

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persepsi

2.1.1 Definisi Persepsi

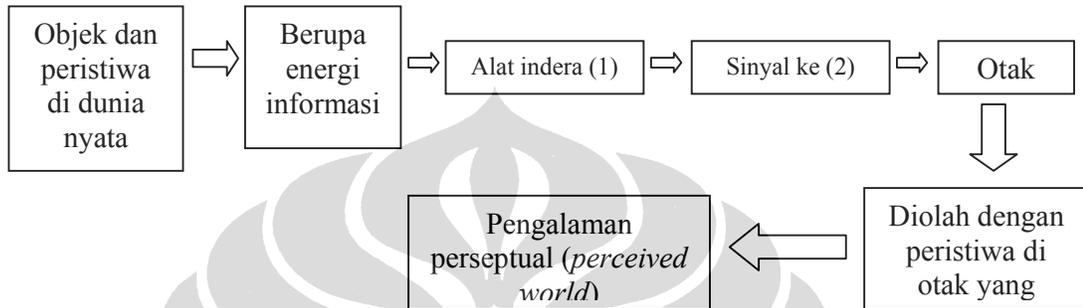
Persepsi adalah cara kita menginterpretasikan atau mengerti pesan yang telah diproses oleh sistem inderawi kita. Dengan kata lain persepsi adalah proses memberi makna pada sensasi. Proses persepsi didahului oleh proses sensasi. Sensasi merupakan tahap paling awal dalam penerimaan informasi. Sensasi berasal dari kata *sense*, yang artinya alat indera yang menghubungkan organisme dengan lingkungannya. Sensasi adalah proses menangkap stimuli melalui alat indera. Proses sensasi terjadi saat alat indera mengubah informasi menjadi impuls-impuls saraf yang dimengerti oleh otak. Dengan melakukan persepsi, manusia memperoleh pengetahuan baru. Persepsi mengubah sensasi menjadi informasi (Mutmainnah, 1997).

Obyek-obyek disekitar kita dapat kita tangkap melalui alat-alat indera dan diproyeksikan pada bagian tertentu di otak sehingga kita dapat mengamati obyek tersebut. Pada seorang bayi yang baru lahir, bayangan-bayangan yang sampai ke otak masih bercampur aduk, sehingga bayi tersebut belum dapat membedakan benda-benda dengan jelas. Makin besar anak tersebut makin baiklah struktur susunan syaraf dan otaknya, dan ditambah dengan bertambahnya pengalaman, anak tersebut mulai dapat mengenali obyek-obyek satu persatu, membedakan antara satu benda dengan benda lainnya dan mengelompokkan benda-benda yang berdekatan atau serupa. Ia mulai dapat memfokuskan perhatiannya pada satu obyek, sedangkan obyek-obyek lain disekitarnya dianggap sebagai latar. Kemampuan untuk membedakan, mengelompokkan, memfokuskan dan sebagainya itu, disebut sebagai kemampuan untuk mengorganisasikan pengamatan atau persepsi (Sarwono, 2000). Dalam hidupnya indera manusia selalu kontak dengan berbagai rangsangan (stimulus). Kita bereaksi untuk menguraikan pola stimulus yang biasanya hampir tidak kita sadari

bagian-bagian kecilnya. Persepsi adalah proses dimana kita mengorganisasi dan menafsirkan pola stimulasi ini dalam lingkungannya (Atkinson, 1991).

2.1.2 Proses Terjadinya Persepsi

Gambar 2.1 Proses Terjadinya Persepsi



Sumber : Psikologi Komunikasi (Mutmainnah, 1997)

Objek atau peristiwa di dunia nyata (*real world*) diterima oleh alat indera (1), berupa energi atau informasi (disebut stimulus). Stimulus ini akan diubah oleh alat indera menjadi sinyal yang dimengerti oleh otak (2). “Komputer” otak akan mengolahnya dengan membandingkannya dengan peristiwa-peristiwa yang relevan yang tersimpan di otak (3) hingga menjadi pengalaman perseptual. Dunia yang dipersepsi bukanlah “dunia yang nyata” (*real world*). Yang kita persepsi adalah “dunia yang kita pahami” (*perceived world*). Artinya, dunia yang kita kenal sebenarnya adalah dunia yang kita beri arti, makna atau tafsiran. Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi proses persepsi adalah perhatian (*attention*). Perhatian ini terjadi bila kita memusatkan diri hanya pada salah satu indera, dan mengabaikan masukan melalui indera-indera lainnya. Ada dua faktor yang mempengaruhi perhatian kita, yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal meliputi : intensitas stimuli, gerakan, *novelty* (hal-hal baru, yang luar biasa) dan pengulangan. Faktor-faktor internal yang mempengaruhi perhatian kita adalah faktor biologis dan faktor sosiopsikologis seperti kebiasaan, motif, kebutuhan dan sebagainya (Mutmainnah dkk, 1997).

2.1.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi

Seperti juga sensasi, persepsi setiap orang terhadap pesan yang diterimanya tidak sama. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi tersebut adalah :

a. Faktor-faktor personal.

Karakter orang yang melakukan persepsi mempengaruhi bagaimana ia mempersepsikan suatu obyek, hal ini mencakup :

1) Kebutuhan atau motif

Orang yang sehari-hari kurang makan akan memberi perhatian ekstra terhadap informasi tentang makanan, seorang karyawan percetakan besar akan memilih membaca Koran dibandingkan berita-berita lainnya.

2) Sikap, nilai, preferensi, dan keyakinan

Misalnya seorang simpatisan partai X akan memilih berita-berita tentang partai X dibandingkan berita tentang partai Y atau Z.

3) Tujuan

Tujuan kita akan mempengaruhi bagaimana persepsi kita akan sesuatu.

4) Kapabilitas

Kapabilitas mencakup hal-hal seperti tingkat intelegensia, kemampuan akan suatu topik, dan kemampuan berbahasa.

5) Kegunaan

Kegunaan suatu informasi bagi kita. Kita cenderung untuk mengerti dan lebih mengingat pesan-pesan yang berguna bagi kita

6) Gaya komunikasi

Gaya komunikasi mempengaruhi persepsi, misalnya orang yang *introvert* atau pemalu cenderung akan mencari informasi tentang kesehatan di buku daripada langsung pergi ke dokter.

7) Pengalaman dan kebiasaan

Pengalaman dan kebiasaan terbentuk dari pendidikan dan budaya.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi stimuli, mencakup :

1) Karakter fisik stimuli, misalnya ukuran, warna, intensitas dan sebagainya.

2) Pengorganisasian pesan

Cara bagaimana pesan diatur atau diorganisasikan mempengaruhi persepsi kita, misalnya sebuah serial cerita akan dibuat “menggantung” hingga membuat orang penasaran dan ingin menonton kelanjutannya.

3) *Novelty* (kebaruan, keluarbiasaan)

Hal-hal yang baru atau luar biasa akan lebih dapat menyedot perhatian kita dibandingkan hal-hal yang rutin atau biasa-biasa saja.

4) Mode, yakni bagaimana informasi itu diserap oleh pancaindera (bisa melalui pengelihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, atau pengecapan).

5) Asal mula informasi

Asal mula informasi mempengaruhi kita dalam menyerap pesan. Ada informasi yang berasal dari lingkungan fisik, dari diri sendiri, dari orang lain (melalui komunikasi antar pribadi), dari media massa, dan lain-lain.

c. Pengaruh, media dan lingkungan

Media atau *channel* berpengaruh dalam penerimaan dan pengolahan informasi. Informasi tentang kesehatan yang didapat dari berita televisi akan dipersepsikan berbeda jika informasi tersebut dibaca dari jurnal kesehatan, informasi dari radio berbeda dengan yang di televisi, informasi dari surat kabar serius akan berbeda dengan dengan informasi yang sama di koran kuning, dan sebagainya. Faktor lingkungan juga sangat berpengaruh. Situasi komunikasi, *setting* atau konteks yang mendasari suatu proses komunikasi berpengaruh pada persepsi kita akan sesuatu (Mutmainnah, 1997).

2.1.4 Organisasi Dalam Persepsi

Organisasi dalam persepsi mengikuti berbagai prinsip, yaitu :

a. Wujud dan latar sebagai wujud

Obyek-obyek yang kita amati disekitar kita selalu muncul (*figure*) dengan hal-hal lainnya sebagai latar (*ground*), misalnya kalau kita melihat sebuah meja dalam kamar, maka meja itu akan tampil sebagai wujud dan benda-benda lainnya di kamar itu akan menjadi latar.

b. Pola pengelompokan

Hal-hal tertentu cenderung kita kelompok-kelompokkan dalam persepsi kita, dan bagaimana cara kita mengelompok-kelompokkan itu akan menentukan bagaimana kita mengamati hal-hal tersebut.

Karena adanya organisasi persepsi, dan karena manusia selalu belajar dari pengalaman, maka lambat laun tersusunlah pola pengamatan yang menetap dalam diri kita masing-masing. Dengan adanya ketetapan pola pengamatan ini, maka sesuatu yang sekarang terlihat sebagai “hitam”, besok juga akan dilihat sebagai “hitam” dan tidak berganti menjadi merah atau hijau. Beberapa pola pengamatan yang menetap, yaitu :

a. Ketetapan warna

Sesuatu yang hitam tetap akan diamati sebagai hitam, baik di bawah sinar terang maupun yang agak gelap.

b. Ketetapan bentuk

Sebuah pintu, misalnya tetap akan kita amati sebagai benda yang berbentuk empat persegi panjang, sekalipun kadang-kadang dari sudut pandangan tertentu pintu dapat tampak sebagai trapesium atau jajaran-genjang dan sebagainya.

c. Ketetapan ukuran

Pohon setinggi dua meter, kalau dilihat dari jauh mungkin akan tampak sangat kecil, tetapi kita tetap mempersepsikannya sebagai benda yang tinggi dan besar.

d. Ketetapan letak

Dalam kendaraan yang berjalan, kita akan melihat pohon-pohon dan tiang listrik-tiang listrik bergerak, tetapi dalam persepsi kita, pohon dan tiang listrik tersebut tetap saja ditempatnya masing-masing, tidak bergerak (Sarwono, 2000)

2.1.5 Peran Belajar Dalam Persepsi

Fenomena tentang persepsi jarak dan gerak, organisasi persepsi, dan berbagai macam konstansi persepsi dengan mudah dan meyakinkan dapat didemonstrasikan, sehingga kini terdapat kesepakatan umum tentang apa yang

dihayati. Namun, masih tetap terdapat ketidaksepakatan tentang bagaimana menjelaskan apa yang terjadi. Salah satu pertanyaan tradisional tentang persepsi visual adalah apakah kemampuan kita menghayati keadaan sekitar, ini dapat dipelajari atau pembawaan sejak lahir - masalah alam - lingkungan biasa. Penyelidikan yang berkaitan tentang persepsi ini kembali ke para ahli filsafat abad ke-17 dan 18.

Kelompok para *nativi* (termasuk Descartes dan Kant), menyatakan bahwa kita dilahirkan dengan kemampuan menghayati apa-apa yang kita hayati. Sebaliknya, para *empiris* (termasuk Barkeley dan Locke) mempertahankan bahwa kita mempelajari cara menghayati sesuatu melalui pengalaman berbagai dengan benda dalam dunia kita. Para ahli jiwa kontemporer yakin, bahwa penggabungan yang menguntungkan dari kedua sudut pandang mungkin dilakukan. Tidak seorangpun kini meragukan bahwa praktek dan pengalaman mempengaruhi persepsi. Masalahnya adalah seberapa jauh kapasitas persepsi pembawaan dan seberapa jauh kapasitas yang diperoleh sebagai hasil pengalaman. Terdapat beberapa kawasan penyelidikan yang memberi informasi tentang pesan belajar dalam persepsi (Atkinson at al, 1991).

2.1.6 Persepsi Dan Pengenalan Mengenai Gejala Sakit

Vander Zenden (1988) berpendapat bahwa, meskipun diantara 9 dari 10 orang menganggap dirinya dalam kondisi kesehatan yang baik, kenyataannya terdapat 1 dari 4 orang menderita penyakit kronis. Pernyataan ini memperkokoh bahwa pendapat Pannebaker (1982) yang menyatakan bahwa “...*if people accurately perceived their physiological activity, there would be no need for a book on the psychology of physical symptoms..*”

Kemampuan orang untuk melaporkan sensasi-sensasi tubuh sangat kurang .Orang-orang tidak mempunyai jalan masuk langsung kedalam kondisi internal mereka. Hal ini menyebabkan adanya ruang bagi sejumlah variabel yang berperan dalam mengenali, memberi nama, serta menafsirkan gejala-gejala.

