



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN RESPONSIVENESS
PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN
PUSKESMAS GAMBIR TAHUN 2009**

TESIS

RATNA WIDURI

NPM : 0706188901

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS INDONESIA
JULI, 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN RESPONSIVENESS
PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN
PUSKESMAS GAMBIR TAHUN 2009**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister
Kesehatan**

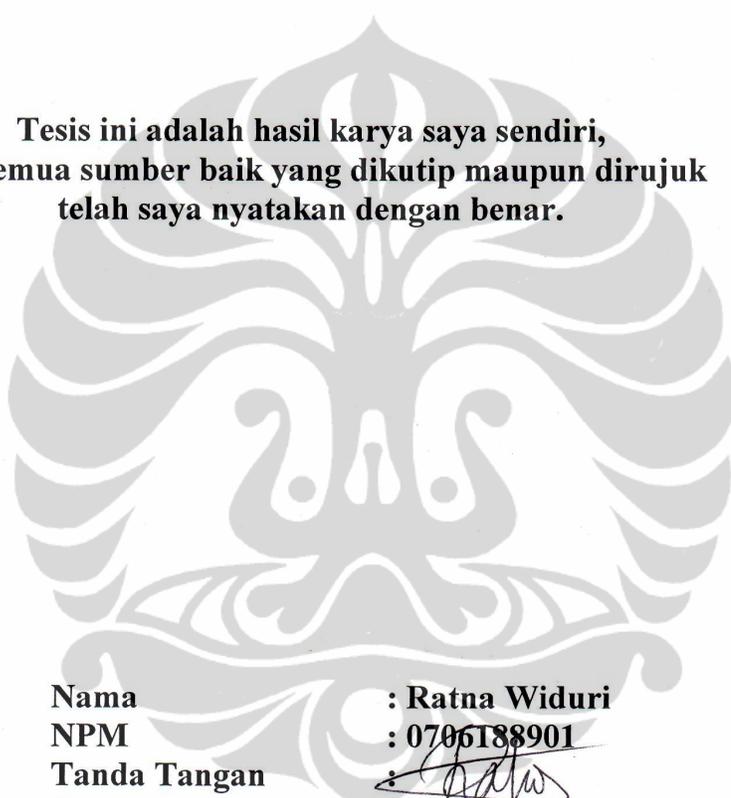
RATNA WIDURI

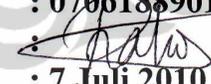
NPM : 0706188901

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI PASCA SARJANA
KEKHUSUSAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JULI, 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**



Nama : Ratna Widuri
NPM : 0706188901
Tanda Tangan : 
Tanggal : 7 Juli 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Ratna Widuri
NPM : 0706188901
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : FAKTOR - FAKTOR YANG
BERHUBUNGAN DENGAN RESPONSIVENESS PELAYANAN KESEHATAN
RAWAT JALAN PUSKESMAS GAMBIR TAHUN 2009

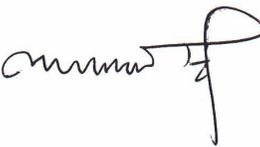
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan pada Program Studi Pasca Sarjana ,
Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : drg. Wahyu Sulistiadi, MARS 

Penguji : Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS ()

Penguji : dr. John Marbun, M.Kes ()

Penguji : Asep Zaenal Mustofa, SKM, M.Epid()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 7 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Jurusan Manajemen Pelayanan Kesehatan pada Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

- (1) Drg. Wahyu Sulistiadi, MARS selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam menyusun tesis ini.
- (2) tim penguji sidang tesis ini
- (2) staff Puskesmas Gambir yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
- (3) orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral; dan
- (4) sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 5 Juli 2010

Penulis

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : RATNA WIDURI

NPM : 0706188901

Mahasiswa Program : PASCA SARJANA IKM

Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi/tesis/disertasi saya yang berjudul :

..... FAKTOR-FAKTOR YANG BERTHUBUNGAN DENGAN
RESPONSIVENESS PELAYANAN KESEHATAN PRAWAT
..... JALAN PUSKEMAS GAMBIR TAHUN 2009

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 8 - JULI 2010



(..... RATNA WIDURI))

ABSTRAK

Ratna Widuri

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Responsiveness Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Puskesmas Gambir Tahun 2009

xiii + 87 halaman, 13 tabel, 2 lampiran

Dalam era desentralisasi diharapkan puskesmas mampu meningkatkan ketanggapan pelayanan kesehatan. Survei pada awal tahun 2009, menunjukkan bahwa kepuasan pasien pelayanan kesehatan di Puskesmas Gambir masih rendah, meskipun sudah menerapkan ISO 9001 : 2000. Sehingga perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir. Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampelnya 324 pasien rawat jalan yang memenuhi kriteria inklusi. Alat pengumpulan data adalah kuesioner. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir masih rendah dan faktor yang berhubungan adalah usia dan pendidikan.

Daftar bacaan : 35 (1979-2009)

Kata kunci : tanggapan pelayanan, aspek ketanggapan, perilaku

ABSTRACT

Ratna Widuri.

Public Health Program

The factors that's related to the responsiveness of ambulatory health service at Gambir primary health care, Fiscal Year 2009

xiii + 87 pages, 13 tables, 2 appendices

In decentralization era primary health care should improve the responsiveness of health services. Survey in initial 2009 shows that the satisfied of patient to health services at Gambir primary health care still at low level, eventhough it had applied ISO 9001-2000. So that need to be surveyed to identify the factors that's related to the responsiveness of ambulatory health service at Gambir primary health care. This Survey applied quantitative's method with cross sectional theory. Using sample of 324 patients of Gambir health center that had passed the inclusion criteria. The devive of data collect is quisioner. From the result of this survey, it's resulted that the responsiveness of ambulatory health services at Gambir primary health care is still at low level and the causes of it are the age and education factors.

