutu pelayanan dan kepuasan pelanggan merupakan faktor kunci yang berpengaruh dalam intensitas pembelian produk barang atau jasa oleh konsumen (Munaryo, 2008).

Kualitas atau mutu sebuah pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa sudut pandang/perspektif berikut ini :

1) Sudut pandang pasien dan masyarakat.

Kualitas pelayanan berarti suatu rasa empati, respek dan tanggap akan kebutuhannya dimana pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan pasien, dan diberikan dengan cara ramah pada waktu berkunjung

2) Sudut pandang petugas kesehatan

Kualitas pelayanan berarti melakukan segala sesuatu yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan masyarakat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang maju, kualitas peralatan yang baik dan memenuhi standar yang baik.

3) Sudut pandang manajer atau administrator

Kualitas pelayanan berarti apabila memiliki tenaga profesional yang berkualitas dan cukup. Pada umumnya seorang manajer mengharapkan suatu efisiensi dan kewajaran penyelenggaraan pelayanan, minimal tidak merugikan dipandang sebagai sudut berbagai aspek seperti pemborosan tenaga, peralatan, biaya, waktu dan sebagainya.

Pada hakekatnya bahwa tujuan penyelenggaraan kesehatan adalah untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan, dimana dari kualitas pelayanan kesehatan inilah yang dapat menimbulkan rasa kepuasan. Mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seorang pasien akan menunjukkan suatu kesempurnaan kualitas pelayanan kesehatan yang pada akhirnya dapat menunjuk kesempurnaan tingkat kepuasan pada setiap pasien. Semakin sempurna tingkat kepuasan pasien tersebut, berarti makin baik

kualitas mutu sebuah pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari sudut pandang pasien (pemakai jasa kesehatan), sudut pandang penyelenggara pelayanan kesehatan atau sudut pandang penyandang dana pelayanan (Pemerintah Daerah). Sudut pandang dari pasien sangat erat kaitannya dengan pelayanan kesehatan yang meliputi melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keramahmatan petugas dalam melayani pasien dan atau tentang kesembuhan penyakit yang sedang dideritanya.

Ada 2 (dua) pendekatan pelayanan berkualitas yang sering digunakan yaitu (Yamit , 2001:8)

1) *Service Triangle*

Service Triangle adalah model interaktif manajemen pelayanan yang menghubungkan antara perusahaan dengan pelanggannya. Terdiri 3 (tiga) elemen dengan titik fokusnya adalah pelanggan yaitu :

a) Strategi pelayanan (*Service Strategy*)

Strategi pelayanan adalah strategi untuk memberikan pelayanan kepada pelanggan dengan kualitas sebaik mungkin sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh perusahaan. Standar yang dibuat disesuaikan dengan harapan dan keinginan pelanggan sehingga tidak terjadi

kesenjangan antara pelayanan yang diberikan dan harapan dari pelanggan. Strategi pelayanan ini harus dirumuskan dan diimplementasikan seefektif mungkin sehingga mampu membuat pelayanan yang diberikan kepada pelanggan tampil beda dengan pesaingnya. Untuk merumuskan dan mengimplementasikan strategi pelayanan yang efektif, maka proses pelayanan harus fokus kepada kepuasan pelanggan sehingga diharapkan perusahaan mampu membuat pelanggan melakukan pembelian ulang pelayanan bahkan mampu meraih pelanggan baru.

b) Sumber daya manusia yang memberikan pelayanan (*service people*)

Pihak perusahaan pelayanan yang berhubungan dengan pelanggan (baik secara langsung maupun tidak langsung) harus mampu memberikan pelayanan kepada pelanggan secara tulus (empati), responsif, ramah, fokus dan menyadari bahwa kepuasan pelanggan adalah segalanya. Untuk itu sebuah perusahaan harus mampu memperhatikan kebutuhan konsumen/pelanggan baik internal maupun eksternalnya. Kebutuhan untuk pelanggan internal (karyawan) antara lain dengan menciptakan

lingkungan kerja yang kondusif, rasa aman dalam bekerja, penghasilan yang wajar dan memadai, manusiawi, sistem penilaian kinerja yang mampu menumbuhkan motivasi.

c) Sistem Pelayanan (*Service System*)

Sistem pelayanan adalah prosedur pelayanan kepada pelanggan yang melibatkan seluruh fasilitas fisik termasuk sumber daya manusia yang dimiliki perusahaan. Sistem pelayanan harus dibuat secara sederhana dan tidak berbelit belit dan sesuai standar yang telah berlaku.

2) *Total Quality Service (TQS)*

Pelayanan mutu terpadu adalah kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada orang yang berkepentingan dengan pelayanan (*stakeholder*) yaitu pelanggan, pegawai dan pemilik. Pelayanan mutu terpadu ini, memiliki lima elemen penting yang saling terkait yaitu :

a) *Market and costumers research*, yaitu penelitian untuk mengetahuistruktur pasar, segmen pasar, analisis pasar potensial, analisis kekuatan pasar, mengetahui harapan dan keinginan pelanggan atas pelayanan yang diberikan.

b) *Strategy formularium*, yaitu petunjuk arah dalam memberikan pelayanan berkualitas kepada pelanggan sehingga perusahaan dapat mempertahankan pelanggan.

- c) *Education, Training and Communication*, yaitu tindakan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia agar mempunyai kemampuan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas, mampu memahami keinginan dan harapan pelanggan.
- d) *Process Improvement*, yaitu melakukan desain ulang berkelanjutan untuk menyempurnakan proses pelayanan.
- e) *Assessment, Measurement and feedback*, yaitu penelitian dan pengukuran kinerja yang telah dicapai oleh karyawan atas pelayanan yang diberikan kepada pelanggan.

Kualitas pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan dengan melakukan pendekatan institusional maupun individual. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan dengan cara berikut :

- 1) Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya, tenaga, perlengkapan dan material yang diperlukan dengan menggunakan teknologi tinggi atau dengan kata lain meningkatkannya melalui input.
- 2) Memperbaiki metode atau penerapan teknologi yang digunakan dalam kegiatan pelayanan atau memperbaiki proses pelayanan organisasi pelayanan kesehatan.

Penilaian kualitas suatu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari berbagai komponen atau aspek pelayanan. Menurut Donabedian, (1980) seperti yang disampaikan oleh Bustami, (2011) bahwa komponen pelayanan tersebut dapat terdiri dari masukan (*input*, disebut juga *structure*), proses, dan hasil (*outcome*).

1) Masukan (*input*)

Masukan (*input*) adalah sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya manusia dan sumber daya (*resources*) lainnya di puskesmas dan rumah sakit. Beberapa aspek penting yang harus mendapatkan perhatian dalam hal ini adalah kejujuran, efektivitas dan efisiensi, serta kuantitas dan kualitas dari masukan yang ada.

2) Proses

Proses adalah semua kegiatan atau aktivitas dari seluruh karyawan dan tenaga profesi dalam interaksinya dengan pelanggan, baik pelanggan internal (sesama petugas atau karyawan) maupun pelanggan eksternal (pasien, pemasok barang, masyarakat yang datang ke puskesmas atau rumah sakit untuk maksud tertentu). Baik atau tidaknya proses yang dilakukan di puskesmas atau di rumah sakit dapat di ukur dari :

- a) Relevan atau tidaknya proses yang diterima oleh pelanggan;
- b) Efektif atau tidaknya proses yang dilakukan;
- c) Mutu proses yang dilakukan.

Variable proses merupakan pendekatan langsung terhadap mutu pelayanan kesehatan, semakin patuh petugas (profesi) terhadap standar pelayanan, maka semakin bermutu pula pelayanan kesehatan yang diberikan.

3) Hasil yang dicapai (*Outcomes*)

Hasil yang dicapai (*Outcomes*) adalah tindak lanjut dari keluaran berupa hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga profesi serta seluruh karyawan terhadap pelanggan. Hasil yang diharapkan dapat berupa perubahan yang terjadi pada pelanggan, baik secara fisik-fisikologis maupun social-psikologis, termasuk kepuasan pelanggan. Hasil merupakan pendekatan secara tidak langsung, namun sangat bermanfaat untuk mengukur mutu pelayanan di puskesmas, rumah sakit, atau institusi pelayanan kesehatan lainnya. Logika yang dipakai adalah jika masukan telah tersedia sesuai rencana, maka proses akan bisa terlaksana. Apabila proses dilaksanakan sesuai yang direncanakan berdasarkan standar yang ada, maka hasil akan tercapai dengan baik.