Oleh karena itu, tidak ada hubungan langsung antara pengenalan gejala dengan konsultasi medis. Sebaliknya, suatu sistem pengaturan diri yang sangat kompleks terlibat : proses persepsi, pemberian nama, serta penjelasan tentang

gejala sangat dipengaruhi tidak hanya oleh (parahnya) gejala, tetapi juga oleh aspek kognitif (misalnya: *modelling*) dan sosial.

Taylor (1991) menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi gejala, yaitu :

a. Perbedaan-perbedaan individual

Sebagian orang ada yang lebih memperhatikan suatu gejala daripada orang lain. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhinya antara lain :

1) Perbedaan-perbedaan perhatian

Orang yang memusatkan perhatian pada diri sendiri lebih cepat memperhatikan adanya gejala daripada orang yang memusatkan perhatian pada lingkungan dan kegiatan mereka. Pennebaker (1982) melihat bahwa orang yang mempunyai pekerjaan membosankan, terisolir dari masyarakat, atau hidup sendiri lebih banyak melaporkan adanya gejala daripada orang yang mempunyai pekerjaan menarik, yang lebih dalam kehidupan sosial, atau hidup dengan orang lain. Salah satu alasannya mungkin karena kelompok kedua mengalami lebih banyak selingan dan kurang memperhatikan diri sendiri dibandingkan dengan kelompok pertama.

2) Stress

Bila orang berada dibawah tekanan stress mereka mungkin percaya bahwa mereka akan lebih mudah terserang kesakitan sehingga akan lebih memperhatikan tubuhnya. Mereka juga mengalami perubahan-perubahan fisiologis yang berkaitan dengan stress, serta menginterpretasikan perubahan-perubahan ini sebagai gejala kesakitan.

3) Suasana hati (*Mood*)

Suasana hati juga mempengaruhi penghargaan diri terhadap kesehatan. Bila orang dalam suasana hati positif, mereka mengira bahwa mereka lebih sehat, lebih jarang melaporkan tentang ingatan yang berhubungan dengan kesakitan, serta lebih sedikit melaporkan tentang gejala.

Faktor-faktor tersebut diatas mungkin sebagian dapat menjelaskan mengapa begitu banyak ditemukan perbedaan demografis yang mempengaruhi laporan tentang gejala : orang yang lebih tua (umur), wanita (jenis kelamin), tidak menikah atau diceraikan (status perkawinan), orang yang hidup sendiri (status

kediaman), pengangguran (status pekerjaan), tingkat pendidikan dan pendapatan yang lebih tinggi (SES), melaporkan lebih banyak gejala (Pennebaker, 1982).

b. Faktor-faktor situasi

Situasi yang membosankan menyebabkan orang lebih memperhatikan terhadap adanya gejala daripada situasi yang menarik. Misalnya, suatu gejala cenderung dirasakan pada saat orang sedang beristirahat dirumah daripada sibuk.

Fokus perhatian (*salience*): semua faktor situasional yang menimbulkan kesakitan atau gejala menonjol, membuat kesakitan/gejala tersebut lebih mudah diketahui. Misalnya “*Medical Student Disease*” dan “efek *placebo*”

c. Perbedaan budaya

Studi antar budaya menekankan perbedaan-perbedaan kultural dalam pengalaman (serta penafsiran) gejala-gejala. Contohnya, budaya-budaya dimana bantuan psikologis profesional jarang ada (atau kurang diterima oleh kelompok sosial) masalah kesehatan mental tidak hanya ditafsirkan, tetapi juga dirasakan serta dilaporkan sebagai keluhan fisik (Smet, 1994).

2.2 Pelayanan Kesehatan

2.2.1 Definisi Pelayanan Kesehatan

Salah satu subsistem yang terdapat dalam Sistem Kesehatan Nasional adalah Subsistem Pelayanan Kesehatan. Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Levey dan Loomba, 1973) yang dikutip Azwar (1996).

Ada 2 (dua) jenis pelayanan kesehatan, yaitu :

a. Pelayanan Kedokteran (*Medical Services*)

Pelayanan ini ditandai dengan pengorganisasian yang bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*). Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat (*Public Health Service*)

Pelayanan ini ditandai dengan pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama kelompok dan masyarakat (Hodgetts dan Cascio, 1983) yang dikutip Azwar (1996).

2.2.2 Karakteristik Pelayanan Kesehatan

Karakteristik atau atribut yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas pelayanan kesehatan setidaknya memenuhi karakteristik pelayanan yang menurut Vincent Gospersz meliputi 10 dimensi, yaitu :

a. Kepastian waktu pelayanan

Ketepatan waktu yang diharapkan berkaitan dengan waktu proses atau penyelesaian, pengiriman, jaminan atau garansi dan menanggapi keluhan.

b. Akurasi pelayanan

Akurasi pelayanan berkaitan dengan realibilitas pelayanan, bebas dari kesalahan-kesalahan.

c. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan

d. Tanggung jawab manajemen

Bertanggung jawab dalam penerimaan pesan atau permintaan dan penanganan keluhan pelanggan eksternal (konsumen).

e. Kelengkapan

Kelengkapan pelayanan menyangkut lingkup pelayanan, ketersediaan sarana pendukung, dan pelayanan komplementer.

f. Kemudahan mendapatkan pelayanan

Kemudahan mendapatkan pelayanan berkaitan dengan banyaknya outlet, petugas yang melayani, dan fasilitas pendukung.

g. Variasi model pelayanan

Variasi model pelayanan berkaitan dengan inovasi untuk memberikan pola-pola baru pelayanan, *features* pelayanan.

h. Pelayanan pribadi

Pelayanan pribadi berkaitan dengan kemampuan dalam memberikan, menanggapi kebutuhan khas.

i. Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan

Kenyamanan pelayanan berkaitan dengan ruang tunggu/tempat pelayanan, kemudahan, ketersediaan data/informasi, dan petunjuk-petunjuk.

j. Atribut pendukung pelayanan

Atribut pendukung pelayanan dapat berupa ruang tunggu yang cukup, AC, bahan bacaan, TV, musik, dan kebersihan lingkungan (Muslim, 2009)

2.2.3 Karakteristik Jasa Pelayanan Kesehatan

Menurut Kotler & Bloom yang dikutip Mainiarti (2007), pengertian jasa adalah setiap kegiatan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lainnya, yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak menghasilkan kepemilikan. Produk jasa dapat berhubungan dengan produk fisik, maupun tidak. Adapun ciri-ciri atau karakteristik utama dari jasa pelayanan kesehatan adalah :

1. Tidak berwujud (*Intangibility*)

Jasa kesehatan merupakan produk yang tidak dapat dilihat, diciptakan, atau dibau sebelum jasa tersebut dibeli oleh pasien. Jasa pelayanan kesehatan hanya dapat dikonsumsi, tidak dapat dimiliki bila pasien membeli jasa pelayanan kesehatan, maka pasien tersebut hanya dapat menggunakan dan memanfaatkan jasa tersebut.

2. Tidak Terpisahkan (*Inseparability*)

Jasa kesehatan tidak dapat dipisahkan dari penyediannya. Jasa kesehatan dapat dihasilkan dan dikonsumsi secara bersama. Jasa pelayanan kesehatan baru dapat dikonsumsi bila ada interaksi antara penyedia dan pembeli jasa kesehatan.

3. Keragaman (*Variability*)

Jasa pelayanan kesehatan sangat beragam dan selalau berubah tergantung dari penyedia pelayanan dan kapan jasa pelayanan disediakan serta tergantung interaksi penyedia dan penerima jasa. Jasa yang berasal dari manusia umumnya kurang standar dan beragam bila dibandingkan dengan mesin.

4. Mudah Rusak (*Pariability*)

Jasa pelayanan kesehatan merupakan komoditi yang tidak dapat disimpan dan tahan lama, sehingga bila jasa pelayanan kesehatan tidak digunakan maka jasa tersebut akan berlalu begitu saja.

2.2.4 Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Services*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*Basic Health Services*), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan dasar diperlukan untuk masyarakat yang mengalami sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Oleh karena itu, jumlah kelompok ini dalam satu populasi sangat besar (lebih kurang 85%) (Notoatmojo, 1996).

Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama bersifat pelayanan rawat jalan (*ambulatory/out patient services*). Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah Puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling dan Balkesmas (Azwar, 1996).

Jenis pelayanan kesehatan dasar berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1457 tahun 2003 adalah sebagai berikut :

- a. Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Bayi
- b. Pelayanan Kesehatan Prasekolah Dan Usia Sekolah
- c. Pelayanan Keluarga Berencana
- d. Pelayanan Imunisasi
- e. Pelayanan Pengobatan/ Perawatan.
- f. Pelayanan Kesehatan Jiwa
- g. Pelayanan Kesehatan Kerja
- h. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut

2.2.5 Pelayanan Kesehatan Rujukan

Yang dimaksud dengan sistem rujukan (*referral system*) di Indonesia, seperti yang telah dirumuskan dalam SK Menkes RI Nomor 32 Tahun 1972 adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan dan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal, dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

Ada 2 jenis rujukan kesehatan yang berlaku di Indonesia yaitu :

a. Rujukan Kesehatan Masyarakat

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat (*Public Health service*). Cakupan rujukan pelayanan kesehatan masyarakat adalah masalah kesehatan masyarakat, misalnya kejadian luar biasa, pencemaran lingkungan dan bencana.

Rujukan pelayanan kesehatan masyarakat juga dilakukan apabila suatu Puskesmas tidak mampu menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat wajib dan pengembangan, padahal upaya kesehatan masyarakat tersebut telah menjadi kebutuhan masyarakat. Apabila suatu Puskesmas tidak mampu menanggulangi masalah kesehatan masyarakat, maka Puskesmas wajib merujuknya ke dinas Kesehatan kabupaten/kota.

Rujukan kesehatan dibedakan atas tiga macam yakni :

- 1) Rujukan tenaga dalam bentuk antara lain : dukungan tenaga ahli untuk penyidikan sebab dan asal usulkejangkitan serta penanggulangan pada bencana alam dan gangguan kamtibmas.
- 2) Rujukan sarana, berupa antara lain : bantuan laboratorium kesehatan dan teknologi.
- 3) Rujukan operasional, berupa antara lain : bantuan obat, vaksin, pangan pada saat terjadi bencana, pemeriksaan bahan (*specimen*) bila terjadi keracunan masal, dan pemeriksaan air minum penduduk.

b. Rujukan Upaya Kesehatan perorangan (Medik)

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Dengan demikian rujukan medik pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran (*medical service*). Cakupan rujukan pelayanan kesehatan perorangan adalah kasus penyakit. Apabila suatu Puskesmas tidak mampu menanggulangi penyakit tertentu, maka Puskesmas tersebut wajib merujuknya ke sarana kesehatan yang lebih mampu (baik horizontal maupun vertikal). Sebaliknya pasien pasca rawat inap yang hanya memerlukan rawat jalan sederhana, dirujuk ke Puskesmas.

Rujukan medik dibedakan atas tiga macam yakni :

- 1) Rujukan kasus untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operasi dan lain-lain.
- 2) Rujukan ilmu pengetahuan antara lain dengan mendatangkan atau mengirim tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk melakukan tindakan, memberi pelayanan, alih pengetahuan dan teknologi dalam meningkatkan kualitas pelayanan.
- 3) Rujukan bahan-bahan pemeriksaan (*specimen*) untuk pemeriksaan laboratorium klinik yang lebih lengkap.

2.2.6 Mutu Dalam Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan dapat semata-mata dimaksudkan dari aspek teknis medis yang hanya berhubungan langsung antara pelayanan medis dan pasien saja, atau mutu kesehatan dari sudut pandang sosial dan sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk akibat-akibat manajemen administrasi, keuangan, peralatan dan tenaga kesehatan lainnya. Menurut Donadebian yang dikutip Wiyono (2000), menilai mutu adalah suatu keputusan yang berhubungan dengan proses pelayanan, yang berdasarkan tingkat dimana pelayanan memberikan kontribusi terhadap nilai outcomes. Proses pelayanan kesehatan dibagi dalam dua komponen utama, yaitu :

a. Pelayanan teknis (medis)

Pelayanan teknis (medis) adalah aplikasi ilmiah dan teknologi medis dan ilmu kesehatan lainnya, terhadap persoalan kesehatan seseorang.

- b. Manajemen hubungan interpersonal antara praktisioner dan klien

Proses interpersonal adalah wahana yang diperlukan untuk aplikasi dari pelayanan teknis, namun juga penting dalam kaidah-kaidahnya sendiri, karena proses tersebut mungkin sebagai terapi atau penyembuh. Oleh karenanya menjadi bagian yang diharapkan untuk menghargai perasaan individu.