Reference : 35(1979-2009)

Key word : responsiveness, aspect responsiveness, behaviour

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
1.PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan masalah.....	6
1.3. Pertanyaan penelitian.....	6
1.4. Tujuan penelitian.....	6
1.4.1. Tujuan umum.....	6
1.4.2. Tujuan khusus.....	7
1.5. Manfaat penelitian.....	7
1.6. Ruang lingkup penelitian.....	8
2.TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1. Responsiveness.....	9
2.2. Aspek responsiveness.....	16
2.3. Pelayanan kesehatan.....	20
2.4. Pengukuran responsiveness.....	27

2.5.	Rawat jalan.....	29
2.6.	Puskesmas.....	30
2.7.	Perilaku.....	33
2.8.	Penelitian mengenai faktor karakteristik dan responsiveness.....	36
3.GAMBARAN UMUM PUSKESMAS.....		38
3.1.	Gambaran wilayah.....	38
3.2.	Data tenaga.....	38
3.3.	Visi dan misi Puskesmas Gambir.....	39
3.4.	Sasaran puskesmas.....	39
3.5.	Tugas pokok dan fungsi puskesmas.....	39
3.6.	Fasilitas pelayanan kesehatan.....	40
3.7.	Upaya kesehatan.....	41
4.KERANGKA TEORI DAN KONSEP		43
4.1.	Kerangka teori.....	43
4.2.	Kerangka konsep.....	44
4.3.	Hipotesis.....	45
4.4.	Definisi operasional.....	45
5.METODE PENELITIAN.....		50
6.HASIL PENELITIAN.....		54
7.PEMBAHASAN.....		72
8.KESIMPULAN DAN SARAN.....		85
8.1.	Kesimpulan.....	85
8.2.	Saran.....	86

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
Tabel 1.1	Data Susenas Tahun 2004	4
Tabel 3.1	Jumlah Kunjungan Pasien di Puskesmas Gambir Tahun 2008	41
Tabel 5.1	Hasil Penghitungan Responsiveness dari 30 Sampel Pasien	51
Tabel 6.1	Distribusi Responden menurut Karakteristik dan Cara Pembiayaan	54
Tabel 6.2	Statistik Deskriptif Nilai Responsiveness	56
Tabel 6.3	Distribusi Responden menurut Responsiveness Pelayan- an Kesehatan Rawat Jalan	57
Tabel 6.4	Responsiveness Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Pus- kesmas Gambir Tahun 2009 berdasarkan aspek Respon- siveness	58
Tabel 6.5	Distribusi Responsiveness Pelayanan Kesehatan Rawat Ja- lan Puskesmas Gambir Tahun 2009 berdasarkan Karak- teristik dan Cara Pembiayaan	62
Tabel 6.6	Distribusi Aspek Responsiveness Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Puskesmas Gambir Tahun 2009 berdasarkan Usia Responden	63
Tabel 6.7	Distribusi Aspek Responsiveness Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Puskesmas Gambir Tahun 2009 berdasarkan Jenis Kelamin Responden	65
Tabel 6.8	Distribusi Aspek Responsiveness Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Puskesmas Gambir Tahun 2009 berdasarkan Pendidikan Responden	67

Tabel 6.9	Distribusi Aspek Responsiveness Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Puskesmas Gambir Tahun 2009 berdasarkan Cara Pembiayaan Responden	68
Tabel 6.10	Hasil Uji Bivariat pada Responsiveness Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Puskesmas Gambir Tahun 2009	71



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuesioner penelitian
- Lampiran 2. Uji normalitas data
- Lampiran 3. Analisis univariat
- Lampiran 4. Analisis bivariat



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Langkah strategis yang dilakukan oleh Negara-negara Eropa Timur dalam menciptakan pemerintahan yang baik adalah dengan melakukan desentralisasi pelayanan publik. Hal ini yang juga dilakukan oleh Indonesia dengan memberikan kesempatan dan keleluasaan pemerintah daerah untuk mengatur wilayahnya masing-masing sesuai dengan situasi dan kondisinya yang dikenal dengan istilah otonomi daerah. Diharapkan dengan diterapkannya otonomi daerah mampu meningkatkan efisiensi dan responsiveness serta partisipasi masyarakat dalam pelayanan publik (Depkes,2003).

Dengan diterapkannya UU No 32/2004 tentang pemerintahan daerah, membawa perubahan yang cukup berarti di bidang kesehatan. Sebagai salah satu pelayanan publik di bidang kesehatan, puskesmas yang merupakan unit pelayanan kesehatan primer terdepan, harus melakukan perubahan menjadi unit pelayanan kesehatan yang bersifat entrepreneurship.

Puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, sering mempunyai citra yang kurang baik seperti tempat berobat orang miskin, pelayanan oleh mantri, obat yang sama untuk penyakit yang berbeda, kualitas pelayanan yang jelek dan penilaian negatif lainnya. Lieberman dan Marzoeki (1999) menemukan bahwa penggunaan pelayanan institusi pemerintah termasuk puskesmas pada masa krisis ekonomi, periode tahun 1997 – 1999, justru mengalami penurunan, sementara pelayanan oleh lembaga privat mengalami kenaikan. Hal ini menunjukkan bahwa kesulitan ekonomi yang mengakibatkan turunnya daya beli masyarakat, tidak menggeser keinginan masyarakat untuk memilih pelayanan swasta dibandingkan pelayanan pemerintah (Hoedijono,2003).

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, ada 4 faktor yang berperan yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan (Blum,1976). Sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan terdepan, puskesmas mempunyai peran yang

sangat besar untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Bagaimana bisa meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, apabila pelayanan kesehatan di puskesmas masih mempunyai citra atau image yang jelek di mata masyarakat.

Sehingga untuk merubah citra yang kurang baik dan sesuai dengan kebijakan desentralisasi kesehatan, puskesmas harus lebih responsif dengan memberikan pelayanan kesehatan sesuai keinginan dan kebutuhan setiap pelanggannya, khususnya pelanggan external atau pasien. Dengan demikian puskesmas bisa ikut meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dan juga bisa bersaing dan menjadi unit pelayanan kesehatan yang lebih efektif (Kottler,1987).

Responsiveness merupakan salah satu tujuan utama dari pelaksanaan pelayanan kesehatan. Alasannya karena responsiveness dapat ditingkatkan tanpa mempengaruhi tujuan yang lainnya(kesehatan dan financial). Responsiveness lebih independen dibandingkan tujuan lainnya. Meningkatkan responsiveness mempunyai nilai yang menguntungkan dan hasilnya mudah terlihat, meskipun tujuan lain tidak efektif. Responsiveness adalah bagaimana penyelenggara pelayanan kesehatan dapat dengan baik memenuhi harapan dari populasi pada aspek non medis pelayanan kesehatan (Darby et al,2000).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan yaitu sikap respek/keramah tamahan, keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan, penanganan dengan segera atau lama waktu tunggu, komunikasi, kenyamanan dan kebebasan dalam memilih fasilitas.