Penting untuk disikapi bahwa sistem pelayanan kesehatan terkait dengan :

- 1) Perencanaan, mulai dengan apa yang harus disediakan (masukan), apa yang harus dilakukan (proses), dan apa yang ingin dicapai (hasil).
- 2) Monitoring dan evaluasi untuk menyakinkan bahwa apa yang direncanakan betul-betul dilaksanakan, input telah tersedia, dan proses telah dilakukan seperti yang direncanakan untuk memberikan hasil yang baik.

Disisi lain ada penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan menurut Robert & Provest seperti dikutip Azwar bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat juga dilihat dari sudut pandang berbagai pihak yang terlibat dalam pelayanan yaitu :

- 1) Penyelenggara pelayanan kesehatan (*Health Provider*)
Pelayanan kesehatan lebih terkait dengan dimensi kesesuaian mutu pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir. Disamping juga memperhatikan otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- 2) Penyandang dana pelayanan kesehatan (*Health Financing*)
Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait dengan efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan,

dan atau kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

3) Pemakai jasa pelayanan kesehatan (*Health Consumer*)

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas pasien keramahtamahan petugas dalam pelayanan dan atau kesembuhan atas penyakit yang diderita pasien.

Pada prinsipnya bahwa penilaian sebuah mutu pelayanan kesehatan yang diterima oleh seorang pasien bersifat subyektif, tapi kita tidak boleh meninggalkan penilaian sisi obyektif pelayanan kesehatan. Penilaian ini sangat dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dari pasien, pendidikan, situasi psikis waktu pelayanan dan juga pengaruh faktor lingkungan.

Sebuah perusahaan memberikan pelayanan terbaik kepada pelanggannya adalah untuk memperoleh dan mempertahankan keuntungan. Kunci dari hal ini adalah kepuasan pelanggan. Sehingga penting sekali untuk memberikan pelayanan kepada pelanggan sebaik-baiknya. Dapat dikatakan bahwa pelayanan pelanggan adalah menyediakan segala sesuatu untuk orang lain yang dilakukan berdasarkan kesadaran untuk melayani, rasa empati, usaha untuk selalu melakukan perbaikan,

berpandangan ke masa depan, penuh inisiatif, menunjukkan perhatian serta selalu melakukan evaluasi.

Dari sisi pemberi jasa pelayanan, ada 2 penilaian yang perlu diperhatikan dalam setiap memberi pelayanan yaitu faktor teknis medis dan faktor hubungan interpersonal. Hubungan teknis medis ini meliputi penjelasan atau pemberian informasi secara jelas, lengkap dan terperinci tentang penyakit yang dideritanya dan tindakan atau pengobatan atau prosedur apa yang akan dilakukan pada pasien. Sedang hubungan interpersonal petugas dengan pasien meliputi kemampuan memberikan informasi, rasa empati, kejujuran, ketulusan hati, kepekaaan dan kepercayaan dengan selalu memperhatikan kerahasiaan pribadi pasien.

Menurut Brown dalam Pohan, (2006) bahwa mutu barang atau jasa itu bersifat multidimensi, demikian pula dengan mutu layanan kesehatan. Dimensi mutu layanan kesehatan itu antara lain :

a) Dimensi kompetensi teknis

Dimensi kompetensi teknis menyangkut keterampilan, kemampuan dan penampilan atau kinerja pemberi layanan kesehatan. dimensi ini berhubungan dengan bagaimana pemberi layanan kesehatan mengikuti standar layanan

kesehatan yang telah disepakati, yang meliputi kepatuhan, ketepatan, kebenaran dan konsistensi.

b) Dimensi keterjangkauan atau akses terhadap layanan kesehatan

Dimensi keterjangkauan atau akses, artinya layanan kesehatan itu harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa.

- 1) Akses geografis diukur dengan jarak, lama perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi, dan atau hambatan fisik lain yang menghalangi seseorang untuk mendapatkan layanan kesehatan.
- 2) Akses ekonomi berhubungan dengan kemampuan membayar biaya layanan kesehatan.
- 3) Akses sosial atau budaya berhubungan dengan dapat diterimanya atau tidaknya layanan kesehatan itu secara sosial atau nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku.
- 4) Akses organisasi ialah sejauh mana layanan kesehatan itu diatur agar member kemudahan atau kenyamanan kepada pasien atau konsumen.

5) Akses bahasa, artinya pasien harus dilayani dengan menggunakan bahasa atau dialek yang dapat dipahami oleh pasien.

c) Dimensi efektivitas

Layanan kesehatan harus mampu mengobati atau mengurangi keluhan yang ada bergantung pada standar layanan kesehatan itu digunakan dengan tepat, konsisten dan sesuai dengan situasi setempat.

d) Dimensi efisiensi

Layanan kesehatan yang efisien dapat melayani lebih banyak pasien dan atau masyarakat. Layanan yang tidak memenuhi standar umumnya berbiaya mahal, kurang nyaman bagi pasien, memerlukan waktu lama dan menimbulkan resiko yang lebih besar harapan pasien.

e) Dimensi kesinambungan

Pada dimensi ini layanan kesehatan harus dapat melayani pasien sesuai dengan kebutuhannya, termasuk rujukan jika diperlukan tanpa mengulang prosedur diagnosis dan terapi yang tidak perlu.

f) Dimensi keamanan

Layanan kesehatan harus aman baik bagi pasien, bagi pemberi layanan, maupun bagi masyarakat

sekitarnya. Layanan kesehatan yang bermutu harus aman dari resiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang ditimbulkan oleh layanan kesehatan itu sendiri.

g) Dimensi kenyamanan

Kenyamanan atau kenikmatan dapat menimbulkan kepercayaan pasien untuk datang berobat kembali ke tempat tersebut. Kenyamanan juga terkait dengan penampilan fisik layanan kesehatan, pemberi pelayanan, peralatan medis dan nonmedis. Misalnya tersedia pendingin ruangan (AC), televisi, majalah, musik atau kebersihan dalam suatu ruangan tunggu.

h) Dimensi kenyamanan

Layanan kesehatan yang bermutu harus mampu memberikan informasi yang jelas tentang apa, siapa, kapan, dimana dan bagaimana layanan kesehatan itu akan dan atau telah dilaksanakan.

i) Dimensi ketepatan waktu

Agar berhasil, layanan kesehatan itu harus dilaksanakan dalam waktu dan cara yang tepat, oleh pemberi layanan kesehatan yang tepat dan menggunakan peralatan dan obat yang tepat, serta dengan biaya yang efisien.

j) Dimensi hubungan antara manusia

Hubungan antar manusia merupakan interaksi antara pemberi layanan kesehatan (*provider*) dengan pasien atau konsumen, antar sesama pemberi layanan kesehatan, rumah sakit, puskesmas, pemerintah daerah, dan lain-lain.

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mutu Layanan Kesehatan

Mutu berkaitan dengan banyak orang. Oleh karena itu komitmen setiap orang dalam peningkatan mutu sangat penting. Demikian pula dengan ketersediaan mereka untuk menerima dan melaksanakan perubahan. Menurut Christine, (1992 dalam Pohan, 2006). Ada beberapa faktor yang menjadi pendorong suatu mutu layanan kesehatan diterapkan, faktor-faktor tersebut antara lain :

1) Faktor profesi

a) Etika profesi

Etika profesi yaitu mengenai apa yang boleh dan apa yang tidak boleh dilakukan oleh profesi. Apabila seorang profesi melakukan sesuatu yang bertentangan dengan etika profesi, ia akan mendapat teguran dari organisasi profesinya. Jika pelanggaran merugikan orang lain, yang bersangkutan dapat dituntut secara perdata dan pidana, kemudian dicabut izin prakteknya.

b) Berkembangnya otonomi profesi dan pertanggung-gugatan profesi

Profesi layanan kesehatan yang semakin bertanggungjawab terhadap kegiatan yang mereka lakukan, menunjukkan komitmen yang taat asas dan tanggung gugat terhadap layanan kesehatan.

c) Hubungan antar profesi

Suatu layanan kesehatan yang bermutu pada umumnya memerlukan kerja sama antar profesi. Dengan demikian, komunikasi antar profesi harus efisien dan efektif.

d) Masalah moral

Setiap orang yang bekerja dilingkungan kesehatan memiliki kewajiban moral untuk menerima tanggung-jawab guna menyelenggarakan layanan kesehatan yang bermutu kepada setiap pasien tanpa pilih kasih. Keyakinan setiap moral dari setiap profesi layanan kesehatan mungkin akan memengaruhi jenis layanan kesehatan yang dapat diberikan.