Pada umumnya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu :

- a. Meningkatkan kualitas mutu dan kuantitas sumber daya, tenaga, biaya, peralatan, perlengkapan dan material yang diperlukan dengan menggunakan teknologi tinggi, atau dengan kata lain meningkatkan input atau struktur.
- b. Memperbaiki metode atau penerapan teknologi yang dipergunakan dalam kegiatan pelayanan, hal ini berarti memperbaiki proses pelayanan organisasi pelayanan kesehatan.

2.2.7 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Lori Di Prette Brown, et al dalam bukunya *Quality Assurance Of Health Care* yang dikutip Wijono (2000), Mutu merupakan fenomena yang komprehensif dan multi facet. Kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut satu atau beberapa dimensi sebagai berikut :

- a. Kompetensi teknis
Kompetensi teknis terkait dengan keterampilan, kemampuan, dan penampilan petugas, manajer dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah diterapkan dalam hal : dapat dipertanggungjawabkan atau diandalkan (*dependability*), ketepatan (*accuracy*), ketahanan uji (*reliability*) dan konsistensi (*consistency*).
- b. Akses terhadap pelayanan
Akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa.
- c. Efektifitas
Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektifitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada.

- d. Hubungan antar manusia
Dimensi hubungan antar manusia berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, manajer dengan petugas dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara : menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsif dan memberikan perhatian.
- e. Efisiensi
Efisiensi pelayanan kesehatan merupakan dimensi yang penting dari mutu, karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal daripada memaksimalkan pelayanan kepada pasien dan masyarakat.
- f. Kelangsungan pelayanan
Kelangsungan pelayanan berarti klien akan menerima pelayanan yang lengkap yang dibutuhkan (termasuk rujukan) tanpa interupsi, berhenti, atau mengulangi prosedur diagnosa dan terapi yang tidak perlu.
- g. Keamanan
Keamanan (*safety*) berarti mengurangi risiko cedera, infeksi, efek samping atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan.
- h. Kenyamanan, kenikmatan
Keramahan/kenikmatan (*amenities*) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh mutu pelayanan berikutnya.

2.2.8 Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Donabedian yang dikutip Wijono (2000) ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) mutu, yaitu dari aspek :

- a. Struktur
Struktur meliputi sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya di fasilitas kesehatan. Hal ini berarti yang dengan struktur adalah masukan

(input). Asumsinya bahwa jika struktur atau input dari suatu organisasi pelayanan kesehatan baik, kemungkinan besar mutu pelayanan kesehatan akan baik pula. Baik tidaknya struktur sebagai input, dapat diukur dari :

- 1) Jumlah, besarnya input
- 2) Mutu struktur atau mutu input
- 3) Besarnya anggaran atau biaya
- 4) Kewajaran

b. Proses

Proses adalah semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan pasien. Dalam pengertian proses ini mencakup pula diagnosa, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus. Asumsinya adalah semakin patuh semua tenaga kesehatan profesional terhadap standar yang baik (*standards of good practice*) yang diakui oleh masing-masing profesi, akan semakin tinggi pula mutu pelayanan terhadap pasien.

Baik atau tidaknya proses, dapat diukur dari :

- 1) Relevan tidaknya proses itu bagi pasien
- 2) Fleksibilitas dan efektifitas
- 3) Mutu proses itu sendiri sesuai dengan standar pelayanan yang semestinya
- 4) Kewajaran, tidak kurang dan tidak berlebihan

c. Outcomes

Outcomes adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. Dapat pula berarti adanya perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negatif. Outcomes jangka pendek adalah segala sesuatu tindakan tertentu atau prosedur tertentu, sedangkan outcomes jangka panjang adalah status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien. Dapat dikatakan outcomes adalah petunjuk aktif tidaknya suatu proses. Bagi tenaga kesehatan profesional, outcomes berkaitan erat dengan tanggung jawab profesi.

2.2.9 Pendekatan Mutu Pelanggan Pelayanan Kesehatan

Mutu barang umumnya dapat diukur (*tangible*), namun mutu jasa pelayanan agak sulit diukur (*intangible*) karena umumnya bersifat subyektif karena menyangkut kepuasan seseorang, bergantung pada persepsi, latar belakang, sosial, ekonomi, norma, pendidikan budaya, bahkan kepribadian seseorang. Bagi pasien mutu pelayanan kesehatan yang baik biasanya dikaitkan dengan sembuhnya dari sakit, atau berkurangnya rasa sakit, kecepatan pelayanan, keramah tamahan, dan tarif pelayanan yang murah. Sebaliknya pasien akan menganggap pelayanan kesehatan buruk apabila menurut dirinya sakitnya tidak sembuh-sembuh, antrian lama, petugas kesehatan tidak ramah, meskipun profesional. Bagi petugas kesehatan mutu yang baik dari suatu organisasi pelayanan kesehatan mungkin adalah tersedianya sarana prasarana yang baik, seperti peralatan diagnostik, obat-obatan yang cukup, peralatan kedokteran yang canggih dan sebagainya. Sedangkan bagi seorang manajer organisasi pelayanan kesehatan mutu dikaitkan dengan tersedianya sumber daya, tenaga pelayanan, anggaran yang memadai, biaya operasional yang cukup dan investasi yang sepadan.

Pendekatan terhadap mutu pelayanan kesehatan pada umumnya dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu ;

a. Pendekatan kesehatan masyarakat

Pendekatan ini menyangkut seluruh system pelayanan kesehatan dari tingkat dasar (*grass root*) sampai yang tertinggi, dari Polindes, Puskesmas Pembantu, puskesmas rumah sakit rujukan kelas A, B, C dan sebagainya termasuk penunjangnya, seperti laboratorium kesehatan, instalasi farmasi dan sebagainya. Disini mutu kesehatan tidak dihubungkan dengan kepuasan individu, namun dilihat dari indikator-indikator derajat kesehatan masyarakat seperti angka kematian bayi, angka kematian ibu, umur harapan hidup waktu lahir dan angka kesakitan, pemakaian obat rasional dan pemeriksaan laboratorium dan sebagainya.

b. Pendekatan institusional atau individual

Pendekatan ini berkaitan dengan mutu pelayanan kesehatan terhadap perorangan oleh suatu institusi atau fasilitas kesehatan, seperti Puskesmas,

rumah sakit dan sebagainya. Disini mutu adalah salah satu aspek atau produk dari sumber daya yang tersedia dan kegiatan fasilitas kesehatan tersebut.

2.2.10 Pelayanan Medis (Dokter)

Tenaga medis merupakan unsur yang berpengaruh paling besar dalam menentukan kualitas pelayanan yang diberikan pada pasien. Tenaga medis terdiri dari dokter umum dan dokter spesialis yang diharapkan memiliki rasa pengabdian tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Dikutip dari Loho (1988), hasil penelitian Coser (1956) yang dikutip Syafriati (2005), menyatakan bahwa pasien mengharapkan seorang dokter yang baik dalam merawatnya, dapat memberikan kasih sayang, rasa aman, penuh perhatian dan pengertian, berusaha sekuat tenaga dalam mengobati dan merawatnya serta tahu banyak dan ahli dibidangnya.

Layanan kedokteran adalah suatu sistem yang kompleks dengan sifat hubungan antar komponen yang ketat (*complex and tightly coupled*). Sistem yang kompleks umumnya ditandai dengan spesialisasi dan interdependensi. Dalam suatu sistem yang kompleks, satu komponen dapat berinteraksi dengan banyak komponen lain, kadangkala dengan cara yang tak terduga atau tak terlihat. Semakin kompleks dan ketat suatu sistem akan semakin mudah terjadi kecelakaan (*prone to accident*), oleh karena itu praktik kedokteran haruslah dilakukan dengan tingkat kehati-hatian yang tinggi.

Setiap tindakan medis mengandung risiko buruk, sehingga harus dilakukan tindakan pencegahan ataupun tindakan mereduksi risiko. Namun demikian sebagian besar diantaranya tetap dapat dilakukan oleh karena risiko tersebut dapat diterima (*acceptable*) sesuai dengan "*state-of-the-art*" ilmu dan teknologi kedokteran. Risiko yang dapat diterima adalah risiko-risiko sebagai berikut:

1. Risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya cukup kecil, dapat diantisipasi, diperhitungkan atau dapat dikendalikan, misalnya efek samping obat, perdarahan dan infeksi pada pembedahan, dan lain-lain.
2. Risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya besar pada keadaan tertentu, yaitu apabila tindakan medis yang berisiko tersebut harus dilakukan

karena merupakan satu-satunya cara yang harus ditempuh (*the only way*), terutama dalam keadaan gawat darurat.

3. Risiko yang tidak dapat diprediksikan / dibayangkan sebelumnya, sebagai hasil dari "ketidakpastian ilmu kedokteran", yaitu *unforeseeable risk* (Sampurna, 2008).

Seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan hak-haknya, maka dokter harus senantiasa memperhatikan hak-hak pasien. Pernyataan hak-hak pasien (*Patient;s Bill of Rights*) dikeluarkan oleh *The American Hospital Association (AHA)* pada tahun 1973 dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya pemahaman hak-hak pasien yang akan dirawat di rumah sakit, meliputi :

- a. Pasien mempunyai hak untuk mempertimbangkan dan menghargai asuhan keperawatan/keperawatan yang akan diterimanya.
- b. Pasien berhak memperoleh informasi lengkap dari dokter yang memeriksanya berkaitan dengan diagnosis, pengobatan dan prognosis dalam arti pasien layak untuk mengerti masalah yang dihadapinya.
- c. Pasien berhak untuk menerima informasi penting dan memberikan suatu persetujuan tentang dimulainya suatu prosedur pengobatan, serta risiko penting yang kemungkinan akan dialaminya, kecuali dalam situasi darurat.
- d. Pasien berhak untuk menolak pengobatan sejauh diizinkan oleh hukum dan diinformasikan tentang konsekuensi tindakan yang akan diterimanya.
- e. Pasien berhak mengetahui setiap pertimbangan dari privasinya yang menyangkut program asuhan medis, konsultasi dan pengobatan yang dilakukan dengan cermat dan dirahasiakan.
- f. Pasien berhak atas kerahasiaan semua bentuk komunikasi dan catatan tentang asuhan kesehatan yang diberikan kepadanya.
- g. Pasien berhak untuk mengerti bila diperlukan rujukan ketempat lain yang lebih lengkap dan memperoleh informasi yang lengkap tentang alasan rujukan tersebut, dan rumah sakit yang ditunjuk dapat menerimanya.
- h. Pasien berhak untuk memperoleh informasi tentang hubungan rumah sakit dengan instansi lain, seperti instansi pendidikan atau instansi terkait lainnya sehubungan dengan asuhan yang diterimanya.

- i. Pasien berhak untuk memberi pendapat atau menolak bila diikutsertakan sebagai suatu eksperimen yang berhubungan dengan asuhan atau pengobatannya.
- j. Pasien berhak untuk memperoleh informasi tentang pemberian delegasi dari dokternya ke dokter lainnya, bila dibutuhkan dalam rangka asuhannya.
- k. Pasien berhak untuk mengetahui dan menerima penjelasan tentang biaya yang diperlukan untuk asuhan kesehatannya.
- l. Pasien berhak untuk mengetahui peraturan atau ketentuan RS yang harus dipatuhinya sebagai pasien dirawat (Tawi, 2008).

Menurut Donabedian, dari pendapat Lee dan Jones (1933), yang dikutip oleh Wijono (2000), konsep pelayanan medis yang baik berdasarkan atas unsur-unsur tertentu seperti :

- a. Pelayanan medis yang baik adalah praktek kedokteran (pengobatan) yang rasional yang berdasarkan ilmu pengetahuan.
- b. Pelayanan medis yang baik, menekankan pencegahan.
- c. Pelayanan medis yang baik, memerlukan kerjasama yang cerdas (*intelligent*) antara pasien yang awam dan para praktisi yang ilmiah medis.
- d. Pelayanan medis yang baik, memperlakukan individu seutuhnya.
- e. Pelayanan medis yang baik, mempertahankan hubungan pribadi yang akrab dan berkesinambungan antara dokter dengan pasien.
- f. Pelayanan medis yang baik dikoordinasikan dengan pekerjaan kesejahteraan sosial.
- g. Pelayanan medis yang baik, mengkoordinasikan semua jenis pelayanan kesehatan.
- h. Pelayanan medis yang baik termasuk pelaksanaan semua pelayanan yang diperlukan dari ilmu kedokteran modern sesuai dengan kebutuhan semua orang.