Penelitian yang dilakukan oleh Smith dan Metzner (1970), memperlihatkan bahwa bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, yang terpenting adalah efisiensi pelayanan kesehatan (45%), perhatian secara pribadi dari dokter (40%), pengetahuan yang dimiliki dokter (40%), ketrampilan dokter (35%) serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (35%).

Dalam upayanya meningkatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan setiap pelanggannya dan juga agar puskesmas mampu bersaing dengan unit pelayanan kesehatan sejenis, Pemprov DKI Jakarta menerapkan ISO 9001 : 2000 di puskesmas. Targetnya adalah akhir tahun 2009 seluruh puskesmas di DKI Jakarta

sudah mempunyai sertifikat ISO 9001 : 2000. Sedangkan di Jakarta Pusat 8 puskesmas kecamatan sudah mempunyai sertifikat ini (Wibowo,2008).

Dengan diterapkannya ISO 9001 : 2000, maka semua puskesmas tersebut harus bisa memberikan bentuk pelayanan kesehatan yang rapi, terarah, dan tepat sasaran. Puskesmas juga harus bisa bersaing dengan rumah sakit ataupun klinik swasta. Sehingga puskesmas menjadi unit pelayanan kesehatan yang efektif, yang selalu berorientasi kepada kebutuhan setiap pelanggannya, dan lebih responsif.

Pelayanan kesehatan rawat jalan yang responsif dapat ditinjau dari 7 aspek, yaitu lama waktu menunggu, keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara, kejelasan petugas dalam menjelaskan sesuatu, keikutsertaan responden dalam pengambilan keputusan, dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan, kebebasan memilih fasilitas dan petugas kesehatan, dan kebersihan ruang dan kamar mandi. Data SKRT (2004), menunjukkan rendahnya persentase terhadap pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan (33%), aspek berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan kebebasan memilih fasilitas dan petugas kesehatan (27%). Persentase terendah adalah aspek keramahan petugas (14%). Untuk daerah perkotaan, aspek yang lebih menonjol adalah lama waktu tunggu, keramahan petugas serta kebebasan memilih fasilitas dan petugas kesehatan.

Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan (responsiveness) menurut Susenas (2004) adalah ketanggapan menurut waktu tunggu, kepuasan pelayanan dan penjelasan petugas kesehatan.

Tabel 1.1. Data Susenas tahun 2004

Ketanggapan	RS pemerintah	RS Swasta	Praktek Dokter	PKM	Poliklinik	Praktek Petugas Kesehatan	Batra	Lainnya
Lama wkt tunggu								
<=29 mnt	47,6	56,9	58,6	59,2	68,9	84,6	82,3	78,9
30-59 mnt	39,2	33,7	35,4	35,6	25,2	13,8	14,3	15,9
60-119mnt	9,2	6,4	4,9	4,7	5,0	1,4	1,6	3,1
>=120mnt	4,0	2,9	1,1	0,5	0,9	0,2	1,8	2,1
Pelayanan Kesehatan								
Sgt puas	12,4	16,2	13,0	5,5	11,6	6,6	7,0	9,2
Puas	55,9	62,5	63,4	50,0	58,7	56,1	49,7	43,6
Cukup puas	27,0	19,7	22,2	39,7	27,3	35,1	37,8	37,8
Kurang puas	4,1	1,3	1,4	4,7	2,1	2,1	5,5	8,5
Tdk puas	0,7	0,3	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	0,9
Penjelasan petugas								
Sgt jelas	13,6	17,8	14,1	6,2	13,2	7,9	9,2	6,13
Jelas	53,6	54,3	55,6	45,9	53,7	48,8	30,5	41,2
Cukup jelas	28,3	25,1	28,1	42,5	30,1	38,9	53,7	42,2
Tdk jelas	4,2	2,8	1,9	5,2	3,0	4,1	5,6	10,5
Sgt tdk jelas	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	1,0	0,0

Sumber Susenas tahun 2004

Ketanggapan menurut lama waktu tunggu, di puskesmas memerlukan waktu antara 30 – 59 menit sebanyak 35,6%, sedangkan diatas 60 menit ada 5,2%. Ketanggapan atas pelayanan kesehatan, responden yang menyatakan sangat puas/puas hanya sekitar 50,5% jauh dibawah unit pelayanan kesehatan lainnya. Untuk ketanggapan penjelasan petugas, hanya 52% responden yang menyatakan sangat jelas/jelas. Hal tersebut jelas menunjukkan bahwa ketanggapan pelayanan rawat jalan di puskesmas masih kalah dibandingkan RS Swasta, RS Pemerintah, praktek dokter dan poliklinik (Susenas,2004).

Hasil Riset Kesehatan Dasar Propinsi DKI Jakarta tahun 2007, terdapat 7 ketanggapan untuk rawat jalan, yang semuanya dinilai dalam 5 skala yaitu sangat baik, baik, cukup, buruk dan sangat buruk. Untuk memudahkan penilaian aspek ketanggapan rawat jalan, WHO membagi menjadi 2 bagian besar yaitu baik (sangat baik, baik) dan kurang baik (cukup, buruk dan sangat buruk). Aspek ketanggapan rawat jalan di pelayanan kesehatan DKI Jakarta termasuk puskesmas menunjukkan lebih dari 70% responden menyatakan kepuasannya.

Walaupun lebih dari 70% responden menyatakan puas terhadap aspek ketanggapan pelayanan kesehatan, namun kenyataan di lapangan menunjukkan fakta yang berbeda. Masih banyak keluhan yang disampaikan pengguna pelayanan kesehatan di puskesmas. Dari survei yang dilakukan puskesmas kecamatan Gambir pada tahun 2009, masih adanya keluhan dari pelanggan seperti petugas yang kurang ramah, kebersihan kamar mandi yang kurang.

Puskesmas Kecamatan Gambir merupakan salah satu puskesmas kecamatan yang ada di Jakarta Pusat, yang sudah mempunyai sertifikat ISO 9001 : 2000. Dari survei kepuasan pelanggan yang pernah dilakukan, kepuasan pasien baru mencapai 78% jauh dari standar yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta yaitu 95%.