2) Faktor ekonomi

a) Perubahan demografi

Perubahan demografi atau kependudukan menyebabkan penambahan penduduk sehingga semakin banyak orang yang harus dipelihara kesehatannya. Banyak masyarakat tidak mampu mendapatkan akses kepada layanan kesehatan. Oleh sebab itu, terdapat suatu kebutuhan untuk membuat layanan kesehatan menjadi semakin efisien atau yang secara ekonomis dapat dipertanggungjawabkan.

b) Distribusi sumber daya

Dalam era otonomi, alokasi sumber daya kesehatan merupakan kewenangan daerah. Jaminan mutu layanan kesehatan akan menentukan apakah layanan kesehatan itu layak dan memenuhi kebutuhan pasien serta biaya-biaya yang dapat dijangkau pasien. Adanya tanggung gugat perorangan dari profesi layanan kesehatan terhadap pasien akibat adanya hubungan langsung antara pasien dan profesi layanan kesehatan.

3) Faktor sosial/politik

a) Kesadaran masyarakat

Desakan masyarakat telah menimbulkan keharusan untuk membuat layanan kesehatan semakin efisien. Masyarakat umumnya mendapat informasi yang lebih baik tentang layanan kesehatan. Keadaan itu semakin nyata dalam era demokrasi dan otonomi. Jika mereka merasa layanan kesehatan yang diberikan tidak memenuhi persyaratan mutu layanan kesehatan, mereka akan mengeluh atau menulis di koran.

b) Harapan masyarakat

Berubahnya harapan masyarakat menjadi alasan mengapa jaminan mutu layanan kesehatan harus diterapkan dalam layanan kesehatan. Jumlah lembaga konsumen semakin banyak dan akan menginformasikan hak individu atau kelompok.

c) Peraturan perundang-undangan

Undang-Undang Kesehatan, yaitu Undang-Undang nomor 23 tahun 1992, jelas menyebutkan tentang standar layanan kesehatan. banyak standar layanan kesehatan minimal yang telah ditetapkan dan akan menjadi bagian dari jaminan mutu layanan kesehatan.

d) Akreditasi

e) Tekanan internasional

Forum politik internasional juga mempunyai pengaruh terhadap layanan kesehatan yaitu WHO.

4) Dimensi mutu layanan kesehatan

Salah satu cara untuk mengukur sebuah kualitas jasa pelayanan adalah dengan mengetahui persepsi tentang jasa pelayanan tersebut dari pelanggan. Begitu juga dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dengan mengetahui penilaian atau persepsi pelayanan tersebut oleh pasien. Pengukuran kualitas tersebut dapat dilakukan dengan berbagai sudut pandang atau penilaian. Salah satu diantaranya yaitu melalui 5 dimensi kualitas pelayanan (*service quality*) atau sering disingkat *ServQual* yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1988) dalam Bustami (2011). Secara jelas dapat digambarkan berikut ini:

- 1) *Tangibles* (bukti langsung/fisik), yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan penampilan atau eksistensinya kepada pihak eksternal atau pelanggannya yang meliputi sumber daya manusia (tenaga/pegawai/personil), sarana dan prasarana (perlengkapan) serta fasilitas fisik lainnya.

- 2) *Reliability* (keterandalan atau kehandalan), yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan atau diharapkan yang terwujud secara akurat dan terpercaya.
- 3) *Responsiveness* (daya tanggap), yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam merespon atau kesigapan pegawainya dalam memberikan setiap bantuan pelayanan secara cepat, tanggap dan tepat kepada pelanggannya melalui sikap dan penyampaian informasi yang jelas.
- 4) *Assurance* (jaminan), yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam menumbuhkan rasa kepercayaan dan keyakinan pelanggannya melalui pengetahuan, kemampuan, sikap, keramahan dan sifat yang dapat dipercaya yang dimiliki oleh pegawai/petugas.
- 5) *Empathy* (perhatian/empati), yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam memberikan perhatian secara tulus dan individual kepada pelanggannya dengan perasaan yang dapat dirasakan melalui sikap kesopansantunan, pengetahuan, perhatian, komunikasi dan hubungan interpersonal yang baik.

B. Penelitian Terkait

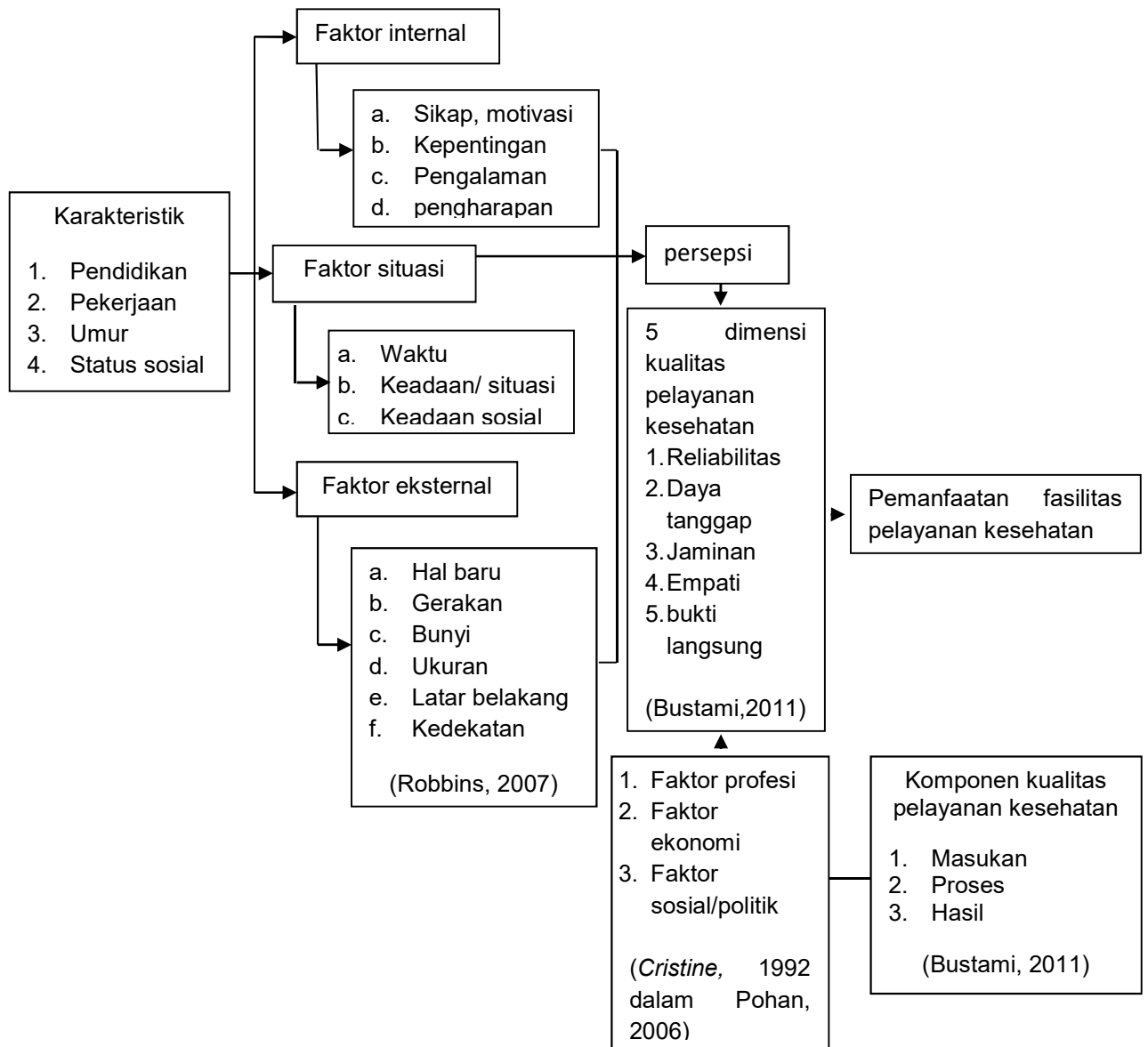
Adapun penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Munaryo (2008) tentang analisis pengaruh persepsi mutu pelayanan rawat inap terhadap minat pemanfaatan ulang di RSUD Kab. Brebes. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil analisa bivariat uji *chi square* diperoleh ada hubungan antara masing-masing variabel bebas persepsi mutu pelayanan dokter ($p=0,020$), mutu pelayanan keperawatan ($p=0,025$), mutu sarana ($p=0,008$), dan mutu lingkungan rawat inap dengan variabel terikat yaitu minat pemanfaatan ulang pelayanan ($p=0,016$).
2. Asmita (2008) tentang analisis pengaruh persepsi pasien tentang mutu pelayanan dokter terhadap loyalitas pasien di Poliklinik Umum Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. Hasil analisis uji hubungan antara persepsi pasien tentang mutu pelayanan dokter dengan loyalitas pasien didapatkan hasil ada hubungan antara persepsi pasien tentang ketrampilan teknis medis dokter dengan loyalitas pasien ($p\text{-value}=0,0001$, $p \leq 0,05$), ada hubungan antara persepsi pasien tentang sikap dokter dengan loyalitas pasien ($p\text{-value}=0,0001$, $p \leq 0,05$), ada hubungan antara persepsi pasien tentang penyampaian informasi oleh dokter dengan loyalitas pasien ($p\text{-value}=0,0001$, $p \leq 0,05$), ada hubungan antara