2.2.11 Pelayanan Paramedis

Paramedis adalah profesi medis, biasanya anggota layanan medis darurat, yang terutama menyediakan perawatan gawat darurat dan trauma lanjut pra-rumah sakit. Menurut UU nomor 18 tahun 1964 tentang wajib kerja tenaga para medis

Pasal 1, maka yang dimaksud tenaga paramedis adalah tenaga kesehatan Sarjana Muda, menengah dan rendah, antara lain :

- a. Di bidang farmasi : asisten apoteker dan sebagainya,
- b. Di bidang kebidanan : bidan dan sebagainya,
- c. Di bidang perawatan : perawat, *phisie-therapis* dan sebagainya,
- d. Di bidang kesehatan masyarakat : penilik kesehatan, nutrisisionis dan lain-lain
- e. Di bidang-bidang teknis kesehatan lain, misalnya pinata *rontgen*, analisis kesehatan, elektromedis dan sebagainya.

Paramedis bertugas mempersiapkan perawatan gawat darurat segera, krisis intervensi, stabilisasi penyelamatan hidup, dan mengangkut pasien yang sakit atau terluka ke fasilitas perawatan gawat darurat dan bedah seperti rumah sakit dan pusat trauma bila memungkinkan.

Istilah paramedis diserap oleh bahasa Indonesia dari bahasa Inggris *paramedic*, di mana istilah ini berasal dari gabungan kata para- (bantu) + *medical*, yang berarti "berhubungan dengan kedokteran" dalam kapasitas bantuan lalu datanglah istilah militer paramedis, yang berarti korps parasut medis. Di Perancis, Kanada, dan daerah lain di mana bahasa Perancis pernah menjadi bahasa umum, istilah ini dapat dipertukarkan dengan *Beignets-Tremper* (Wikipedia, 2009).

Dengan makin meningkatnya variasi penyakit dan kerumitan teknologi kedokteran, diperlukan bantuan tenaga kesehatan tidak hanya dokter, tetapi juga tenaga lain seperti perawat, bidan pinata rontgen, ahli gizi, sanitasi dan sebagainya, yang kesemuanya bergabung menjadi "tim petugas kesehatan". Ruang lingkup pelayanan dan pemeliharaan kesehatanpun meluas, bukan hanya penyembuhan dan perawatan, melainkan juga promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan rehabilitasi. Yang dilayani tidak hanya individu pasien, melainkan juga keluarga dan masyarakat luas. Dalam menggarap keluarga dan masyarakat inilah diperlukan pengetahuan tentang ilmu perilaku. Seperti halnya dokter paramedis pun mempunyai karakteristik yang dapat menghambat komunikasinya dengan masyarakat. Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi tersebut antara lain : perbedaan status sosial, harapan masyarakat terhadap kemampuan petugas, serta kecenderungan sikap otoriter, terutama dalam rangka mengatasi penyebaran penyakit akut. Selain itu di Indonesia seringkali petugas kesehatan ditempatkan di

daerah yang keadaan sosial budayanya tidak sama dengan latar belakang sosial budaya petugas kesehatan tersebut. Dengan demikian, maka kesulitan berkomunikasi bertambah, sebab petugas tidak menguasai bahasa setempat dan tidak mengenal budayanya. Untuk itu diperlukan kemauan untuk mempelajari bahasa dan budaya setempat, agar petugas tidak dianggap orang asing dan supaya komunikasi dengan masyarakat menjadi lebih lancar (Sarwono, 1993).

Dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan, diperlukan tenaga paramedis yang bermutu sesuai dengan dasar pendidikan masing-masing dan senantiasa ditingkatkan dengan pendidikan dan pelatihan teknis medis yang berkelanjutan. Untuk menjaga agar tenaga paramedis tetap profesional, setiap saat harus dapat membuktikan bahwa dirinya senantiasa telah melakukan pelayanan medis sebagaimana ijazah atau sertifikatnya agar dapat diketahui bahwa paramedis tersebut telah memiliki kemampuan atau terlatih, terampil atau tidak. Untuk itu tenaga paramedis diharuskan untuk memperoleh angka-angka kredit tertentu berkaitan dengan praktek pelayanan medisnya. Secara berkala setiap waktu tertentu harus dilakukan penilaian akreditasi apakah kemampuan memberikan pelayanan medisnya tetap, turun atau meningkat (Wijono, 2000).

2.2.12 Fasilitas Medis Dan Non Medis

Fasilitas medis dan non medis adalah unsur masukan (input) dalam pelayanan kesehatan yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Contoh fasilitas medis : ruang operasi, oksigen kit, apotek, laboratorium, alat-alat bedah, alat-alat kebidanan dan sebagainya, sedangkan fasilitas non medis meliputi ruang tunggu, kamar mandi/WC, ruang pertemuan, *laundry*, dapur dan sebagainya. Karakter yang mendasar dari input tersebut adalah kestabilan penggunaan struktur sebagai ukuran tidak langsung (*indirect measure*) dalam pelayanan kesehatan.

Fasilitas medis dan non medis mempengaruhi secara tidak langsung baik tidaknya pelayanan kesehatan atau kinerja pelayanan kesehatan. Dengan demikian, fasilitas medis dan non medis memberikan kontribusi baik diinginkan atau tidak dalam mutu pelayanan kesehatan.

Kaitan fasilitas medis dan non medis dengan mutu pelayanan kesehatan antara lain dapat dilihat dari segi perencanaan, desain dan implementasi dalam

sistem pelayanan kesehatan yang dimaksudkan untuk menyediakan kebutuhan yang diperlukan oleh tenaga pelayanan kesehatan (Wijono, 2000).

2.3 Puskesmas

2.3.1 Definisi Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan. Yang dimaksud unit pelaksana adalah unit pelaksana teknis dinas yang selanjutnya disebut UPTD, yakni unit organisasi di lingkungan dinas kabupaten/kota yang melaksanakan tugas operasional. Kriteria umum UPTD terdiri dari :

- a. Tidak melaksanakan fungsi pengaturan, pembinaan dan perizinan.
- b. Mempunyai misi/tugas pokok yang jelas dan tidak terduplikasi atau tumpang tindih dengan unit organisasi lainnya.
- c. Harus didukung oleh 3 (tiga) faktor yaitu : sumber daya manusia, anggaran dan sarana/prasarana kerja.
- d. Memiliki rencana, program dan kegiatan pengembangan yang berkelanjutan.

2.3.2 Visi Dan Misi Puskesmas

a. Visi Puskesmas

Visi puskesmas adalah mewujudkan kecamatan sehat. Dalam menentukan keberhasilan mewujudkan visi tersebut, perlu ditetapkan indikator kecamatan sehat, antara lain sebagai berikut :

- 1) Indikator lingkungan sehat
- 2) Indikator perilaku sehat
- 3) Indikator pelayanan kesehatan yang bermutu
- 4) Indikator derajat kesehatan masyarakat yang optimal

b. Misi Puskesmas

Ada 4 (empat) misi Puskesmas, yaitu :

- 1) Menggerakkan pembangunan kecamatan yang berwawasan kesehatan. Puskesmas akan selalu menggerakkan pembangunan sektor lain agar memperhatikan aspek kesehatan, yaitu agar pembangunan tersebut mendorong lingkungan dan perilaku masyarakat agar makin sehat.

- 2) Mendorong kemandirian masyarakat dan keluarga untuk hidup sehat. Puskesmas selalu berupaya agar keluarga dan masyarakat makin berdaya di bidang kesehatan, melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan untuk hidup sehat.
- 3) Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. Puskesmas harus selalu berupaya untuk menjaga agar cakupan dan kualitas layanannya tidak menurun, bahkan kalau bisa ditingkatkan agar semakin besar cakupannya dan semakin baik kualitas layanannya.
- 4) Memelihara dan meningkatkan kesadaran individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya. Puskesmas selalu berupaya agar derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat tetap terpelihara, bahkan semakin meningkat seiring dengan pembangunan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.

2.3.3 Kewenangan Puskesmas

Puskesmas dengan kewenangan kemandirian adalah Puskesmas yang mempunyai kewenangan sebagai berikut :

- a. Kewenangan menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan sesuai dengan situasi, kultur budaya dan potensi setempat.
- b. Kewenangan mencari, menggali dan mengelola sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat, swasta dan sumber lain dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, yang kemudian dipertanggungjawabkan untuk pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c. Kewenangan untuk mengangkat tenaga institusi/honorer, pemindahan tenaga, dan pendayagunaan tenaga kesehatan di wilayah kerjanya dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- d. Kewenangan untuk melengkapi sarana dan prasarana termasuk peralatan medis dan non medis yang dibutuhkan.

2.3.4 Kedudukan Puskesmas

Kedudukan Puskesmas dalam sistem kesehatan kabupaten/kota adalah sebagai berikut :

a. Aspek Fungsional

- 1) Dibidang pelayanan kesehatan masyarakat, Puskesmas merupakan unit pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama yang dibina oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota.
- 2) Dibidang pelayanan medik, Puskesmas merupakan unit pelaksana pelayanan medik dasar tingkat pertama yang secara teknis dapat berkoordinasi dan bekerjasama dengan RSUD kabupaten/kota.
- 3) Dalam Sistem Kesehatan Nasional, Puskesmas berkedudukan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang merupakan ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.

b. Aspek Organisasi

Puskesmas merupakan organisasi struktural dan berkedudukan sebagai unit pelaksana teknis dinas dipimpin oleh seorang kepala, yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kabupaten/Kota dan secara operasional dikoordinasikan oleh camat. Rumusan organisasi Puskesmas sebagai UPTD dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Puskesmas mempunyai tugas teknis operasional, yaitu tugas untuk melaksanakan kegiatan teknis yang secara langsung berhubungan dengan masyarakat.
- 2) Dinas kesehatan kabupaten/kota mempunyai tugas untuk menetapkan struktur organisasi puskesmas dengan pertimbangan beban kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di Puskesmas.

2.3.5 Azas Puskesmas

Ada 4 (empat) azas yang harus diikuti puskesmas, yaitu :

a. Azas pertanggung jawaban wilayah

Puskesmas harus bertanggung jawab atas pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Artinya bila terjadi masalah kesehatan diwilayah kerjanya,

puskesmaslah yang harus bertanggung jawab untuk mengatasinya. Sebagai contoh, bila disalah satu desa di wilayah kerjanya ada kasus demam berdarah, puskesmas harus segera melakukan berbagai tindakan agar kasus tersebut tidak menyebar ke tempat lain. Untuk dapat memantau seluruh wilayah kerjanya, Puskesmas harus proaktif ke lapangan mengadakan pemantauan, pembinaan dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

b. Azas peran serta masyarakat

Dalam melaksanakan kegiatannya, Puskesmas harus memandang masyarakat sebagai subyek pembangunan kesehatan, sehingga Puskesmas bukan hanya bekerja untuk mereka tapi juga bekerja bersama masyarakat. Oleh karena itu Puskesmas harus bekerjasama dengan masyarakat mulai dari tahap identifikasi masalah, menggali sumber daya setempat, merumuskan dan merencanakan kegiatan penanggulangannya, melaksanakan program kesehatan tersebut dan mengevaluasinya. Untuk itu perlu difasilitasi pembentukan wadah masyarakat yang peduli kesehatan seperti Badan Peduli Kesehatan Masyarakat (BPKM) atau Badan Penyantun Puskesmas (BPP).

c. Azas keterpaduan

Puskesmas dalam melaksanakan kegiatan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya harus melakukan kerjasama dengan berbagai pihak, bermitra dengan BPKM/BPP dan organisasi masyarakat lainnya, berkoordinasi dengan lintas sektor, agar terjadi perpaduan kegiatan di lapangan, sehingga lebih berhasil guna dan berdaya guna.

d. Azas rujukan

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, yang bila tidak mampu mengatasi masalah karena berbagai keterbatasan, bisa melakukan rujukan, baik rujukan secara vertikal ke tingkat yang lebih tinggi, atau secara horizontal ke Puskesmas lainnya.