Untuk itu peneliti merasakan perlunya dilakukan penelitian di Puskesmas Kecamatan Gambir untuk melihat tingkat responsiveness pelayanan kesehatan dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhinya. Hal ini penting dilakukan agar puskesmas bisa lebih meningkatkan pelayanan kesehatannya yang berorientasi

kepada pasien, sehingga mampu menjadi unit pelayanan kesehatan yang responsif yang bisa bersaing dengan unit pelayanan kesehatan lainnya dan yang lebih penting lagi bisa mewujudkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya sesuai dengan tujuan dari puskesmas yang ditetapkan oleh Depkes.

1.2. Rumusan masalah

Dalam era desentralisasi, diharapkan setiap pelayanan publik mampu meningkatkan efisiensi dan responsiveness serta partisipasi dari masyarakat. Demikian juga sektor kesehatan, salah satunya adalah puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer.

Untuk menjadi penyelenggara pelayanan kesehatan yang responsive, puskesmas harus bisa memberikan kepuasan kepada pelanggannya terutama pelanggan external.

Puskesmas Gambir sudah bersertifikat ISO 9001:2000, yang artinya puskesmas harus sudah bisa memberikan pelayanan kesehatan yang rapi, terarah, tepat sasaran dan lebih responsif. Namun dari survei yang dilakukan pada awal tahun 2009, persentase kepuasan pelanggan baru mencapai 78%, jauh dibawah standar yang ditetapkan oleh Dinkes Propinsi DKI Jakarta yaitu 95%. Untuk responsiveness pelayanan kesehatannya sendiri belum pernah dilakukan di puskesmas ini.

Untuk itu perlu dilakukan penelitian di Puskesmas Kecamatan Gambir untuk mengetahui bagaimana tingkat responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di puskesmas dan faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengannya.

1.3. Pertanyaan penelitian

Bagaimana tingkat responsiveness pelayanan kesehatan Rawat Jalan di Puskesmas Gambir tahun 2009 dan faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan responsiveness pelayanan kesehatannya ?

1.4. Tujuan penelitian

1.4.1. Tujuan umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir.

1.4.2. Tujuan khusus

- a. Memperoleh gambaran tentang responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir
- b. Mengetahui karakteristik responden berdasarkan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir
- c. Mengetahui hubungan antara karakteristik responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Kecamatan Gambir

1.5. Manfaat penelitian

1.5.1. Bagi pasien pelayanan kesehatan rawat jalan di puskesmas
Memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih responsif.

1.5.2. Bagi puskesmas kecamatan

- a. Meningkatkan citra puskesmas kecamatan
- b. Mampu bersaing dengan unit pelayanan kesehatan lain yang sejenis.
- c. Menjadi puskesmas yang responsive.

1.5.3. Bagi Sudinkes Jakarta Pusat

Mendapatkan gambaran secara tepat tingkat responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Kecamatan Gambir.

Memberikan pembinaan lebih terarah sesuai dengan situasi dan kondisi di Puskesmas Kecamatan Gambir.

1.5.4. Bagi Dinas Kesehatan Prop. DKI Jakarta

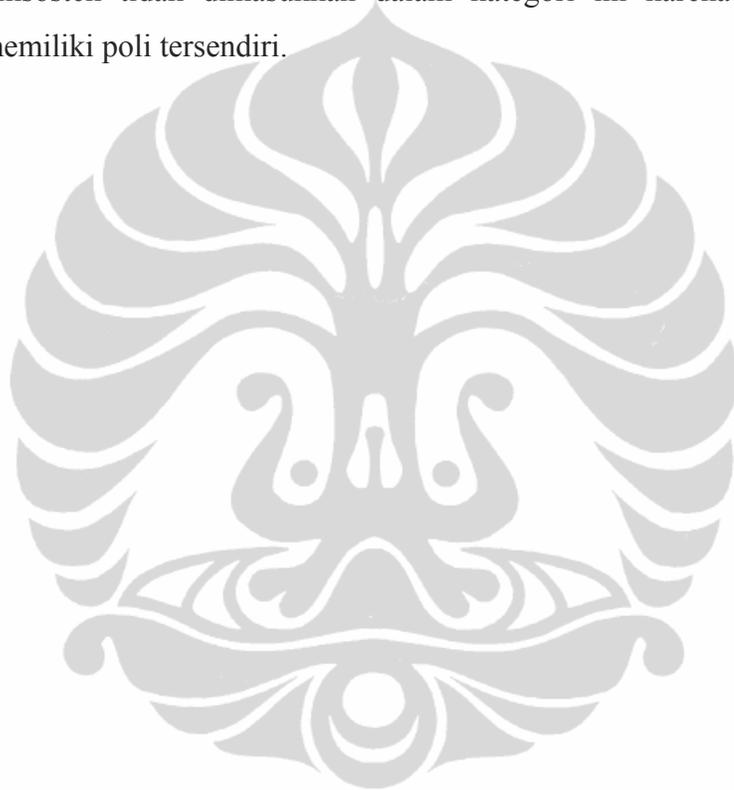
Mendapatkan gambaran tentang responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Kecamatan Gambir.

Memberikan pembinaan lebih terarah sesuai dengan situasi dan kondisi di Puskesmas Kecamatan Gambir.

1.5.5. Bagi akademik, merupakan bahan pertimbangan evaluasi untuk mengetahui kemampuan mahasiswa dalam menerapkan pengetahuannya di lapangan.

1.6. Ruang lingkup penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di unit rawat jalan Puskesmas Kecamatan Gambir bulan November 2009 pada pelanggan external (pasien). Penelitian ini dilakukan oleh peneliti. Penelitian dilakukan secara studi analitik dengan pendekatan cross sectional. Responden penelitian yang dikategorikan gratis adalah responden yang memiliki kartu GAKIN/SKTM, kader, lansia. Sedangkan responden yang memiliki kartu Askes/Jamsostek tidak dimasukkan dalam kategori ini karena pelayanan kesehatannya memiliki poli tersendiri.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Responsiveness

2.1.1. Pengertian responsiveness

Pengertian responsiveness adalah aspek-aspek non medis yang berhubungan dengan bagaimana cara seseorang diperlakukan dan bagaimana kondisi lingkungan dimana orang tersebut diperlakukan. Berdasarkan literatur yang sudah ada mengenai kepuasan pasien dan kualitas pelayanan, menjadi pedoman WHO mengidentifikasi delapan aspek mengenai responsiveness. Semua aspek ini atau area yang lebih luas dari kualitas pelayanan non medis sangat relevan untuk semua tipe unit kesehatan termasuk pelayanan kesehatan perorangan maupun masyarakat. Jadi responsiveness suatu sistem kesehatan akan lebih mengakui harapan penduduk mengenai bagaimana mereka diperlakukan, menjadi bagian yang penting dari pelaksanaan sistem kesehatan itu sendiri (WHO, 2005).