persepsi pasien tentang ketepatan waktu pelayanan dokter dengan loyalitas pasien (*p-value*=0,0001, $p \leq 0,05$), ada hubungan antara persepsi pasien tentang ketersediaan waktu konsultasi dengan loyalitas pasien (*p-value*=0,0001, $p \leq 0,05$).

C. Kerangka Teori Penelitian

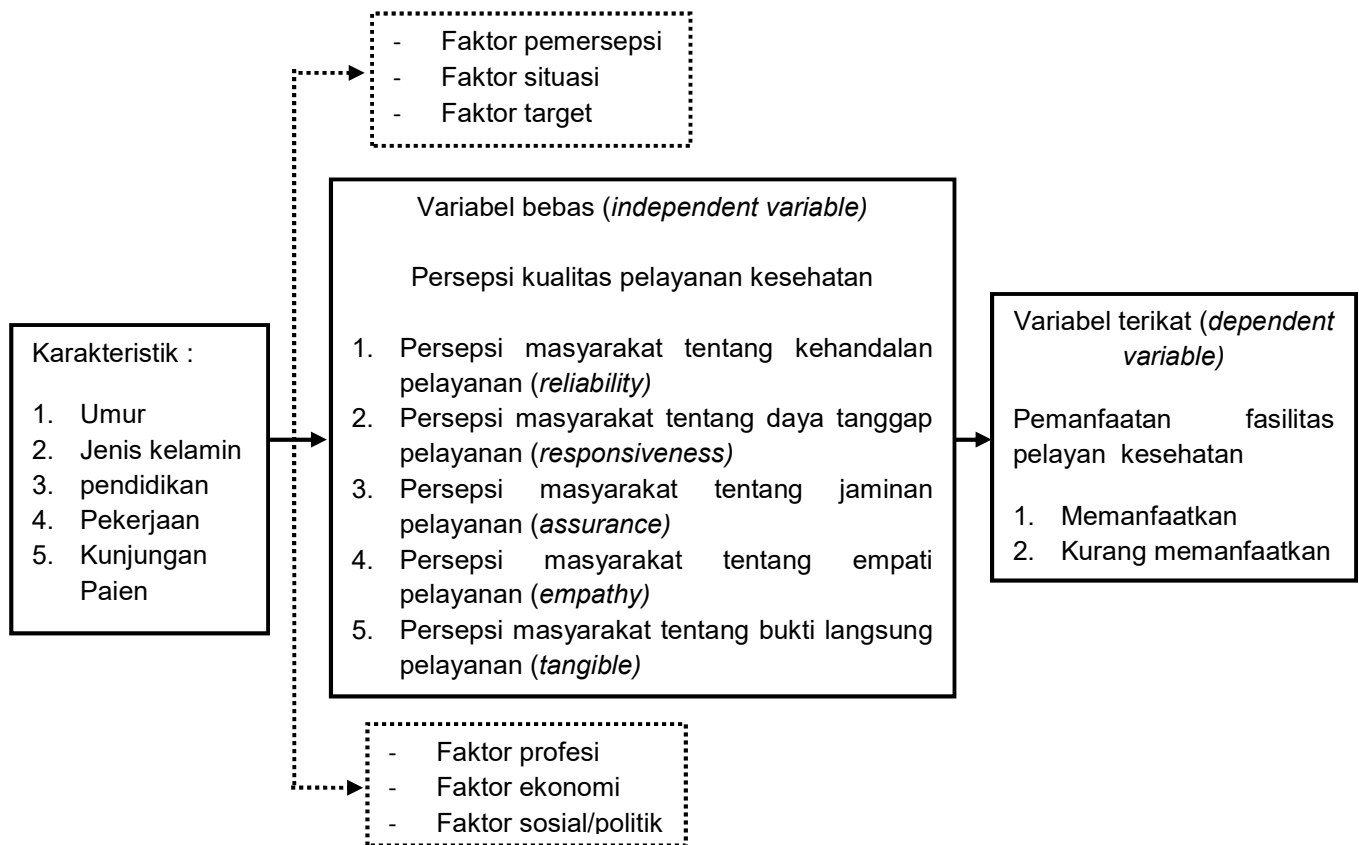
Kerangka teori ini mengacu pada telaah pustaka yang ada bahwa pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh persepsi masyarakat di pengaruhi oleh faktor internal, faktor situasi dan faktor eksternal yang dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 2. 2 Kerangka teori penelitian

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2012). Kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

—————▶ = variabel diteliti

.....▶ = variabel tidak diteliti

E. Hipotesis Penelitian

Dari arti katanya, hipotesis memang berasal dari 2 penggalan kata, "*hypo*" yang artinya "dibawah" dan "*thesa*" yang artinya "kebenaran". Hipotesis dapat diartikan sebagai suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian dan terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2010).

Hipotesis alternatif (hipotesis penelitian) adalah lawannya hipotesis nol yang berbunyi adanya perbedaan atau adanya hubungan antara dua fenomena yang diteliti, hipotesis non (hipotesis statistik) ini diartikan sebagai tidak adanya hubungan atau perbedaan antara dua fenomena yang diteliti (Setiadi, 2007).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. H_a : Ada hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) di dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara.
2. H_o : Tidak ada hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) di dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara.

BAB III
METODE PENELITIAN

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan pembahasan dan uraian dari hasil penelitian maka penelitian dapat mengambil saran dan kesimpulan dari hasil penelitian hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) di dusun Sidorejo Kec. Loa Kulu Kab. Kutai Kartanegara pada 61 responden.

A. Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari tujuan penelitian ini diantaranya sebagai berikut:

1. Karakteristik responden di wilayah kerja Puskesmas Jonggon Jaya dapat di jelaskan sebagai berikut:
 - a. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa dari 61 responden paling banyak responden jenis kelamin perempuan yaitu 32 responden (52,5%)
 - b. Karakteristik responden berdasarkan umur menunjukkan bahwa dari 61 responden responden yang paling banyak yaitu umur 56-65 tahun responden (37,7%).

- c. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan menunjukkan bahwa dari 61 responden paling banyak responden yang berpendidikan SMA/SLTA yaitu 31 responden (50,8).
 - d. Karakteristik responden berdasarkan status pekerjaan menunjukkan bahwa dari 61 responden paling banyak responden yang bekerja sebagai lain-lain yaitu 38 responden (62,3).
 - e. Karakteristik responden berdasarkan kunjungan berobat menunjukkan bahwa dari 61 responden sebagian besar responden yang berkunjung > 3x yaitu 48 responden (78,7%).
2. Persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang baik sebanyak 34 responden (55,7%), sedangkan persepsi terhadap kualitas pelayanan yang tidak baik sebanyak 27 responden (44,3%).
 3. Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) yang memanfaatkan sebanyak 48 responden (78,7%), sedangkan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) yang tidak memanfaatkan sebanyak 13 responden (21,3%).
 4. tidak adanya hubungan yang bermakna (tidak signifikan) antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) di dusun Sidorejo tahun 2016 dengan nilai $p=0,639$.