2.3.6 Fungsi Puskesmas

Puskesmas di era desentralisasi mempunyai fungsi sebagai berikut :

a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan

Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan mempunyai makna bahwa Puskesmas harus berperan sebagai motor dan motivator terselenggaranya pembangunan yang mengacu, berorientasi serta dilandasi oleh kesehatan sebagai faktor pertimbangan utama. Pembangunan yang dilaksanakan dikecamatan seyogyanya yang berdampak positif terhadap lingkungan sehat dan perilaku sehat, yang muaranya adalah peningkatan kesehatan masyarakat. Fungsi menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan dapat dinilai dari seberapa jauh institusi jajarannya memperhatikan kesehatan bagi institusi dan warganya. Oleh karena itu, keberhasilan fungsi ini bisa diukur melalui indeks potensi tatanan sehat (IPTS). Ada 3 (tiga) tatanan yang bisa diukur, yaitu :

- 1) Tatanan sekolah (SD, SMP, SMU, Madrasah, Universitas)
- 2) Tatanan tempat kerja (kantor, pabrik, industri rumah tangga, tempat kerja peternakan, tempat kerja perkebunan/pertanian, dan lain-lain)
- 3) Tatanan tempat-tempat umum (pasar, tempat ibadah, rumah makan, tempat hiburan dan lain-lain).

b. Memberdayakan masyarakat dan memberdayakan keluarga

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non konstruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektoral maupun LSM dan tokoh masyarakat. Fungsi memberdayakan masyarakat dapat diukur dengan beberapa indikator, antara lain :

- 1) Tumbuh kembang UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat)
- 2) Tumbuh dan berkembangnya LSM yang bergerak dibidang kesehatan
- 3) Tumbuh dan berfungsinya BPKM (Badan Peduli Kesehatan Masyarakat) atau BPP (Badan Penyantun Puskesmas).

c. Memberikan Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan yang bersifat mutlak perlu, yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya pelayanan kesehatan tingkat pertama yang diselenggarakan Puskesmas bersifat holistik, komprehensif, terpadu dan berkesinambungan. Misi ini berkaitan dengan program yang dilaksanakan Puskesmas. Pada era desentralisasi, program Puskesmas dibedakan menjadi program kesehatan dasar dan program kesehatan pengembangan. Program kesehatan dasar adalah :

- 1) Promosi kesehatan (Promkes)
- 2) Kesehatan lingkungan (Kesling)
- 3) Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA) termasuk Keluarga Berencana (KB)
- 4) Perbaikan Gizi
- 5) Pemberantasan Penyakit Menular
- 6) Pengobatan

Indikator keberhasilan misi pelayanan kesehatan masyarakat adalah IPMS (Indikator Potensi Masyarakat Sehat) yang terdiri dari cakupan dan kualitas program tersebut diatas. Selain 6 (enam) program kesehatan dasar tersebut diatas, tiap Puskesmas diperkenankan untuk mengembangkan program lain sesuai dengan situasi, kondisi, masalah dan kemampuan Puskesmas setempat. Program lain diluar 6 program tersebut disebut sebagai program kesehatan pengembangan, seperti : upaya kesehatan sekolah (UKS), upaya kesehatan olahraga, upaya kesehatan usia lanjut, upaya pembinaan pengobatan tradisional, perawatan kesehatan masyarakat dan lain-lain (Depkes, 2002).

2.3.7 Lingkungan Fisik Puskesmas

Lingkungan fisik adalah segala sesuatu yang berada disekitar manusia, termasuk di dalamnya tanah, air dan udara serta interaksi satu sama lain diantara faktor-faktor tersebut (Kusnopranto, 1986). Kondisi fisik lingkungan fasilitas kesehatan dapat mempengaruhi persepsi pasien atau masyarakat terhadap kualitas pelayanan. Kondisi fisik lingkungan secara langsung bisa dirasakan oleh panca

indera, sehingga secara langsung bisa mempengaruhi persepsi seseorang. Contoh lingkungan Puskesmas yang kotor, berbau tak sedap, sempit dapat mempengaruhi pasien untuk berkunjung ke Puskesmas tersebut.

Puskesmas sesuai dengan fungsinya sebagai pusat pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, Pembina peran serta masyarakat serta memberi pelayanan kesehatan dasar yang bermutu, merupakan “unit kesehatan” yang strategis bagi terwujudnya tujuan pembangunan kesehatan. Dalam memerankan fungsinya tersebut, Puskesmas perlu didukung dengan suatu upaya untuk menampilkan Puskesmas sebagai “*gambar nyata lingkungan kehidupan sehat yang bersih, rapih, aman serta nyaman*”, yang dapat dilihat serta dijadikan contoh/panutan oleh masyarakat dalam wilayah kerjanya. Fasilitas pelayanan berikut sarana serta lingkungan yang sehat, bersih, rapih, aman dan nyaman, juga merupakan syarat utama bagi terlaksananya pelayanan kesehatan yang bermutu (Depkes, 1997).

Bangunan fisik Puskesmas harus memenuhi persyaratan teknis sesuai dengan Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Nomor 29/PRT/M/2006 tentang Pedoman Persyaratan Teknis Bangunan Gedung, yang ditujukan untuk terselenggaranya fungsi bangunan gedung yang selamat, sehat, nyaman, dan memberikan kemudahan bagi penghuni dan/atau pengguna bangunan gedung, serta efisien, serasi, dan selaras dengan lingkungannya. Persyaratan teknis tersebut meliputi :

1. Persyaratan tata bangunan dan lingkungan, meliputi :
 - a. Peruntukan lokasi dan intensitas bangunan gedung, seperti : peruntukan lokasi dan intensitas bangunan gedung
 - b. Arsitektur bangunan gedung, seperti : penampilan bangunan gedung, tata ruang dalam, dan keseimbangan, keselarasan dan keserasian dengan lingkungan bangunan gedung.
 - c. Pengendalian dampak lingkungan, seperti : dampak penting, ketentuan pengelolaan dampak lingkungan dan ketentuan upaya pengelolaan lingkungan (UPL) dan upaya pemantauan lingkungan.
 - d. Rencana tata lingkungan dan bangunan, seperti rencana teknik ruang kabupaten/kota.

2. Persyaratan keandalan bangunan gedung, meliputi :
 - a. Persyaratan keselamatan bangunan gedung, seperti : struktur bangunan, kemampuan bangunan terhadap bahaya kebakaran, kemampuan bangunan terhadap bahaya petir dan kelistrikan
 - b. Persyaratan kesehatan bangunan gedung, meliputi : sistem ventilasi, pencahayaan, sanitasi, dan penggunaan bahan bangunan gedung.
 - c. Persyaratan kenyamanan bangunan gedung, meliputi : kenyamanan ruang gerak dan hubungan antar ruang, kenyamanan kondisi udara dalam ruang, kenyamanan pandangan, kenyamanan tingkat getaran dan kebisingan
 - d. Persyaratan kemudahan bangunan gedung, meliputi : hubungan ke, dari dan dalam gedung dan kelengkapan sarana dan prasarana dalam pemanfaatan gedung (Departemen Pekerjaan Umum, 2006).

2.3.8 Jaminan Mutu Puskesmas

Pada lokakarya tentang jaminan mutu Puskesmas yang diselenggarakan di Cisarua tanggal 23-26 September 1991, dengan bantuan teknis WHO Genewa menyimpulkan bahwa jaminan mutu adalah suatu proses pengukuran derajat kesempurnaan penampilan kerja, dibandingkan dengan standar dan dilakukan tindakan perbaikan yang sistematis dan berkesinambungan, untuk mencapai mutu penampilan kerja yang optimum, sesuai standar dan sumber daya yang ada. Dengan demikian, jaminan mutu sangat terkait dengan standarisasi, baik standarisasi faktor input (tenaga, dana, pedoman, sarana dan prasarana) maupun faktor proses (alur kerja, praktek atau perilaku pelayanan). Hal ini akan berdampak positif pada berkurangnya variasi dalam proses pelayanan, sehingga hasil (output) pelayanan akan lebih baik dan konsisten.

Pendekatan jaminan mutu Puskesmas didasari oleh beberapa prinsip yang dapat juga digunakan untuk menilai, apakah suatu Puskesmas sudah menerapkan pendekatan jaminan mutu atau belum. Secara umum, prinsip pendekatan jaminan mutu terdiri dari :

- a. Bekerja dalam tim
- b. Memberikan fokus perubahan pada proses
- c. Mempunyai orientasi kinerja pada pelanggan

- d. Pengambilan keputusan berdasarkan data
- e. Adanya komitmen pimpinan dan keterlibatan bawahan dalam perbaikan proses pelayanan.

Ada 3 (tiga) bentuk jaminan mutu, yaitu :

- a. Prospektif, yaitu dilaksanakan sebelum pelayanan kesehatan dilakukan, misalnya : standarisasi, perizinan, sertifikasi, dan akreditasi.
- b. Konkuren, yaitu dilaksanakan bersamaan dengan pelayanan dilakukan, misalnya : penilaian rekan sejawat (*peer group*) terhadap kepatuhan terhadap standar.
- c. Retrospektif, yaitu dilaksanakan setelah pelayanan kesehatan diselenggarakan, misalnya : telaah rekam medik (*medical record review*) dan survey pelanggan (*customer survey*).

Setiap pasien yang mengunjungi Puskesmas mempunyai keinginan atau harapan terhadap pelayanan yang diberikan. Puskesmas selayaknya memahami keinginan dan harapan pasien tersebut. Dari beberapa pakar mutu yang memperhatikan berbagai sudut pandang, dapat dirangkum ada 9 (sembilan) dimensi mutu, yaitu :

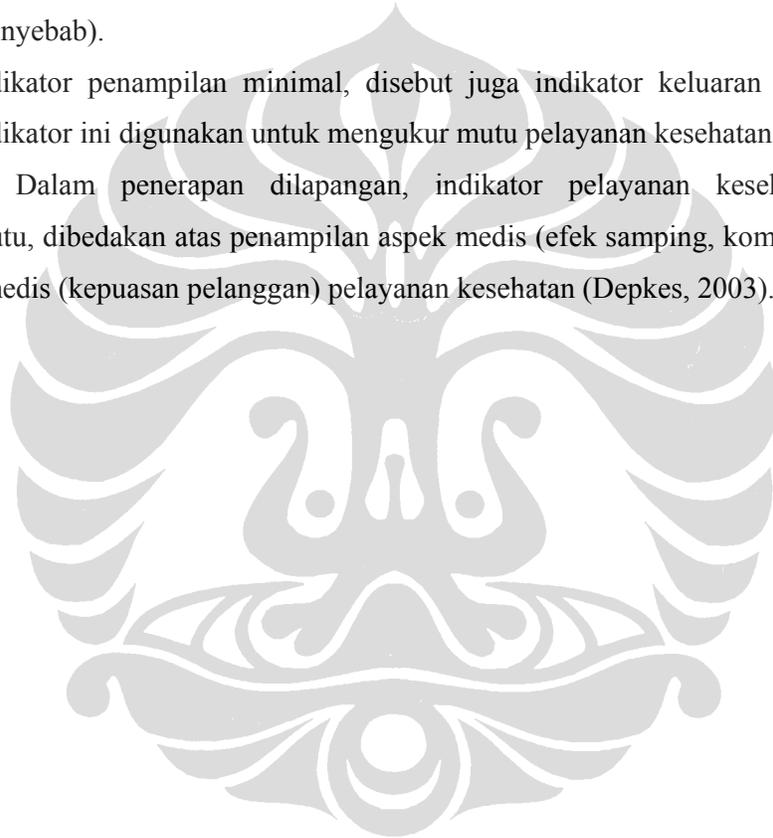
- a. Manfaat, yaitu pelayanan yang diberikan menunjukkan manfaat dan hasil yang diinginkan.
- b. Ketepatan, yaitu pelayanan yang diberikan relevan dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan standar keprofesian.
- c. Ketersediaan, yaitu pelayanan yang dibutuhkan tersedia.
- d. Keterjangkauan, yaitu pelayanan yang diberikan dapat dicapai dan mampu dibiayai oleh pasien.
- e. Kenyamanan, yaitu pelayanan diberikan dalam suasana yang nyaman.
- f. Hubungan interpersonal, yaitu pelayanan yang diberikan memperhatikan komunikasi, rasa hormat, perhatian dan empati yang baik.
- g. Waktu, yaitu pelayanan yang diberikan memperhatikan waktu tunggu pasien dan tepat waktu sesuai perjanjian.
- h. Kesenambungan , yaitu pelayanan yang diberikan dilaksanakan secara berkesinambungan, misalnya pasien yang membutuhkan tindak lanjut perawatan perlu ditindaklanjuti.

- i. Legitimasi dan akuntabilitas, yaitu pelayanan yang diberikan dapat dipertanggungjawabkan, baik dari aspek medik maupun aspek hukum.

Dalam jaminan mutu, secara umum dapat dibedakan atas 2 (dua) macam indikator, yaitu :

- a. Indikator persyaratan minimal, yang terdiri dari indikator masukan (tenaga, sarana dan dana), indikator lingkungan (kebijakan dan manajemen organisasi) dan indikator proses (tindakan medis dan non medis). Indikator ini digunakan untuk mengukur faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan (penyebab).
- b. Indikator penampilan minimal, disebut juga indikator keluaran (*outcomes*). Indikator ini digunakan untuk mengukur mutu pelayanan kesehatan (akibat).

Dalam penerapan dilapangan, indikator pelayanan kesehatan yang bermutu, dibedakan atas penampilan aspek medis (efek samping, komplikasi) dan non medis (kepuasan pelanggan) pelayanan kesehatan (Depkes, 2003).