Responsiveness yang merupakan bagian penting dari sistem pelayanan kesehatan, diutarakan juga oleh Darby (2000). Untuk mengevaluasi pelaksanaan atau hasil kerja sistem pelayanan kesehatan, adalah dengan sebuah pertanyaan yang cukup sederhana, yaitu untuk apa sistem tersebut dilakukan. Jawaban yang pasti adalah untuk memperbaiki dan memelihara kesehatan masyarakat. Oleh karena itu kesehatan termasuk dalam tujuan pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, jawaban yang cukup menarik perhatian adalah bagaimana sistem kesehatan dapat mempertemukan atau memenuhi semua kebutuhan dari masyarakat yang mereka layani. Hal inilah yang disebut sebagai responsiveness.

Pendapat yang hampir sama tentang responsiveness juga dikemukakan oleh Amara de Silva (2000), yang menurutnya bermula dari sistem pelayanan kesehatan itu sendiri. Sistem pelayanan kesehatan merupakan gabungan beberapa sub sistem dimana terjadi proses yang saling berkaitan dan berhubungan satu dengan lainnya dalam satu kesatuan. Bagian dari sistem pelayanan kesehatan adalah :

- a. Masukan : sesuatu yang dibutuhkan untuk masukan dan berfungsinya sebuah sistem. Dalam pelayanan kesehatan, yang termasuk didalamnya antara lain dokter, perawat, bidan, apoteker, fasilitas pelayanan kesehatan dan sebagainya.
- b. Proses : kegiatan yang dilakukan sehingga menghasilkan sesuatu atau keluaran. Contohnya adalah kegiatan yang berlangsung dalam pelayanan kesehatan di puskesmas.
- c. Keluaran : hasil yang dicapai setelah melakukan proses. Contohnya terlayannya semua pasien dengan baik.
- d. Dampak : akibat yang terjadi setelah beberapa waktu, seperti meningkatnya derajat kesehatan masyarakat.
- e. Umpan balik : merupakan hasil dari suatu proses, yang bisa menjadi masukan.
- f. Lingkungan : kondisi atau keadaan yang mempengaruhi sistem, tapi berada di luar sistem itu sendiri.

Responsiveness merupakan keluaran yang dapat dicapai dalam sistem pelayanan kesehatan dimana unit pelayanan kesehatan mempunyai ketanggapan pelayanan kesehatan yang baik. Jadi responsiveness dalam konteks sebuah sistem dapat didefinisikan sebagai outcome yang dapat dicapai oleh lembaga atau yang berhubungan dengan lembaga dimana mereka dapat mengetahui dan merespon dengan tepat harapan dari individu-individu. Responsiveness dapat dilihat dari 2 sisi. Pertama menurut pelanggan eksternal, responsiveness yang baik berarti dapat menarik pelanggan. Yang kedua responsiveness berhubungan dengan perlindungan hak-hak pasien secara adekuat dan memberikan perhatian secara tepat dan cepat.

Ada beberapa alasan mengapa responsiveness mempunyai nilai lebih dibandingkan dengan tujuan sistem pelayanan kesehatan lainnya.

Tiga tujuan dari pelaksanaan atau hasil kerja sistem pelayanan kesehatan (de Silva, 2000) adalah :

1. Kesehatan : memperbaiki dan memelihara kesehatan masyarakat
2. Pendanaan yang cukup dan perlindungan terhadap resiko yang berhubungan dengan pendanaan

3. Responsiveness : meningkatkan responsiveness sistem pelayanan kesehatan, yaitu harapan masyarakat pada dimensi non medis dari sistem kesehatan, ketika terjadi interaksi diantara keduanya

Alasan yang disampaikan adalah :

1. Responsiveness dapat ditingkatkan tanpa dipengaruhi oleh kesehatan dan pendanaan dan tidak bergantung pada tujuan yang lain.
2. Meningkatkan responsiveness mempunyai nilai yang menguntungkan, meskipun tujuan lainnya belum efektif. Responsiveness adalah bagaimana penyelenggara pelayanan kesehatan dapat dengan baik memenuhi harapan dari populasi pada aspek non medis pelayanan kesehatan.

Sedangkan Darby dan kawan-kawan (2000), lebih menjelaskan lagi alasan mengapa responsiveness merupakan hal yang penting dari sistem kesehatan, yaitu :

1. Menempatkan harapan yang legitimasi dari orang-orang sebagai pusat dari pelaksanaan pelayanan kesehatan. Memberikan fasilitas yang efektif terhadap alur informasi antara penyelenggara pelayanan kesehatan dengan populasinya merupakan kunci dari responsiveness.
2. Responsiveness merupakan prinsip karena berhubungan dengan hak asasi manusia. Sistem kesehatan, pendidikan, ekonomi, politik dan sistem budaya menempatkan responsiveness sebagai salah satu tujuan. Setiap sistem akan sukses bila merespon kebutuhan dari pelanggannya.
3. Penyelenggara pelayanan kesehatan dapat mengembangkan beberapa elemen dari responsiveness tanpa biaya yang besar.
4. Peningkatan responsiveness dampaknya akan cepat terlihat dengan adanya perubahan pelayanan kesehatan yang lebih berorientasi kepada pelanggan, sebelum adanya perubahan dari tujuan lainnya. Karena untuk meningkatkannya tidak perlu dana besar dan hasil dari intervensi akan dirasakan langsung oleh pelanggan.