B. Saran

Penelitian ini memiliki beberapa saran yang dapat disampaikan yang kiranya dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya bagian puskesmas, yaitu:

1. Bagi responden

agar responden tetap mempertahankan persepsi yang baik terhadap kualitas pelayanan kesehatan sehingga bisa lebih memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas).

2. Bagi Puskesmas

Tingkatkan terus dimensi kualitas pelayanan agar banyak masyarakat yang berkunjung kembali ke puskesmas.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan untuk dapat mengkaji dan mengidentifikasi secara lebih mendalam terhadap berbagai variabel persepsi kualitas pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

A. Wawan & Dewi M., (2010). *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Manusia*. Nuha Medika. Yogyakarta

Azwar. A. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara

Arikunto. S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Protes*. Jakarta: Rineka Cipta

Bustami. (2011). *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga

Elly Erawati, A.F., dkk. (2010). *Sistem Penjaminan Mutu Internal Perguruan tinggi. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi*. Jakarta: Kemeterian Pendidikan Nasional

Depdiknas. (2003). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta

Depkes. (2008). *Laporan Nasional;Riset Kesehatan Dasar tahun 2007*. Jakarta

Gordon et.al. (2002). *Management and organization behavior*. Boston; Alynn and Bacon

Gunarsa, S.D (2008). *Psikolog Perawatan*. Jakarta: BPK Gunung Mulia

Hungu, (2007). *Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Grasindo

Hurlock, E. (2004). *Psikolog Perkembangan*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka

Kemenkes RI. (2003). *Laporan Nasional : Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara nomor 63 tahun 2004 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara nomor 25 tahun 2004 tentang pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah

Kurniawati. (2008). *Gambaran Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan*. Skripsi, tidak dipublikasikan. Jakarta : Universitas Indonesia

Moenir. (2006). *Management Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara

Munaryo. (2008). *Analisis Pengaruh Persepsi Mutu Pelayanan Rawat Inap terhadap Minat Pemanfaatan Ulang di RSUD Kab. Brebes*. Tesis dipublikasikan, Semarang: Universitas Diponegoro, Indonesia

Nadesul. (2008). *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Erlangga

Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Rineka Cipta

_____. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

_____. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta

Nursalam. (2008). *Konsep Penerapan Metodologi Penelitian dan Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Poerwadarminta, W.J.S. (2003). *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka

Pohan. (2006). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan ; Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC

Riyanto. (2013). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Robbins. (2007). *Perilaku Organisasi*. Edisi 12. Jakarta: Salemba Empat

Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan : Riset Keperawatan*. Edisi pertama. Jogjakarta: Graha Ilmu

Sobur. (2011). *Psikologi Umum*. Bandung: CV. Pustaka Setia

Sugiono, dkk. (2013). Faktor yang Berhubungan dengan Minat Pemanfaatan kembali Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Stella Mois. Makasar.

Suharjo, (2007). *Arti Penting Pendidikan Mitgasi Bencana Dalam Mengurangi Resiko Bencana*. Yogyakarta:Yogyakarta Press

Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC

Sunyoto dan Setiawan. (2013). *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Supranto, J. (1997). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta: PT. Rineka Cipta

Tjipjono. F. (1997). *Strategi Bisnis dan Manajemen*. Yogyakarta: PT. Penerbit Andi

Trimurthy, I. (2008). *Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Pandanaran Kota Semarang*. Tesis dipublikasi, Semarang: Universitas Diponegoro, Indonesia

Triwibowo dan Pusphandani. (2015). *Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuhi Medika

Undang-Undang RI nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

Wijono. (2003). *Managemen Mutu Pelayanan Kesehatan Volume 1*. Jakarta: Universitas Airlangga

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

Nama : Sylvia Siti Nur Rossida
Tempat/Tanggal Lahir : Long Iram/04 Desember 1993
Alamat Asal : Dusun Sidorejo RT 015 Desa Margahayu
Kecamatan Loa Kulu Kabupaten Kutai
Kartanegara
Alamat Sekarang : Jl. A.M. Sangaji Gang 03 RT 03 No. 12
Kelurahan Bandara Kecamatan Sungai Pinang
Samarinda

Telephone/HP : 0857 5392 2424
Email : sylviasnr24@yahoo.com
sylviasnr24@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. Tamat SD : SDN 027 Loa Kulu (2000-2006)
2. Tamat SMP : SMP N 05 Loa Kulu (2006-2009)
3. Tamat SMK : SMK TI Airlangga (2009-2012)
4. Sarjana : Sedang menempuh Program S1 Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda (2012-sekarang)

Lampiran 4

KUESIONER PENELITIAN

Petunjuk Pengisian

1. Jawablah lembar pernyataan dibawah ini secara jujur, objektif dan penuh tanggung jawab terhadap penelitian.
2. Bacalah dengan hati-hati dan jawablah pada setiap pertanyaan yang berhubungan dengan kehidupan anda. Berikan tanda (√) pada jawaban yang tersedia
3. Setelah saudara/saudari isi, periksalah kembali untuk memungkinkan semua pernyataan telah terisi dengan baik.

A. Data Demografi Responden

Kode :

1. JenisKelamin

- ;
- | | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Laki-laki |
| <input type="checkbox"/> | 2. Perempuan |

2. Umur

- ;
- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 17-25 |
| <input type="checkbox"/> | 2. 26-35 |
| <input type="checkbox"/> | 3. 36-45 |
| <input type="checkbox"/> | 4. 46-55 |
| <input type="checkbox"/> | 5. 56-65 |

3. Pendidikan

- ;
- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. S1 |
| <input type="checkbox"/> | 2. SMA/SLTA |
| <input type="checkbox"/> | 3. SMP/SLTP |
| <input type="checkbox"/> | 4. SD |
| <input type="checkbox"/> | 5. Tidak tamat SD/Tidak Sekolah |

4. Pekerjaan

- ;
- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. PNS |
| <input type="checkbox"/> | 2. Swasta |
| <input type="checkbox"/> | 3. Wiraswasta |
| <input type="checkbox"/> | 4. Lain-lain (IRT, Petani, Pekebun) |

5. Kunjungan Pasien

- ;
- | | |
|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 1. < 3x |
| <input type="checkbox"/> | 2. > 3x |

A. Kuesioner Persepsi Kualitas Pelayanan Kesehatan

Petunjuk Pengisian

1. Mohon kerja sama dan kesediaan anda untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada
2. Beri tanda cek (√) pada kolom yang sesuai dengan pendapat anda
3. Terdiri dari 22 pertanyaan yang harus diisi
4. Keterangan menjawab :

√	SS	= Sangat Setuju	(Nilai = 5)
√	S	= Setuju	(Nilai = 4)
√	RR	= Ragu-ragu	(Nilai = 3)
√	TS	= Tidak Setuju	(Nilai = 2)
√	STS	= Sangat Tidak Setuju	(Nilai = 1)

No.	PERNYATAAN	ALTERNATIF JAWABAN				
		SS	S	RR	TS	STS
A. Kehandalan (<i>Reliability</i>)						
1	Petugas kesehatan tidak memberikan informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia, cara penggunaannya dan tata tertib yang berlaku di puskesmas					
2	Petugas kesehatan memberi informasi dengan jelas tentang hal-hal yang harus dipatuhi dalam perawatan anda					
3	Petugas kesehatan memberikan informasi dengan jelas tentang hal-hal yang dilarang dalam perawatan anda					
4	Petugas kesehatan terampil dalam memberikan pelayanan					
B. Daya Tanggap (<i>Responsiveness</i>)						
5	Pelayanan yang diberikan oleh Petugas kesehatan cepat					
6	Petugas memberikan informasi dengan jelas					
7	Petugas selalu mendengarkan keluhan anda dengan baik					
8	Petugas memberikan informasi dengan lengkap kepada anda					