BAB III

GAMBARAN UMUM PUSKESMAS SUKMAJAYA

3.1 Kondisi Geografi

Puskesmas Sukmajaya berdiri sejak tahun 1981, terletak di Kelurahan Mekarjaya Kecamatan Sukmajaya, Kota Depok. Puskesmas Sukmajaya memiliki wilayah kerja seluas sekitar 55,14 km² atau 27,53% dari luas Kota Depok.

Wilayah kerja Puskesmas berbatasan dengan :

- a. Sebelah utara : Kelurahan Pondok Cina
- b. Sebelah Selatan : Kelurahan Kalimulya, Cilodong dan Sukmajaya
- c. Sebelah Barat : Kelurahan Kemiri Muka dan Depok
- d. Sebelah Timur : Kelurahan Abadijaya dan Baktijaya

Wilayah kerja Puskesmas Sukmajaya meliputi 2 kelurahan, yaitu Kelurahan Mekarjaya dan Kelurahan Tirtajaya, dimana kelurahan terdekat berjarak 1 km dan terjauh 5 km. Adapun keadaan setiap kelurahan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 3.1 Wilayah Kerja Puskesmas Sukmajaya

| Kelurahan | Luas Wilayah (km ²) | Jumlah RW | Jumlah Posyandu |
|-----------|---------------------------------|-----------|-----------------|
| Mekarjaya | 26,50 | 31 | 28 |
| Tirtajaya | 28,54 | 8 | 9 |
| Jumlah | 55,14 | 39 | 37 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

3.2 Kondisi Demografi

a. Komposisi Penduduk Menurut Jenis Kelamin Dan Kelompok Umur

Berdasarkan data Kecamatan Sukmajaya, pada tahun 2008 jumlah penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Sukmajaya berjumlah 53.047 jiwa, mengalami peningkatan sebesar 2,75% dari tahun sebelumnya

Jika diklasifikasikan menurut jenis kelamin, dari total 53.047 jiwa penduduk di wilayah Puskesmas Sukmajaya terdapat 25.526 jiwa atau 48,12% penduduk laki-laki dan 27,521 jiwa atau 51,88% penduduk perempuan.

Pada tahun 2008 jumlah penduduk berdasarkan struktur usia yang paling dominan adalah kelompok 15-44 tahun sejumlah 27.555 atau sebesar 51,94%, diikuti oleh kelompok umur 45-64 tahun sejumlah 9.834 jiwa.

Selanjutnya terdapat 13.234 jiwa atau 24,94 % penduduk yang termasuk kelompok usia belum produktif secara ekonomi (0-14 tahun). Untuk penduduk usia produktif (15-64 tahun) pada tahun 2008 adalah sebesar 37.389 jiwa atau 70,48% dari total penduduk di wilayah Puskesmas Sukmajaya. Persentase ini tidak jauh berbeda dengan data tahun 2007, yaitu 70,47%. Artinya jumlah penduduk usia produktif lebih dari setengah jumlah penduduk di wilayah Puskesmas Sukmajaya dan masih mendominasi jumlah penduduk pada umumnya. Sedangkan jumlah penduduk usia lanjut (> 65 tahun) tahun 2008 sebesar 2.424 jiwa atau 4,70%.

Jumlah penduduk di wilayah Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.2 Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin Per Kelurahan

| Kelurahan | Jumlah | | |
|-----------|--------|--------|--------|
| | L | P | Jumlah |
| Mekarjaya | 21.966 | 24.137 | 46.103 |
| Tirtajaya | 3.560 | 3.384 | 6.944 |
| Jumlah | 25.526 | 27.521 | 53.047 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

Kelurahan Mekarjaya merupakan kelurahan dengan jumlah penduduk tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Sukmajaya, yaitu 46.103 jiwa dan kelurahan Tirtajaya 6.944 jiwa.

b. Kepadatan Dan Pertambahan Penduduk

Tingkat kepadatan penduduk tertinggi terdapat di Kelurahan Mekarjaya, yaitu 1.733 jiwa/km² dan kelurahan Tirtajaya 243 jiwa/km². Seiring dengan

peningkatan jumlah penduduk di Kelurahan Mekarjaya dan Tirtajaya, maka meningkat pula kepadatan penduduk di wilayah Puskesmas Sukmajaya, yaitu 962 jiwa/km².

c. Jumlah Penduduk Menurut Pendidikan

Berdasarkan data tahun 2008, penduduk di Wilayah Puskesmas Sukmajaya usia 10 tahun keatas yang tidak mempunyai ijazah adalah sebesar 7.726 orang atau 17,39%, tamat SD/MI/ sederajat sebanyak 7.106 orang atau 15,99%, tamat SLTP/MTS/Sederajat sebanyak 14.124 orang atau 31,80% dan tamat Diploma 1 sampai dengan Universitas sebanyak 6.109 orang atau 13,75%.

Tingginya tingkat pendidikan yang ditamatkan disuatu wilayah dapat menggambarkan tingkat intelektualitas penduduk wilayah tersebut. Sementara angka melek huruf mencerminkan kemampuan minimal masyarakat untuk dapat menerima informasi sekaligus dapat berperan dalam pembangunan. Berdasarkan data diatas, dapat diasumsikan bahwa saat ini wilayah Puskesmas Sukmajaya sebagai daerah yang sedang berkembang, relatif masih kurang tingkat pendidikannya. Secara keseluruhan, tingkat pendidikan dan kemampuan baca tulis penduduk di Wilayah Puskesmas Sukmajaya saat ini relatif masih perlu mendapat perhatian, karena tingkat pendidikan dan kemampuan baca tulis sangat mempengaruhi prilaku hidup sehat masyarakat.

d. Jumlah Penduduk Kelompok Rentan

Jumlah penduduk rentan di wilayah Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.3 Jumlah Penduduk Kelompok Rentan Per Kelurahan

| Kelurahan | Bumil | Bulin | Bayi | Balita | Anak Sekolah | | | Usila |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | SD | SMP | SMU | |
| Mekarjaya | 1.962 | 1.566 | 1.783 | 4.609 | 4.969 | 1.425 | 1.538 | 3.640 |
| Tirtajaya | 267 | 159 | 334 | 1.012 | 1.175 | - | - | 543 |
| Jumlah | 2.229 | 1.725 | 2.117 | 5.621 | 6.144 | 1.425 | 1.538 | 4.184 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

Proporsi penduduk rentan tertinggi terdapat pada anak SD sebesar 6.144 dari seluruh penduduk rentan anak sekolah SD sampai SMA, artinya upaya peningkatan gizi anak SD dibutuhkan. Selain usia sekolah, bayi dan balita menjadi target sasaran utama dalam pelayanan kesehatan untuk menunjang pembangunan sumber daya manusia di wilayah Puskesmas Sukmajaya.

e. Jumlah Penduduk Miskin

Wilayah Puskesmas Sukmajaya merupakan wilayah dengan perkembangan pembangunan yang sangat pesat juga tidak lepas dari masalah kemiskinan. Pemberantasan kemiskinan merupakan prioritas dalam pembangunan masyarakat diwilayah Puskesmas Sukmajaya. Jumlah penduduk miskin diwilayah Puskesmas Sukmajaya masih relatif tinggi, yaitu sebesar 4.571 penduduk atau sebesar 8,62% dari seluruh penduduk yang ada diwilayah Puskesmas Sukmajaya.

3.3 Struktur Organisasi Dan Tata Kerja

Puskesmas Sukmajaya terletak di Depok II Tengah, Jalan. Arjuna Raya nomor 1, berdiri diatas tanah seluas 2060 m² dengan luas bangunan 216m² dan berstatus hak guna pakai.

Struktur organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Puskesmas Sukmajaya mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 128/Menkes/SK/II/2004, terdiri dari :

- a. Kepala Puskesmas
- b. Unit Tata Usaha yang bertanggung jawab membantu Kepala Puskesmas dalam pengelolaan :
 - Data dan Informasi
 - Perencanaan dan Penilaian
 - Keuangan
 - Umum dan Kepegawaian
- c. Unit Pelaksana Teknis Fungsional Puskesmas, yaitu :
 - Upaya Kesehatan Masyarakat, termasuk pembinaan terhadap UKBM
 - Upaya Kesehatan Perorangan

- d. Jaringan Pelayanan Puskesmas, yaitu :
- Unit Puskesmas Pembantu
 - Unit Puskesmas Keliling
 - Unit Bidan Desa/Komunitas

3.4 Visi, Misi Dan Nilai

3.4.1 Visi

Visi Puskesmas Sukmajaya adalah “*Puskesmas Terbaik Di Jawa Barat*”

3.4.2 Misi

Untuk mewujudkan capaian visi , maka ditetapkan misi Puskesmas Sukmajaya adalah sebagai berikut :

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan
- b. Memberdayakan semua potensi yang ada
- c. Memberi pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas
- d. Menciptakan Puskesmas idaman (indah, aman dan nyaman)
- e. Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi

3.4.3 Nilai

Nilai –nilai untuk mencapai misi Puskesmas Sukamjaya adalah :

- a. Tanggung jawab
- b. Kedisiplinan
- c. Profesionalisme
- d. Kebersamaan
- e. Inovatif

3.5 Kebijakan Dan Strategi

3.5.1 Kebijakan

Strategi bidang kesehatan untuk melaksanakan program dan kegiatan-kegiatan sesuai dengan arah kebijakan yang tercantum dalam laporan perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu Puskesmas Sukmajaya adalah “*Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat melalui penyediaan layanan kesehatan dasar*”.

3.5.2 Strategi

Strategi yang dilaksanakan Puskesmas Sukmajaya untuk mencapai misinya adalah sebagai berikut :

- a. Meningkatkan kualitas SDM kesehatan
- b. Membuat komitmen dari semua karyawan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu dan berorientasi kepada kepuasan pelanggan.
- c. Menjalankan kebijakan kesehatan yang telah ditetapkan dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- d. Pemenuhan sarana dan prasarana kesehatan

3.6 Tujuan Dan Sasaran

3.6.1 Tujuan Umum

Terwujudnya masyarakat di wilayah Puskesmas Sukmajaya yang sehat untuk mendukung visi Kota Depok dan visi Puskesmas Sukmajaya.

3.6.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan analisis situasi terhadap seluruh masalah yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Sukmajaya.
- b. Mengidentifikasi permasalahan kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas Sukmajaya.
- c. Menentukan prioritas masalah kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas Sukmajaya.
- d. Menentukan alternatif pemecahan masalah kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas Sukmajaya.
- e. Membuat rencana operasional (POA) kesehatan terpadu Puskesmas Sukmajaya.

3.6.3 Sasaran

- a. Bertambahnya pelaku pelayanan kesehatan (kuantitas dan kualitas)
- b. Bertambahnya pelaku pembangunan untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
- c. Bertambahnya sarana dan prasarana kesehatan lingkungan masyarakat yang memenuhi syarat kesehatan.
- d. Bertambahnya kualitas pelaku atau penyedia pelayanan kesehatan swasta.

3.7 Sumber Daya Manusia (Ketenagaan)

Keadaan sumber daya manusia (SDM) di Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.4 Keadaan Sumber Daya Manusia di Puskesmas Sukmajaya

| No | Jenjang Pendidikan | Jumlah | Persentase |
|----|-------------------------------------------------|--------|------------|
| 1. | Medis | | |
| | - Dokter Umum | 5 | 17,85% |
| | - Dokter Gigi | 3 | 10,71% |
| 2. | Keperawatan | | |
| | - D-3 Keperawatan | 1 | 3,57% |
| | - D-3 perawat Gigi | 0 | 0 |
| | - SPK | 5 | 17,85% |
| | - SPRG | 1 | 3,57% |
| 3. | Kebidanan | | |
| | - D3-Kebidanan | 1 | 3,57% |
| | - D1-Kebidanan | 2 | 7,14% |
| 4. | Kefarmasian SMF/SAA | 1 | 3,57% |
| 5. | Gizi D3 Gizi | 1 | 3,57% |
| 6. | Kesehatan Masyarakat S1 Kesehatan Masyarakat | 2 | 7,14% |
| 7. | Analisis Kesehatan SMAK | 1 | 3,57% |

Tabel 3.4 (Sambungan)

| No | Jenjang Pendidikan | Jumlah | Persentase |
|----|--------------------------|-----------|-------------|
| 8. | Tenaga Non Kesehatan | | |
| | - Sarjana Non Kesehatan | 1 | 3,57% |
| | - SMU | 4 | 14,28% |
| | - SMP | 1 | 3,57% |
| | Jumlah Seluruhnya | 28 | 100% |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

Secara keseluruhan sumber daya manusia di Puskesmas Sukmajaya berjumlah 28 orang dengan persentase tenaga kesehatan sebesar 78,58% dan tenaga non kesehatan 21,42%.