2.1.2. Perbedaan responsiveness dan kepuasan pelanggan

Walaupun kepuasan pasien dan kualitas pelayanan menjadi pedoman dalam menentukan aspek dalam responsiveness, sehingga banyak aspek yang saling tumpang tindih diantara ketiganya, namun terdapat perbedaan yang cukup jelas. Tiga perbedaan utama yang mendasar (de Silva, 2000), yaitu :

1. Ruang lingkup : kepuasan pasien lebih fokus pada interaksi secara klinik dalam pelayanan kesehatan yang spesifik sedangkan responsiveness mengevaluasi sistem pelayanan kesehatan secara menyeluruh.
2. Jangkauan : kepuasan pasien mencakup seluruhnya baik aspek medis maupun non medis, sedangkan responsiveness lebih fokus pada aspek non medis dari sistem pelayanan kesehatan.
3. Alasan utama : kepuasan pasien menunjukkan gabungan yang kompleks dari kesadaran akan kebutuhan, harapan yang berbeda dari setiap individu dan pengalaman pelayanan kesehatan. Responsiveness mengevaluasi persepsi individu terhadap pelayanan kesehatan dibandingkan mensahkan harapan secara umum.

2.1.3. Latar belakang aspek responsiveness

Beberapa teori mengenai kepuasan pasien dan kualitas pelayanan menjadi pedoman WHO (2005), dalam menentukan delapan aspek responsiveness. Beberapa teori tersebut akan diutarakan dibawah ini.

Pendapat mengenai aspek responsiveness dikemukakan oleh Sitzia dan Wood (1997), yang memandang dari sudut pasien, dimana sikap respek atau sikap hormat yang ditunjukkan oleh petugas adalah hak yang harus didapatkan oleh pasien.

Carr Hill (1992), memberikan argumentasi dimana ada tujuh hal yang prinsip yang harus didapatkan oleh konsumen dalam pelayanan kesehatan, yaitu *access* (akses), *choice* (pilihan), *information* (informasi), *redress* (perbaikan), *safety* (keselamatan/keamanan), *value for money* (nilai uang), and *equity and ability* (keadilan dan kemampuan).

Beberapa istilah yang biasa digunakan ketika membicarakan tentang responsiveness adalah kepuasan dan kualitas pelayanan kesehatan. Menurut Smith

(1992), kepuasan pasien merupakan gabungan yang kompleks dari kebutuhan, harapan dan pengalaman dari pelayanan. Sedangkan kualitas pelayanan kesehatan menurut Campen dan kawan-kawan (1998) mempunyai batasan yang lebih luas. Kualitas secara struktural dapat didefinisikan sebagai hubungan beberapa dimensi termasuk pelayanan yang berkelanjutan, biaya, akomodasi dan kemudahan akses. Sedangkan dalam prosesnya, kualitas meliputi dimensi perilaku sopan, informasi, kebebasan memilih (*autonomy*), dan kompetensi (WHO, 2000).

Istilah kualitas pelayanan (*service quality*) digunakan juga oleh Kenagy, Berwick dan Shore (1990) yang meliputi komunikasi, penyerahan data, pemberian informasi dan interaksi antara staff dan pasien. Sedangkan Donabedian (1980), mempertimbangkan 3 komponen kualitas pelayanan yaitu aspek kualitas antar personal, kenyamanan pelayanan dan aspek kualitas teknik. Lebih lanjut lagi, Haas-Wilson (1994) menerangkan bahwa komponen kualitas antar personal adalah interaksi antara pasien dan penyelenggara pelayanan kesehatan atau responsif, keramah tamahan dan penuh perhatian dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan (WHO, 2000).

Bond dan Thomas (1992) berpendapat bahwa meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan secara nyata berhubungan dengan rendahnya tingkat kepuasan, seiring dengan tingginya harapan pelanggan terhadap kualitas pelayanan kesehatan tersebut. Ada satu jalan untuk menyelesaikan persoalan ini yaitu dengan memasukkan karakteristik-karakteristik yang menguntungkan seperti memberikan perhatian pada akses dan kenyamanan (*amenity*) (WHO, 2000).

Istilah kualitas pelayanan, juga digunakan oleh Parasuraman, Zeithmal, Berry (1990). Kualitas pelayanan lebih sulit untuk dievaluasi oleh pelanggan daripada kualitas suatu barang. Penilaian pelanggan mengenai kualitas pelayanan kesehatan lebih kompleks dan lebih sulit. Pelanggan tidak bisa menilai hanya dari sisi hasil dari pelayanan tersebut, tapi mereka juga memperhatikan proses pelayanan tersebut diberikan seperti bagaimana pemberi jasa bersikap responsif dan ramah selama memberikan pelayanan. Hanya pelanggan yang bisa menilai kualitas. Persepsi

kualitas pelayanan berasal dari sebaik apa pemberi jasa dapat mewujudkan harapan dari pelanggan dan bagaimana seharusnya pemberi jasa melaksanakannya.

Dari penelitian yang dilakukan Parasuraman (1990), definisi kualitas pelayanan adalah perbedaan antara harapan pelanggan dengan persepsi. Faktor yang diduga mempengaruhi harapan dan persepsi pelanggan, yaitu :

1. Kebutuhan khusus yang berbeda-beda pada setiap orang atau pasien (*Personal needs*).

Pada dasarnya setiap orang mempunyai sifat dan kebutuhan yang berbeda karena adanya pengaruh sosiodemografi, termasuk bagaimana orang tersebut ingin dilayani dengan cara yang dapat menyenangkan.

2. Pengalaman masa lalu ketika pasien menerima jasa pelayanan (*Past experience*).

Ini sangat penting artinya. Pengalaman yang baik akan mengingatkan pasien untuk kembali menggunakan jasa pelayanan RS tersebut, terutama bila ada masalah dengan kesehatannya.

3. Pengalaman teman atau pasien lain terhadap jasa pelayanan tersebut (*Word of mouth communication*).

Pengalaman baik atau memuaskan yang dirasakan seseorang terhadap pelayanan kesehatan suatu RS dapat menjadi ajang promosi yang positif atau baik pula terhadap lingkungan sekitarnya. Tetapi bila seseorang mengalami hal-hal yang tidak menyenangkan atau buruk maka tentunya pengalaman tersebut akan menjadi promosi yang jelek atau negative bagi rumah sakit.

4. Pengaruh iklan pemasaran dan lain-lain terhadap persepsi pasien (*External Communication*).

Perlu perhatian khusus dalam iklan dan pemasaran, jangan terlalu berlebihan melainkan harus jelas dan mudah dimengerti.