9	Petugas kesehatan selalu menawarkan bantuan kepada anda yang terlihat kebingungan					
C. Jaminan (<i>Assurance</i>)						
10	Petugas kesehatan memberi perhatian terhadap keluhan yang anda rasakan					
11	Petugas kesehatan jujur dalam memberikan informasi tentang keadaan anda					
12	Petugas kesehatan selalu memberi salam ketika bertemu anda					
13	Petugas kesehatan selalu memberi senyum ketika bertemu anda					
14	Petugas berusaha menjaga kenyamanan pasien					
D. Empati (<i>Empathy</i>)						
15	Petugas kesehatan memberikan perhatian khusus kepada anda					
16	Petugas kesehatan memberikan informasi kepada anda tentang segala tindakan perawatan yang akan dilaksanakan					
17	Petugas kesehatan mudah ditemui dan dihubungi bila anda membutuhkan					
18	Petugas selalu bersikap sabar dalam memberikan penjelasan atau keterangan kepada anda					
E BUKTI LANGSUNG (<i>Tangibles</i>)						
19	Ruang tunggu selalu dalam keadaan bersih					
20	Petugas menjaga kebersihan, kesiapan dan kelengkapan alat-alat kesehatan yang digunakan					
21	Petugas kesehatan tidak menjaga kerapian penampilannya					
22	Tersedia fasilitas lain di ruang tunggu (TV, surat kabar, majalah)					

KUESIONER VARIABEL DEPENDEN
(PEMANFAATAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN)

Petunjuk Pengisian

1. Mohon kerja sama dan kesediaan anda untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada
2. Beri tanda lingkaran pada angka yang sesuai dengan pendapat anda
Contoh :

(3) 2 1

3. Terdiri dari 5 pertanyaan yang harus diisi
4. Keterangan jawaban
1 = kadang-kadang
2 = sering
3 = selalu

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah setiap mengalami masalah kesehatan anda berkunjung ke puskesmas	3 2 1
2.	Apakah anda pergi ke puskesmas hanya ketika sedang sakit	3 2 1
3.	Apakah anda rutin berkunjung ke puskesmas untuk memeriksa kesehatan	3 2 1
4.	Apakah anda datang ke puskesmas untuk mengikuti promosi kesehatan (promkes)	3 2 1
5.	Apakah anda rajin control ke puskesmas setelah sakit	3 2 1

Lampiran uji validitas (persepsi)

		Correlations																														SKOR TOTAL		
		PKPK1	PKPK2	PKPK3	PKPK4	PKPK5	PKPK6	PKPK7	PKPK8	PKPK9	PKPK10	PKPK11	PKPK12	PKPK13	PKPK14	PKPK15	PKPK16	PKPK17	PKPK18	PKPK19	PKPK20	PKPK21	PKPK22	PKPK23	PKPK24	PKPK25	PKPK26	PKPK27	PKPK28	PKPK29	PKPK30			
PKPK1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	-.149	.214	.126	.093	-.133	-.027	.153	.048	.009	.056	.484*	-.323	-.304	-.021	.188	.015	.079	.417	.138	-.138	.117	-.055	-.224	-.344	.111	.121	-.169	-.178	.087	.016		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
PKPK2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.149	1	.172	.246	.260	.000	.145	.093	-.028	-.079	-.175	.115	.346	.327	-.019	.055	.133	.322	.219	.021	.340	-.060	.240	.320	.292	.251	.499*	-.302	.209	.156	.477*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
PKPK3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.214	.172	1	.805*	.278	.257	.231	.192	-.041	.241	.179	.332	.166	.235	.368*	.294	.217	-.114	.273	-.104	.074	.114	-.115	-.307	-.113	.297	.052	-.184	-.099	.124	.428*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
PKPK4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.126	.246	.805*	1	.357	.421	.447	.407	.139	.271	.138	.355	.044	.042	.169	.309	.208	-.107	.346	-.006	.260	-.024	.095	-.143	-.097	.379	.156	-.298	.115	.309	.543*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
PKPK5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.093	.260	.278	.357	1	.263	.491	.359	-.106	.017	.239	.240	.360	.339	-.148	.239	.078	.217	.355	.141	.629*	.050	.009	.166	.196	-.092	.135	.034	.232	.022	.532*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
PKPK6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.133	.000	.257	.421	.263	1	.705*	.634*	.134	.336	.296	.137	.171	.161	.371	-.016	.337	-.150	.173	-.269	.171	-.402*	.320	.032	-.155	-.021	.069	.141	.013	-.021	.462*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
PKPK7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.027	.145	.231	.440	.461	.705*	1	.545*	-.123	-.121	.217	.209	.313	.246	-.036	-.177	.151	-.149	.164	-.172	.209	-.339	.168	-.121	-.057	.009	.131	-.126	-.019	-.006	.076		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
PKPK8	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.153	.063	.192	.407	.359	.634*	.545*	1	.386*	.607*	.624*	.366	.228	.172	.275	.023	.459*	-.155	.259	-.232	.101	-.328	.655*	.232	-.133	-.132	-.011	.136	.244	-.225	.632*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
PKPK9	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.048	-.028	-.013	-.100	.134	-.123	.306	.607*	1	.712	.202	.204	-.345	-.208	.428*	.011	-.141	.591	.061	.973	.165	.989	.655	.448	.611	.039	.412	.110	.547	.097	.032		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
PKPK10	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.009	-.079	.241	.271	.017	.338	-.121	.607*	.712*	1	.636*	.335	-.003	.037	.613*	.044	.301	-.147	.364	-.069	.193	.009	.473*	.251	.102	-.243	-.022	.369*	.397	.042	.579*		
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	
PKPK11	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.056	-.175	.179	.138	.238	.296	.217	.624*	.202	.636*	1	.432*	.162	.204	.204	.007	.330	-.195	.016	-.012	.127	.067	.278	.075	.069	-.421	-.122	.329	.269	-.214	.416*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PKPK12	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.484*	.115	.332	.355	.240	.137	-.209	.366*	.245	.335	.432*	1	.125	.118	.162	.000	.462	.411	.570*	.000	.269	.000	.284	.173	.114	-.114	.376*	.237	.000	.225	.586*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PKPK13	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.323	.346	.166	.044	.360	.171	.313	.228	-.245	.003	.162	.125	1	.972*	.365*	-.258	.635*	.411*	-.047	-.469*	.268	-.453*	.473*	.390*	.454*	-.114	.141	.178	-.104	-.338	.526*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PKPK14	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.304	.327	.225	.042	.329	.161	.246	.172	-.289	.027	.204	.118	.972*	1	.421*	-.243	.599*	.387	-.090	-.505*	.253	-.427*	.424*	.367	.482*	-.162	.133	.224	-.098	.318	.517*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PKPK15	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.021	-.019	.368	.169	-.148	.371	-.036	.275	.422	.613*	.204	.162	.365*	.421*	1	-.054	.508*	.084	.251	-.351	.032	-.179	.408	.075	.177	-.068	.071	.249	.007	-.005	.524*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PKPK16	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.198	.099	.294	.399	.239	-.016	-.177	.023	-.025	.044	.007	.000	-.356	-.243	-.054	1	-.961	.193	-.076	.279	-.034	.456*	-.136	.040	-.421*	.033	-.075	-.141	.134	.160	.091		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PKPK17	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.015	.133	.217	.208	.079	.337	.315	.459*	.011	.301	.330	.462	.635*	.599*	.506*	-.061	1	.462	.216	-.524*	.070	-.470*	.694*	.507*	.031	-.309	.188	.289	-.053	.955	.615*		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PKPK18	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.079	.332	-.114	-.107	.217	-.150	-.149	-.155	-.141	-.147	-.195	.411	.411	.387	.064	.193	.462*	1	.114	-.081	.227	-.099	.306	.664*	.261	-.204	.437	.208	-.019	.234	.070		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PKPK19	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.417*	.219	.273	.346	.255	.173	.164	.259	.503*	.364	.016	.570*	-.047	-.080	.251	-.070	.216	1	.210	.536*	.028	.160	.088	.017	.116	.044	.048	-.017	.439*	.496*			
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PKPK20	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.138	.031	-.104	-.006	.141	-.269	-.172	-.232	.302	-.069	-.012	.000	-.489*	-.505*	-.351	.279	-.524*	-.081	1	.210	1	.340	.813*	-.493*	-.247	-.073	.010	.017	-.225	.160	.354	-.163	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
PKPK21	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)																																	