3.8 Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan di Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.5 Sarana Kesehatan Diwilayah Kerja Puskesmas Sukmajaya

| No | Jenis Sarana Kesehatan | Kepemilikan | Jumlah |
|---------------|------------------------|-------------|-----------|
| 1. | Praktik Perorangan | | |
| | - dr. Spesialis | Swasta | 2 |
| | - dr. Umum | Swasta | 8 |
| | - dr. Gigi | Swasta | 4 |
| | - Bidan | Swasta | 9 |
| 2. | Rumah Bersalin (RB) | Swasta | 1 |
| 3. | Laboratorium | Swasta | 3 |
| 4. | Optik | Swasta | 1 |
| 5. | Apotek | Swasta | 10 |
| 6. | Batra | Swasta | 16 |
| Jumlah | | | 54 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

3.9 Derajat Kesehatan

3.9.1 Angka Kematian (Mortalitas)

a. Angka Kematian Ibu

Pada tahun 2007 jumlah kematian ibu tercatat sebanyak 1 orang atau 0,064% dari total persalinan. Pada tahun 2008 jumlah kematian ibu sama dengan tahun sebelumnya, yaitu mencapai 1 orang atau 0,057% dari total persalinan, yang diakibatkan karena pendarahan.

Data kematian ibu di Puskesmas Sukmajaya terlihat pada tabel berikut :

Tabel 3.6 Jumlah Kematian Ibu di Puskesmas Sukmajaya
Tahun 2006-2008

| Tahun | Jumlah Kematian Ibu | % Terhadap Jumlah Persalinan |
|-------|---------------------|------------------------------|
| 2006 | 1 orang | 0,074 |
| 2007 | 1 orang | 0,064 |
| 2008 | 1 orang | 0,057 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

b. Angka Kematian Bayi

Jumlah kematian bayi di Kota Depok tahun 2008 relatif masih sama bila dibandingkan tahun 2007, hal ini berkaitan dengan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, yaitu sebesar 100% pada tahun 2008.

Data kematian bayi di Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.7 Jumlah Kematian Bayi (0-12 bulan) Di Puskesmas Sukmajaya
Tahun 2006-2008

| Tahun | Jumlah Kematian Neonatus (0-28 hari) | Jumlah Kematian Bayi (1-12 bulan) | Jumlah |
|-------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------|
| 2006 | 8 | 0 | 8 |
| 2007 | 3 | 0 | 3 |
| 2008 | 8 | 0 | 8 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

Dari tabel 3.7 terlihat bahwa total seluruh kematian bayi pada tahun 2008 orang terdiri dari jumlah kematian neonatal 8 orang dan tidak didapatkan

kematian bayi kurang dari satu tahun. Jumlah ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2007 yang berjumlah 3 orang, terdiri dari jumlah kematian neonatus 3 orang dan juga tidak ditemukan kematian bayi kurang dari satu tahun.

c. Angka Kematian Balita

Angka kematian balita di Puskesmas Sukmajaya pada tahun 2007 dan tahun 2008 berdasarkan data yang ada tidak ditemukan.

3.9.2 Angka Kesakitan (Morbiditas)

3.9.2.1 Penyakit Infeksi Bersumber Binatang

a. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Sampai saat DBD masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Kota Depok. Epidemiologi relatif cenderung semakin meningkat jumlah penderitanya serta sangat luas penyebarannya. Faktor yang meningkatkan risiko DBD antara lain letak geografis Kota Depok yang berbatasan langsung dengan daerah endemis DBD, yaitu DKI Jakarta. Kelurahan Mekarjaya merupakan kelurahan endemis DBD, artinya kelurahan yang tiap tahunnya terdapat kasus DBD.

Data kasus DBD di Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.8 Jumlah Kasus DBD dan CFR di Kota Depok Tahun 2006-2008

| Tahun | Jumlah Kasus | Kasus Meninggal |
|-------|--------------|-----------------|
| 2006 | 70 | 2 |
| 2007 | 54 | 1 |
| 2008 | 25 | 1 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

b. Filariasis

Filariasis disebabkan oleh cacing filaria (*Mikrofilaria*) dan penularannya melalui vektor, yaitu nyamuk *Culex*. Di wilayah Puskesmas Sukmajaya telah dilakukan pengobatan masal filariasis, namun masih ditemukan 2 kasus dan telah mendapatkan penanganan dari Puskesmas Sukmajaya yang berkoordinasi dengan Dinkes Kota Depok dan Dinkes Propinsi Jawa Barat.

3.9.2.2 Penyakit PD3I (Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi)

a. Tuberkulosis (TBC)

Penemuan kasus baru (CDR) di Kota Depok dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2008 terus meningkat, akan tetapi masih di bawah target nasional, yaitu sebesar 70% (tahun 2007). Penemuan kasus TB-Paru di Puskesmas Sukmajaya tahun 2007 sebesar 27,8% dan mengalami peningkatan tahun 2008 menjadi 32,6%.

Kecenderungan angka kesembuhan atau *cure rate* di Puskesmas Sukmajaya pada tahun 2008 adalah 70%. Hal ini meningkat dibandingkan tahun 2007, hal ini disebabkan karena meningkatnya kesadaran kepatuhan penderita dalam menyelesaikan masalah pengobatan.

b. Difteri

Sampai dengan tahun 2008 belum ditemukan kasus difteri di wilayah Puskesmas Sukmajaya.

c. Tetanus Neonatorum

Sampai dengan tahun 2008 belum ditemukan kasus tetanus neonatorum di wilayah Puskesmas Sukmajaya.

d. Campak

Cakupan imunisasi campak di Puskesmas Sukmajaya tahun 2007 sebesar 73,49%, mengalami peningkatan di tahun 2008 sebesar 89,72%, namun demikian masih ditemukan kasus penyakit campak yang tinggi, yaitu sebesar 210 kasus, dimana terjadi peningkatan yang relatif tinggi, yaitu sebesar 100 kasus pada tahun 2007.

3.9.2.3 Penyakit Menular Langsung

a. ISPA

Penemuan ISPA pada usia 1-4 tahun di Puskesmas Sukmajaya adalah 22,30% balita pada tahun 2008, atau sekitar 3.022 anak balita dengan jumlah kasus pneumonia sebesar 581 kasus dari balita yang menderita ISPA yang sudah dilaksanakan di Puskesmas Sukmajaya saat ini lebih terfokus pada balita.

b. Diare

Penemuan kasus diare di Puskesmas Sukmajaya selama dua tahun mengalami peningkatan, namun demikian tidak dilaporkan adanya kematian akibat diare. Hal ini menggambarkan penatalaksanaan kasus diare di Puskesmas Sukmajaya sudah semakin baik.

Data kasus diare di Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.9 Jumlah Penderita Diare di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2006-2008

| Tahun | Jumlah Penderita Diare | % Penderita Ditangani |
|-------|------------------------|-----------------------|
| 2006 | 1.190 | 100 |
| 2007 | 1.686 | 100 |
| 2008 | 3.108 | 100 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

c. Kusta

Penyakit kusta masih merupakan masalah kesehatan di masyarakat, karena selain jumlah kasusnya yang masih tinggi, juga akibat yang ditimbulkan oleh penyakit ini adalah kecacatan.

Data kasus kusta di Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.10 Jumlah Penderita Kusta Di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2006-2008

| Tahun | Jumlah Penderita | | | Jumlah Penduduk |
|-------|------------------|----|-------|-----------------|
| | PB | MB | Total | |
| 2006 | 0 | 0 | 0 | 51.344 |
| 2007 | 1 | 1 | 1 | 51.589 |
| 2008 | 0 | 0 | 0 | 53.049 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

3.9.2.4 Penyakit Non Infeksi

Penyakit diabetes mellitus (DM) di Puskesmas Sukmajaya pada pola penyakit rawat jalan pada usia > 65 tahun masuk ke dalam 10 besar penyakit

dimana ditemukan kasus baru sebanyak 242 kasus atau 7,08%. Penyakit hipertensi menduduki urutan pertama pada pola penyakit penderita rawat jalan pada usia 45-65 tahun dengan 3.001 kasus atau 25,91%.

Data 10 penyakit terbesar pada penderita rawat jalan usia 45-65 tahun dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.11 10 Penyakit Terbesar Pasien Rawat Jalan Berumur 45-64 Tahun 2008

| Nama Penyakit | Kasus Baru | |
|-----------------------------------------|------------|------------|
| | Jumlah | Persentase |
| Hipertensi | 3001 | 25,91% |
| ISPA | 1.516 | 13,09% |
| Batuk | 1.242 | 10,72% |
| Rematik | 1.096 | 9,46% |
| Gastroduodenitis | 1.010 | 8,72% |
| Arthritis lainnya | 969 | 8,37% |
| Myalgia | 955 | 8,25% |
| Nasofaring akut | 900 | 7,77% |
| Demam yang tidak di ketahui penyebabnya | 509 | 4,40% |
| Penyakit pulpa dan jaringan periapikal | 383 | 3,31% |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

3.9.2.5 Kejadian Luar Biasa

Pada tahun 2008 tercatat ada satu kasus kejadian luar biasa (KLB), yakni kejadian DBD, dengan CFR sebesar 33,3%. Angka tersebut menunjukkan bahwa wilayah Puskesmas Sukmajaya adalah daerah rawan atau berisiko DBD.

3.9.3 Status Gizi

a. Kurang Energi Protein (KEP) Pada Balita

Pada tahun 2008 terjadi penurunan jumlah balita gizi buruk, yaitu ditemukan 5 balita atau 0,09% dibandingkan tahun 2007 dimana ditemukan 21 balita atau 0,40%. Hal ini terjadi pada balita gizi kurang mengalami penurunan jumlah dari 273 orang (5,24%) tahun 2007 menjadi 219 orang (3,19%) tahun

2008. Hal ini disebabkan oleh terjadinya peningkatan kasus gizi kurang setelah dilakukan beberapa intervensi, salah satunya adalah pemberian makanan tambahan pemulihan (PMTP) dan diharapkan pada tahun yang akan datang dapat meningkat menjadi gizi baik.

Data status gizi balita di Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.12 Status Gizi Balita Di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2006-2008

| Status Gizi | Tahun 2006 | | Tahun 2007 | | Tahun 2008 | |
|--------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | jumlah | % | Jumlah | % | Jumlah | % |
| Balita Gizi Buruk | 15 | 0,40 | 21 | 0,40 | 5 | 0,09 |
| Balita Gizi Kurang | 569 | 10,12 | 273 | 5,24 | 219 | 3,97 |
| Balita Gizi Baik | 4.980 | 88,60 | 4.768 | 91,53 | 162 | 92,89 |
| Balita Gizi Lebih | 513 | 8,87 | 113 | 2,17 | 162 | 2,94 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

b. Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY)

Sampai tahun 2008 belum ada laporan kasus GAKY di Puskesmas Sukmajaya, namun upaya untuk mencegah terjadinya gangguan akibat kekurangan yodium tetap dilakukan antara lain berupa penyuluhan terpadu. Pendataan jenis garam yang mengandung yodium, serta pemantauan gangguan garam beryodium di masyarakat melalui anak SD/MI.

c. Kekurangan Vitamin A

Sampai tahun 2008 belum kasus yang menunjukkan adanya penderita, namun untuk mencegah terjadinya penyakit *Xerophthalmia* tetap dilakukan pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada bayi, balita, ibu hamil dan melahirkan serta remaja putri.

3.10 Kesehatan Lingkungan

a. Ketersediaan Air Bersih

Pemenuhan kebutuhan rumah tangga terhadap air bersih berdasarkan hasil laporan Puskesmas mengalami peningkatan. Pada tahun 2006 sebagian besar rumah tangga yang diperiksa (92,45%) mempunyai fasilitas air minum sendiri.

Data sumber air minum rumah tangga dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.13 Persentase Sumber Air Bersih Di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

| Sumber Air Minum | Jumlah Sarana | Persentase |
|--------------------------|---------------|------------|
| Sumur pompa tangan (SPT) | 180 | 23,08 |
| Ledeng (PAM) | 600 | 76,92 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

b. Penyehatan Lingkungan Pemukiman/Perumahan

Sebagai ukuran yang digunakan untuk menilai kesehatan perumahan adalah luas lantai rumah/tempat tinggal, jenis atap rumah, jenis lantai, dinding rumah serta jenis penerangan rumah yang digunakan.