Kebutuhan-kebutuhan dasar pasien adalah:

- 1) Ingin mengambil keputusan sendiri
- 2) Ingin diperlakukan secara benar dan wajar sesuai haknya
- 3) Ingin diterima dan dilayani sebagai orang penting

- 4) Ingin tahu setiap proses yang dikerjakan
- 5) Ingin rasa aman dan terlindungi
- 6) Ingin diperlakukan jujur dan terpercaya

Menurut Parasuraman et al (1990), ada 10 dimensi kualitas pelayanan :

1. *Tangibles*

Adalah penampilan fasilitas fisik, peralatan, pegawai dan inti dari komunikasi.

2. *Reliability*

Adalah kemampuan untuk melakukan pelayanan yang sudah dijanjikan, dapat diandalkan dan akurat.

3. *Responsiveness*

Adalah kerelaan untuk menolong pelanggan dan memberikan pelayanan dengan segera (prompt attention)

4. *Competence*

Adalah keahlian dan pengetahuan yang harus dimiliki dan diwajibkan untuk melaksanakan pelayanan.

5. *Courtesy*

Adalah kesopanan, respek, perhatian dan keramahtamahan dalam menghadapi pelanggan.

6. *Credibility*

Adalah pelayanan yang dapat dipercaya, dan jujur.

7. *Security*

Adalah bebas dari bahaya, resiko ataupun gangguan.

8. *Acces*

Adalah adanya kemudahan dalam pendekatan secara personal.

9. *Communication*

Adalah memberikan informasi dengan jelas kepada pelanggan dan mendengarkan pelanggan.

10. *Understanding the customer*

Adalah selalu berusaha untuk mengenali pelanggan dan apa yang menjadi kebutuhannya.

Jadi menurut Parasuraman, responsiveness yang dimaksudkan adalah memberikan perhatian dengan segera (prompt attention). Walaupun sebenarnya dimensi yang lain hampir sama dengan aspek dari responsiveness menurut WHO.

Responsiveness pelayanan kesehatan dapat dinilai dari beberapa aspek, seperti yang dikemukakan oleh Cunningham (1991), yaitu :

1. Sikap keramah tamahan/respek
2. Memberikan perhatian dengan segera

Dari studi yang dilakukan Cunningham, waktu ideal yang diinginkan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mulai dari ruang pendaftaran sampai selesai adalah 15 sampai 30 menit.

3. Kebebasan dalam memilih pelayanan kesehatan
4. Komunikasi yang baik
5. Kenyamanan

Delapan aspek responsiveness yang disusun oleh WHO(2005) tersebut adalah *dignity* (aspek keramahan), *autonomy* (aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan), *confidentiality* (aspek kerahasiaan pasien), *prompt attention* (aspek lama waktu tunggu), *communication* (aspek komunikasi), *quality of basic amenities* (aspek kenyamanan), *access to social support networks during care* (aspek kenyamanan selama rawat inap), *choice of care provider*(aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan).

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan menurut pasien, sehingga ada dua aspek yang tidak akan dibahas. Yaitu aspek kenyamanan selama rawat inap karena yang diteliti adalah pasien rawat jalan. Yang kedua adalah aspek kerahasiaan pasien, dimana dalam penelitian ini peneliti tidak bisa menilai apakah pasien mengetahui tentang kerahasiaan catatan medisnya.

2.2. Aspek responsiveness

2.2.1. Aspek keramahan/harga diri (*dignity*)

Definisi dari aspek ini adalah hak setiap pencari pelayanan untuk diperlakukan sebagai manusia sesuai dengan haknya masing-masing, daripada hanya sebagai pasien yang selalu mendapatkan informasi yang tidak lengkap dan ketidakmampuannya secara fisik yang menyebabkan mereka tidak mendapatkan haknya untuk diperlakukan sesuai dengan aspek keramahan.

Yang termasuk didalamnya adalah :

- Setiap individu akan diperlakukan dengan sikap hormat dan penuh perhatian, diterima dengan baik di unit pelayanan kesehatan, berbicara dengan sikap menghargai, tidak berteriak ataupun marah oleh petugas pelayanan kesehatan
- Hak untuk bertanya dan mendapatkan informasi selama konsultasi dan pengobatannya
- Setiap individu akan mendapatkan perlakuan selama proses pengobatannya tanpa mengganggu hal-hal yang bersifat pribadi
- Perlindungan terhadap hak-hak pasien dengan penyakit menular seperti lepra, TBC ataupun HIV+

Dari penelitian yang pernah dilakukan oleh Howie dan kawan-kawan pada tahun 1999, mereka menarik kesimpulan bahwa lamanya konsultasi berhubungan dengan meningkatnya kesempatan bagi pasien untuk berdiskusi tentang masalah mereka dengan dokternya dan lebih bebas untuk mengajukan pertanyaan.

Sebelumnya Gross dan kawan-kawan (1998) juga mengatakan bahwa tingkat kepuasan pasien akan naik bila dokter meluangkan waktunya untuk berbincang-bincang dengan pasien. Walaupun mungkin apa yang dibicarakan tidak selalu mengenai penyakit ataupun masalah pasiennya.

2.2.2. Aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan (*autonomy*)

Arti aspek ini adalah kebebasan mengatur diri sendiri, yang mencakup empat hak yang harus dimiliki pasien, yaitu :

- Setiap individu mendapatkan informasi tentang penyakitnya dan pilihan yang akan dijalaninya
- Setiap individu diikutsertakan dalam membuat keputusan mengenai terapi

yang akan dilakukan setelah berdiskusi dengan pemberi jasa

- Setiap individu diberi kesempatan untuk dimintai persetujuannya sebelum mendapatkan terapi
- Setiap individu dapat menolak terapi yang akan diberikan

Sebagai individu, pasien akan lebih mampu membuat keputusan terhadap diri mereka sendiri bila mendapatkan informasi yang penting. Pemberi pelayanan kesehatan sudah seharusnya memberikan informasi sebanyak-banyaknya kepada pasien dan memberikan kebebasan kepada mereka untuk membuat keputusan. Seperti yang diungkapkan oleh Shackly dan Ryan (1994) bahwa konsumen yang baik adalah seseorang yang mampu menggabungkan informasi mengenai harga dan kualitas pelayanan kesehatan, dan berdasarkan informasi tadi mereka memiliki kemampuan untuk memutuskan dan membandingkan pelayanan kesehatan yang terbaik. Namun pada kenyataannya, berdasarkan bukti empirik bahwa konsumen jasa pelayanan kesehatan lebih sering mendapatkan informasi yang kurang jelas dan lebih sering bergantung pada informasi dari dokter atau pemberi pelayanan kesehatan lainnya. Data yang disampaikan oleh Owens dan Batchelor (1996), justru menjelaskan bahwa sebenarnya dari konsumen pelayanan kesehatan sendiri yang tidak terlalu peduli dengan aspek *autonomy* ini. Penyebabnya adalah karena konsumen lebih membutuhkan nasehat dari orang yang lebih ahli dan sangat percaya dengan keputusan yang diambil oleh orang tersebut.