Reliability
(persepsi)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.845	22

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PKPK2	78.47	66.671	.360	.843
PKPK3	77.80	70.234	.286	.844
PKPK4	77.70	69.321	.389	.840
PKPK5	77.87	70.464	.423	.840
PKPK6	78.30	67.114	.421	.839
PKPK7	77.83	70.351	.370	.841
PKPK8	78.00	67.172	.592	.833
PKPK9	77.67	72.368	.220	.845
PKPK10	78.03	68.102	.458	.837
PKPK11	78.07	70.685	.352	.841
PKPK12	77.97	72.378	.494	.842
PKPK13	78.97	63.413	.606	.830
PKPK14	78.97	63.068	.585	.831
PKPK15	78.33	67.609	.481	.836
PKPK17	78.53	68.051	.670	.833
PKPK18	78.00	72.828	.316	.844
PKPK19	78.23	69.909	.369	.841
PKPK21	77.93	70.754	.444	.840
PKPK23	79.03	60.102	.587	.832
PKPK24	78.30	68.700	.428	.839
PKPK25	79.17	68.213	.267	.849
PKPK27	78.13	69.982	.358	.841

UJI VALIDITAS

Correlations

(Pemanfaatan)

Correlations

		PFPK1	PFPK2	PFPK3	PFPK4	PFPK5	SKOR TOTAL
PFPK1	Pearson Correlation	1	.745**	.957**	.745**	.630**	.912**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30
PFPK2	Pearson Correlation	.745**	1	.709**	.543**	.745**	.820**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.002	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30
PFPK3	Pearson Correlation	.957**	.709**	1	.848**	.776**	.965**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30
PFPK4	Pearson Correlation	.745**	.543**	.848**	1	.745**	.888**
	Sig. (2-tailed)	.000	.002	.000		.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30
PFPK5	Pearson Correlation	.630**	.745**	.776**	.745**	1	.872**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000
	N	30	30	30	30	30	30
SKOR TOTAL	Pearson Correlation	.912**	.820**	.965**	.888**	.872**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

RELIABILITY

(pemanfaatan)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.932	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PFPK1	11.07	5.099	.861	.910
PFPK2	11.03	5.689	.740	.932
PFPK3	11.10	4.852	.943	.893
PFPK4	11.20	4.648	.802	.926
PFPK5	11.07	5.237	.800	.921

Lampiran hasil penelitian

Analisa univariat

Karakteristik responden

Statistics

		Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Kunjungan Pasien
N	Valid	61	61	61	61	61
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	1.52	1.82	2.74	3.41	1.80
	Median	2.00	2.00	2.00	4.00	2.00
	Mode	2	2	2	4	2
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maximum	2	2	4	4	2

Frequencies Statistics

		Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Kunjungan Pasien
N	Valid	61	61	61	61	61
	Missing	0	0	0	0	0

**Frequency Table
Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	29	47.5	47.5	47.5
	perempuan	32	52.5	52.5	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 30 tahun	11	18.0	18.0	18.0
	> 30 tahun	50	82.0	82.0	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S1	4	6.6	6.6	6.6
	SMA/SLTA	31	50.8	50.8	57.4
	SMP/SLTP	3	4.9	4.9	62.3
	SD	23	37.7	37.7	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	1	1.6	1.6	1.6
	SWASTA	11	18.0	18.0	19.7
	WIRASWASTA	11	18.0	18.0	37.7
	LAIN-LAIN	38	62.3	62.3	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Kunjungan Pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 3x	13	21.3	21.3	21.3
	> 3x	48	78.7	78.7	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

KOLMOGOROV (PERSEPSI)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%

Descriptives

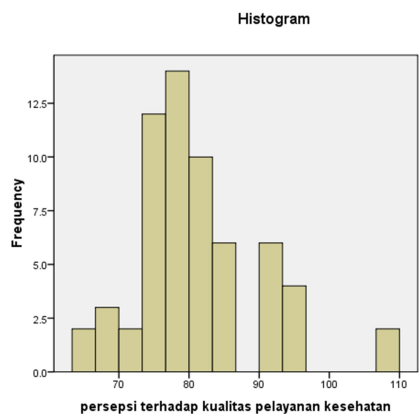
				Statistic	Std. Error
persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan	Mean			81.11	1.147
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		78.82	
		Upper Bound		83.41	
	5% Trimmed Mean			80.63	
	Median			79.00	
	Variance			80.303	
	Std. Deviation			8.961	
	Minimum			65	
	Maximum			109	
	Range			44	
	Interquartile Range			10	
	Skewness			1.032	.306
	Kurtosis			1.543	.604

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan	.144	61	.003	.923	61	.001

a. Lilliefors Significance Correction

persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan



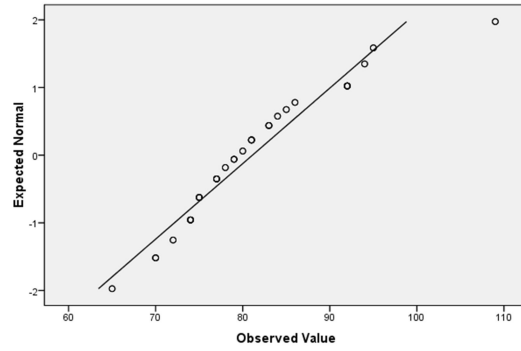
persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan Stem-and-Leaf Plot

Frequency Stem & Leaf

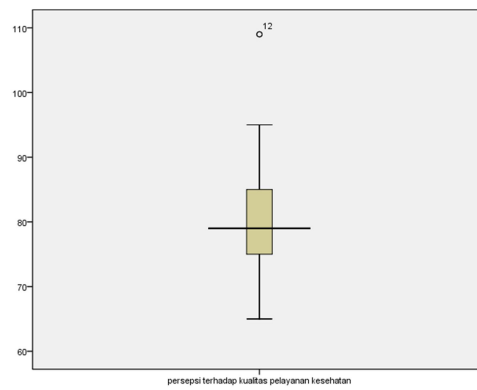
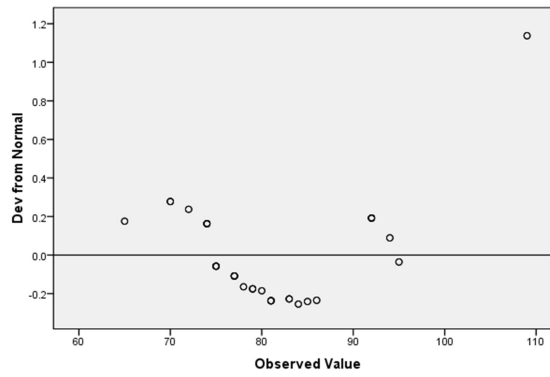
```
.00 6 .
2.00 6 . 55
11.00 7 . 00022444444
18.00 7 . 5555577777889999
14.00 8 . 00111111333344
4.00 8 . 5566
8.00 9 . 2222244
2.00 9 . 55
2.00 Extremes (>=109)
```

Stem width: 10
Each leaf: 1 case(s)

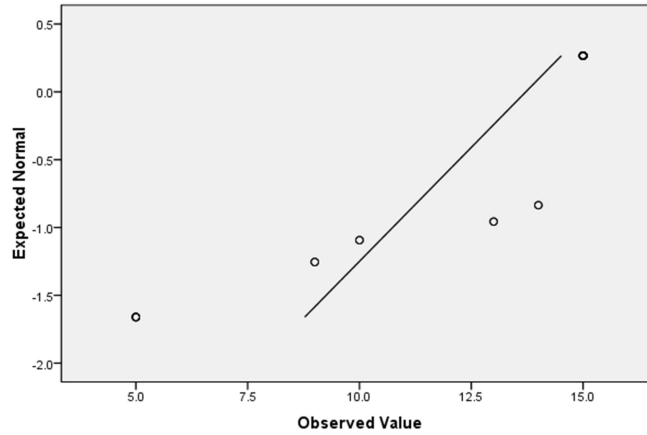
Normal Q-Q Plot of persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan



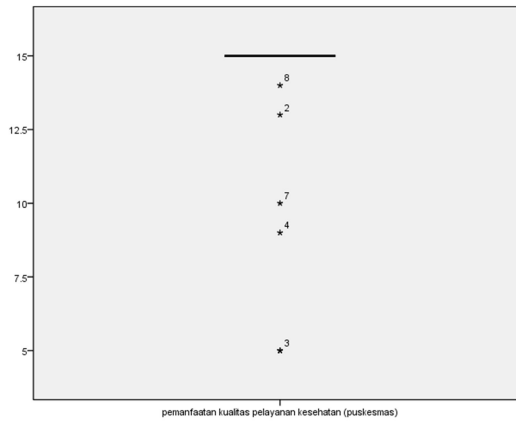
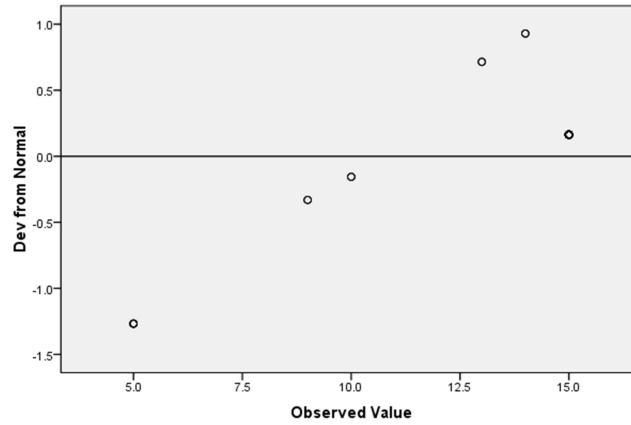
Detrended Normal Q-Q Plot of persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan



Normal Q-Q Plot of pemanfaatan kualitas pelayanan kesehatan (puskesmas)



Detrended Normal Q-Q Plot of pemanfaatan kualitas pelayanan kesehatan (puskesmas)



Analisa Univariat
(persepsi dan pemanfaatan)

Frequencies

Statistics

		persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan	pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas)
N	Valid	61	61
	Missing	0	0

Frequency Table

persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	34	55.7	55.7	55.7
	tidak baik	27	44.3	44.3	100.0
Total		61	100.0	100.0	

pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	memanfaatkan	48	78.7	78.7	78.7
	kurang memanfaatkan	13	21.3	21.3	100.0
Total		61	100.0	100.0	

Analisa Bivariat
(CHI-SQUARE)
Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
persepsi terhadap kualitas pelayanan * pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas)	61	100.0%	0	.0%	61	100.0%

persepsi terhadap kualitas pelayanan * pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) Crosstabulation

			pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas)		Total
			memanfaatkan	kurang memanfaatkan	
persepsi terhadap kualitas pelayanan	baik	Count	28	6	34
		% within persepsi terhadap kualitas pelayanan	82.4%	17.6%	100.0%
		% within pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas)	58.3%	46.2%	55.7%
		% of Total	45.9%	9.8%	55.7%
	tidak baik	Count	20	7	27
		% within persepsi terhadap kualitas pelayanan	74.1%	25.9%	100.0%
		% within pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas)	41.7%	53.8%	44.3%
		% of Total	32.8%	11.5%	44.3%
Total	Count	48	13	61	
	% within persepsi terhadap kualitas pelayanan	78.7%	21.3%	100.0%	
	% within pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas)	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	78.7%	21.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.615 ^a	1	.433		
Continuity Correction ^b	.220	1	.639		
Likelihood Ratio	.612	1	.434		
Fisher's Exact Test				.534	.318
Linear-by-Linear Association	.605	1	.437		
N of Valid Cases ^b	61				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.75.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for persepsi terhadap kualitas pelayanan (baik / tidak baik)	1.633	.476	5.600
For cohort pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) = memanfaatkan	1.112	.847	1.459
For cohort pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas) = tidak memanfaatkan	.681	.259	1.789
N of Valid Cases	61		



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
DINAS KESEHATAN
JL. CUT NYAK DIEN NO. 39 TELP. (0541) 61082 FAX. 62258 KODE POS 75512
TENGGARONG

=====

REKOMENDASI

NOMOR : 440.050/7425 / SEKRT / XI / 2015

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : drg.H.Koentijo Wibdarminto,MA
NIP : 19620720 198812 1 002
Pangkat/Gol : Pembina Utama Muda
Jabatan : Kepala Dinas Kesehatan Kab.Kukar Kartanegara

Dengan ini menerangkan bahwa :

Menindaklanjuti Surat dari Fakultas S-1 Keperawatan Samarinda tanggal 16 November 2015, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda, perihal Permohonan Ijin Studi Pendahuluan Penelitian sebagai persyaratan untuk Mencapai S1 :


Nama : Sylvia Siti Nur Rossida
N P M : 1211308230478
Judul : Hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat di desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara.

Berkaitan dengan hal itu Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara memberikan Rekomendasi kepada Mahasiswa yang bersangkutan untuk melakukan kegiatan Studi Pendahuluan Penelitian di Puskesmas Jonggon Jaya dan semua pihak yang terkait agar bisa membantu pelaksanaan tersebut.

Demikian keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tenggarong, 23 November 2015

K e p a l a ,


drg.H.Koentijo Wibdarminto,MA
Pembina Utama Muda
NIP.19620720.198812.1.002



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
UPT DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS JONGGON JAYA
KECAMATAN LOA KULU
JL. POROS II RT. VI NO. 9 DESA JONGGON JAYA KODE POS 7557

Nomor : 445.1-005 / 2018 / TU / 2016
Lampiran :
Perihal : **Jawaban Persetujuan ijin
Penelitian Uji Validitas**

Kepada Yth,
Ketua Prodi S1 Keperawatan
STIKES MUHAMMADIYAH
SAMARINDA

Di -

Tempat

Menindak lanjuti surat dari kepala Dinas Kesehatan 440.050/2046/Sekret/III/2016 dan surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda Nomor 1001/11.3.AU/PS.3/F/2016 Tentang permohonan ijin penelitian Untuk Mencapai SI Keperawatan Atas nama:

Nama : Sylvia Siti Nur Rossida

NIM : 1211308230478

Judul Skripsi : Hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas) di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara.

Maka menimbang hal di atas, maka kami UPTD Puskesmas Jonggon Jaya Tidak Keberatan Serta memberikan ijin kegiatan dimaksud sesuai tempat dan waktu yang sudah di tentukan.

Terkait hal tersebut maka saudara harus melaporkan hasil kegiatan penelitian di maksud selambat - lambatnya 2 (dua) minggu setelah pelaksanaan penelitian.

Demikian hal inidi sampaikan agar dapat di laksanakan dengan sebaik-baiknya.



Jonggon Jaya, 19 April 2016

Kepala UPT Puskesmas Jonggon Jaya


M. Ali Mahati, SKM, M. Adm. Kes

Nip: 197308101993031010



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
UPT DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS JONGGON JAYA
KECAMATAN LOA KULU
JL. POROS II RT. VI NO. 9 DESA JONGGON JAYA KODE POS 7557

Nomor : 445.1-005 / 147 / TU / 2016

Lampiran :

Perihal : **Jawaban Persetujuan ijin Penelitian**

Kepada Yth,
Ketua Prodi S1 Keperawatan
STIKES MUHAMMADIYAH
SAMARINDA

Di -

Tempat

Menindak lanjuti surat dari kepala Dinas Kesehatan 440.050/2435/Sekret/IV/2016 dan surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda Nomor 1044/11.3.AU/PS.3/F/2016 Tentang permohonan ijin penelitian Untuk Mencapai SI Keperawatan Atas nama:

Nama : Sylvia Siti Nur Rossida


NIM : 1211308230478

Judul Skripsi : Hubungan antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas) di Desa Margahayu Kecamatan Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara.

Maka menimbang hal di atas, maka kami UPTD Puskesmas Jonggon Jaya Tidak Keberatan Serta memberikan ijin kegiatan dimaksud sesuai tempat dan waktu yang sudah di tentukan.

Terkait hal tersebut maka saudara harus melaporkan hasil kegiatan penelitian di maksud selambat - lambatnya 2 (dua) minggu setelah pelaksanaan penelitian yang di tujuan kepada Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.

Demikian hal ini di sampaikan agar dapat di laksanakan dengan sebaik-baiknya.

Jonggon Jaya, 30 Mei 2016
Kepala UPT Puskesmas Jonggon Jaya

M. Ali Hanafi, SKM, M. Adm. Kes
Nip. 197308101993031010