Data rumah sehat menurut kelurahan di Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.14 Persentase Rumah Sehat Menurut Kelurahan Di Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

| Kelurahan | Persentase | | |
|-----------|------------|------------|------------|
| | Tahun 2006 | Tahun 2007 | Tahun 2008 |
| Mekarjaya | 80,28 | 34,13 | 80,0 |
| Tirtajaya | 52,37 | 23,60 | 69,07 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

3.11 Peran Serta Dan Prilaku Masyarakat

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) adalah bentuk perwujudan paradigma sehat dalam budaya hidup perorangan, keluarga dan masyarakat yang berorientasi sehat dan bertujuan untuk meningkatkan, memelihara dan melindungi kesehatan baik fisik, mental spiritual ataupun sosial.

Sesuai dengan upaya promosi kesehatan yang esensinya adalah pemberdayaan masyarakat, maka peran serta masyarakat yang optimal dalam bidang kesehatan merupakan indikator keberhasilan, kelangsungan dan kemandirian pembangunan kesehatan.

3.12 Anggaran Kesehatan

Anggaran kesehatan Puskesmas Sukmajaya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.15 Anggaran Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

| Sumber Pembiayaan | Alokasi Anggaran | |
|-----------------------|--------------------|------------|
| | Rupiah | Persentase |
| a. BOP | 66,072,000 | 28,94 |
| b. Non BOP | 39,936,190 | 17,50 |
| c. Askes | 51,924,000 | 22,75 |
| d. Askeskin | 60,623,000 | 26,56 |
| e. Program | 9,706,000 | 4,25 |
| f. Sumber lain | 0 | 0 |
| Total Anggaran | 228,270,190 | 100 |

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Sukmajaya Tahun 2008

BAB IV

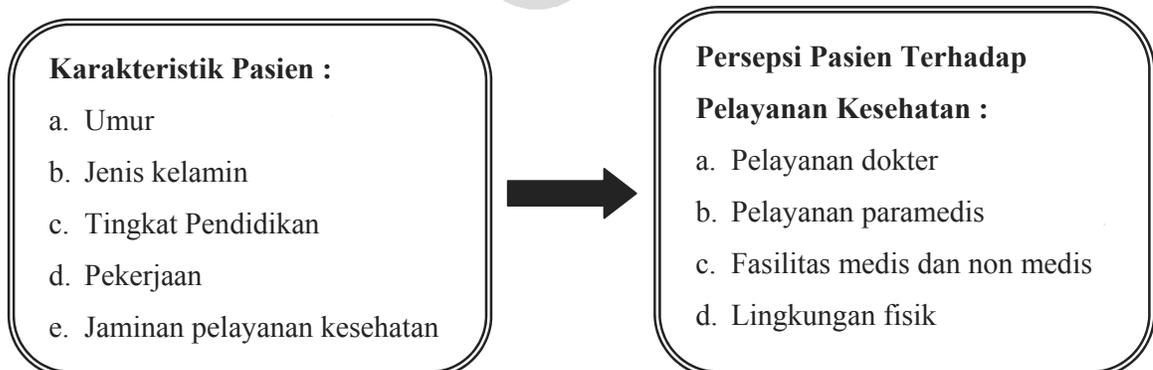
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Konsep

Menurut Wijono (1999) ukuran jasa pelayanan bersifat subyektif karena menyangkut kepuasan seseorang, persepsi, latar belakang, sosial ekonomi, pendidikan, budaya, bahkan kepribadian seseorang. Bagi Pasien mutu pelayanan kesehatan yang baik biasanya dikaitkan dengan sembuhnya dari sakit, kecepatan pelayanan, keramah tamahan, dan tarif pelayanan yang murah.

Salah satu cara untuk mengukur mutu layanan kesehatan Puskesmas adalah dengan mengetahui persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas tersebut. Pada penulisan ini peneliti mencoba menggambarkan bagan kerangka konsep yang terdiri dari karakteristik pasien dan persepsi pasien terhadap pelayanan dokter, pelayanan paramedis, fasilitas medis dan non medis dan lingkungan fisik di Puskesmas Sukmajaya Kota Depok. Karakteristik pasien terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan jaminan pelayanan kesehatan. Sesuai dengan tujuan penelitian untuk mendapatkan gambaran persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas Sukmajaya Kota Depok, serta berdasarkan teori, maka susunan kerangka konsep penelitian adalah sebagai berikut :

Gambar 4.1 Kerangka Konsep Penelitian



4.2 Definisi Konsep

4.2.1 Karakteristik Pasien

Dalam mendefinisikan karakteristik pasien, penulis menggunakan teori yang dikemukakan oleh Anderson (1974) yang dikutip Notoatmojo (2007) tentang teori kepercayaan individu terhadap pelayanan kesehatan (*Health Belief Model*) yang menyatakan bahwa karakteristik individu merupakan faktor predisposisi yang dapat digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan ke dalam 3 kelompok yaitu :

- a. Ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur
- b. Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan atau ras dan sebagainya.
- c. Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan.

Meskipun mempunyai faktor predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, tiap individu tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar. Kemampuan konsumen untuk membayar pelayanan kesehatan merupakan faktor karakteristik pendukung (*enabling characteristics*) yang mempengaruhi kepercayaan individu terhadap pelayanan kesehatan.

Adapun definisi untuk tiap-tiap variabel adalah sebagai berikut :

- a. Umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan) (Depdiknas, 2005).
- b. Jenis kelamin adalah sifat jasmani atau rohani yang membedakan dua mahluk sebagai wanita atau pria (Depdiknas, 2005).
- c. Tingkat Pendidikan adalah tingkat dimana terjadi proses perubahan sikap dan tata laku seseorang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Depdiknas, 2005).
- d. Pekerjaan adalah pencarian yang dijadikan pokok penghidupan atau sesuatu yang dilakukan untuk mendapatkan nafkah (Depdiknas, 2005).

- e. Jaminan pelayanan kesehatan adalah suatu upaya individu dan keluarganya untuk mengatasi masalah kesehatan, mulai dari pencegahan, pelayanan di klinik kesehatan, rumah sakit, kebutuhan alat bantu peningkatan fungsi organ tubuh, dan pengobatan, secara efektif dan efisien (Jamsostek, 2009).

4.2.2 Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan

Dalam mendefinisikan persepsi pasien, penulis menggunakan teori persepsi yang dikemukakan oleh Mutmainnah (1997) yang menyatakan bahwa persepsi adalah cara kita menginterpretasikan atau mengerti pesan yang telah diproses oleh sistem inderawi kita. Sedangkan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat [Levey dan Loomba (1973) yang dikutip Azwar (1996)].

Adapun definisi untuk tiap-tiap variabel adalah sebagai berikut :

- a. Pelayanan dokter (*medical service*) adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah untuk penyembuhan dan memulihkan kesehatan, serta sasaran utamanya adalah perseorangan dan ataupun keluarga (Azwar, 1996).
- b. Pelayanan paramedis adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang terutama menyediakan perawatan gawat darurat dan trauma lanjut pra-rumah sakit. Menurut Undang-Undang nomor 18 tahun 1964 tentang wajib kerja tenaga para medis Pasal 1, maka yang dimaksud tenaga paramedis adalah tenaga kesehatan sarjana muda, menengah dan rendah, antara lain : keperawatan, kebidanan, asisten apoteker penilik kesehatan, nutrisionis, keteknisan medis dan sebagainya (Wikipedia, 2009).
- c. Fasilitas medis dan non medis adalah sarana dan prasarana yang merupakan unsur masukan (input) dalam pelayanan kesehatan yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan (Wijono, 2000).

- d. Lingkungan fisik adalah segala sesuatu yang berada disekitar manusia, termasuk di dalamnya tanah, air dan udara serta interaksi satu sama lain diantara faktor-faktor tersebut (Kusnoputranto, 1986).

4.3 Definisi Operasional

4.3.1 Karakteristik Pasien

a. Umur

- 1) Definisi Operasional : Usia responden pada saat dilakukan penelitian
- 2) Alat Ukur : Kuesioner
- 3) Cara Ukur : Wawancara
- 4) Hasil Ukur : a) 17-55 tahun
b) >55 tahun
- 5) Skala : Ordinal

b. Jenis kelamin

- 1) Definisi Operasional : Ciri yang membedakan identitas responden.
- 2) Alat Ukur : Kuesioner
- 3) Cara Ukur : Dilihat penampilan fisik pasien
- 4) Hasil Ukur : a) Laki-laki
b) Perempuan
- 5) Skala : Nominal

c. Tingkat Pendidikan

- 1) Definisi Operasional : Jenjang sekolah formal terakhir yang pernah ditamatkan oleh responden.
- 2) Alat Ukur : Kuesioner
- 3) Cara Ukur : Wawancara
- 4) Hasil Ukur : a) Pendidikan dasar sampai SMP
b) SMU sampai perguruan tinggi
- 5) Skala : Ordinal

d. Pekerjaan

- 1) Definisi Operasional : Kegiatan rutin yang dilakukan responden untuk mencari nafkah.
- 2) Alat Ukur : Kuesioner
- 3) Cara Ukur : Wawancara
- 4) Hasil Ukur : a) Tidak Bekerja
b) Bekerja
- 5) Skala : Nominal

e. Jaminan pelayanan kesehatan

- 1) Definisi Operasional : Cara pembayaran responden untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas.
- 2) Alat Ukur : Kuesioner
- 3) Cara Ukur : Wawancara
- 4) Hasil Ukur : a) Bayar sendiri
b) Asuransi
- 5) Skala : Nominal

4.3.2 Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan

a. Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan Dokter

- 1) Definisi Operasional : Cara responden menginterpretasikan dan menilai pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter.
- 2) Alat Ukur : Kuesioner
- 3) Cara Ukur : Dengan memberikan 12 buah pertanyaan yang berkaitan dengan keramahan, kedisiplinan, penjelasan tentang penyakit, kesediaan mendengarkan keluhan, waktu tunggu, kesabaran, perhatian, kebebasan berbicara, kebebasan bertanya, kerapihan penampilan, kemauan menyapa pasien dan penjelasan tentang obat,
- 4) Hasil Ukur : a) Baik
b) Cukup
c) Kurang
- 5) Skala : Ordinal

b. Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan Paramedis

- 1) Definisi Operasional : Cara responden menginterpretasikan dan menilai pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh paramedis.
- 2) Alat Ukur : Kuesioner
- 3) Cara Ukur : Dengan memberikan 12 buah pertanyaan yang berkaitan dengan keramahan, kedisiplinan dan perhatian yang ditujukan pada perawat, petugas apotek dan petugas loket.
- 4) Hasil Ukur : a) Baik
b) Cukup
c) Kurang
- 5) Skala : Ordinal

c. Persepsi Pasien Terhadap Fasilitas Medis Dan Non Medis

- 1) Definisi Operasional : Cara responden menginterpretasikan dan menilai berbagai sarana penunjang kegiatan operasional Puskesmas, baik yang berhubungan dengan kegiatan kedokteran atau non kedokteran.
- 2) Alat Ukur : Kuesioner
- 3) Cara Ukur : Dengan memberikan 10 buah pertanyaan yang berkaitan dengan ketersediaan alat-alat kedokteran , ketersediaan obat-obatan, kelengkapan ruang periksa pasien, kenyamanan ruang periksa, kenyamanan ruang tunggu, keamanan lokasi parkir, ketersediaan WC/kamar mandi, ketersediaan alat-alat kebersihan, ketersediaan kotak sampah, dan ketersediaan kotak saran.
- 4) Hasil Ukur : a) Baik
b) Cukup
c) Kurang
- 5) Skala : Ordinal

d. Persepsi Pasien Terhadap Lingkungan Fisik

- 1) Definisi Operasional : Cara responden menginterpretasikan dan menilai keadaan di sekitar Puskesmas yang dapat memberikan kenyamanan bagi pasien.
- 2) Alat Ukur : Kuesioner
- 3) Cara Ukur : Dengan memberikan 12 buah pertanyaan yang berkaitan dengan kondisi bangunan, keamanan bangunan, penataan ruangan, penataan ruang tunggu, kebersihan halaman, kebersihan ruang periksa pasien, kebersihan WC/kamar mandi, penerangan ruang periksa pasien, ketersediaan air bersih, kebersihan udara, kerapihan pepohonan dan kerapihan bunga/taman.
- 4) Hasil Ukur : a) Baik
b) Cukup
c) Kurang
- 5) Skala : Ordinal

e. Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan

- 1) Definisi Operasional : Cara responden menginterpretasikan dan menilai pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas.
- 2) Alat Ukur : Kuesioner
- 3) Cara Ukur : Dengan menghitung distribusi rata-rata persepsi pasien terhadap 4 (empat) variabel layanan kesehatan, yaitu pelayanan dokter, pelayanan paramedis, fasilitas medis dan non medis dan lingkungan fisik Puskesmas.
- 4) Hasil Ukur : a) Baik
b) Cukup
c) Kurang
- 5) Skala : Ordinal