2.2.3. Aspek lama waktu tunggu (*prompt attention*)

Terdiri dari 3 karakteristik yaitu :

- Pasien berhak mendapatkan penanganan segera dalam kondisi darurat
- Pasien berhak mendapatkan penanganan dalam jangka waktu yang cepat untuk kasus-kasus bukan darurat
- Pasien yang berobat di unit pelayanan kesehatan tidak menunggu lama untuk berkonsultasi dan mendapatkan pengobatan

2.2.4. Aspek komunikasi

Komunikasi adalah proses dimana terjadi interaksi yang bersifat hubungan kemanusiaan yang disertai dengan pertukaran informasi (Azriel Winnet, 2004). Untuk komunikasi kesehatan sendiri memiliki beberapa definisi diantaranya :

- Bagaimana cara menggunakan strategi komunikasi untuk menyebarkan informasi kesehatan sehingga individu atau kelompok masyarakat dapat membuat keputusan sendiri mengenai kesehatannya (Liliweri, 2007)
- Usaha sistematis yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang terhadap kesehatan. Dimana bentuk komunikasinya berupa komunikasi antarpribadi dan komunikasi massal (Notoadmodjo, 2007). Yang berkaitan dengan berkaitan dengan penelitian ini adalah komunikasi antarpribadi. Komunikasi antarpribadi dalam pelayanan kesehatan terjadi interaksi antara petugas kesehatan dengan pasiennya. Komunikasi akan lebih efektif, bila petugas kesehatan memiliki rasa empati, respek terhadap perasaan dan sikap pasiennya dan selalu jujur memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan oleh pasiennya.

Aspek komunikasi ini, menurut WHO (2005) didalamnya harus mengandung hal-hal sebagai berikut :

- Petugas mendengarkan dengan penuh perhatian semua keluhan dari pasien
- Petugas dapat memberikan penjelasan atau informasi dengan cara yang dapat dipahami oleh setiap pasiennya sehingga pasien mengerti semua informasi yang diberikan
- Pasien mempunyai waktu yang cukup untuk bertanya tentang keluhannya

2.2.5. Aspek kenyamanan

Aspek ini berhubungan dengan infrastruktur fisik unit pelayanan kesehatan dan lingkungan yang mendukungnya. Termasuk didalamnya adalah :

- Kebersihan lingkungan sekitar
- Memiliki prosedur yang teratur dalam membersihkan dan pemeliharaan gedung dan sekitarnya
- Furniture yang memadai

- Cukup ventilasi
- Fasilitas air bersih
- Kebersihan kamar mandi

2.2.6. Aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan (*choice of care provider*)

- Pasien seharusnya dapat memilih jenis pelayanan kesehatan dengan mudah
- Pasien seharusnya dapat memilih petugas kesehatan seperti yang mereka inginkan
- Pasien seharusnya mendapatkan pendapat lain tentang pelayanan kesehatan yang akan dijalaninya
- Pasien seharusnya dapat pelayanan umum dan spesialis dengan cepat

Bagi negara dimana sumber daya manusianya sangat terbatas, menyediakan pilihan pada penyedia pelayanan masih sangat sulit. Dimana aspek pilihan ini masih merupakan hal yang mewah terutama di negara berkembang.

Seorang pasien seringkali datang berobat di unit pelayanan kesehatan yang sama dengan keluhan yang sama. Aspek pilihan ini termasuk pada kondisi seperti ini, dimana pasien lebih berharap dapat memilih dokter seperti kunjungan sebelumnya bila mereka merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang diduplikasinya atau sebaliknya mereka ingin dokter yang berbeda untuk menangani mereka karena merasa tidak puas.

Pilihan terhadap pemberi pelayanan kesehatan juga merupakan aspek yang penting. Seringkali unit pelayanan kesehatan sangat tergantung pada rekomendasi yang disampaikan oleh perkataan konsumennya yang dapat menyebar dengan cepat. Untuk itu unit pelayanan kesehatan harus lebih menyadari kebutuhan mereka seperti adanya pilihan pada pemberi pelayanan kesehatan.

2.3. Pelayanan kesehatan

2.3.1. Pengertian pelayanan kesehatan

Organisasi pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas dan lainnya sesungguhnya tidak hanya memberikan pelayanan medis professional. Rumah sakit

ataupun puskesmas juga memberikan pelayanan umum seperti kenyamanan dan keamanan parkir, kewibawaan, keramahan setiap petugas, kenyamanan ruang tunggu, tidak terlalu lama menunggu, kebersihan toilet, kemudahan administrasi dan sebagainya. Pelayanan ini bersifat non teknis medis dan akan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien atau pelanggan (Wijono, 2000).

Menurut Azwar (1994), pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta yang penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang sudah ditetapkan. Indikator pelayanan kesehatan yang bermutu dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Indikator yang menunjuk pada penampilan aspek media pelayanan kesehatan.
Yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kode etik profesi ataupun yang sudah diatur dalam standar pelayanan profesi. Dikatakan bermutu bila penampilan aspek ini sudah sesuai dengan kode etik ataupun standar pelayanan profesi sehingga dapat memuaskan pasien. Contohnya adalah
 - Angka kesembuhan, semakin tinggi angka kesembuhan ,maka semakin bermutu pelayanannya.
 - Efek samping, makin rendah efek samping yang timbul, makin tinggi mutu pelayanan kesehatan yang timbul.
 - Kematian klien, makin rendah angka kematiannya, makin bermutu pelayanan kesehatannya.
 - Kepuasan pasien, semakin tinggi kepuasan pasien, makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
2. Indikator yang menunjuk pada penampilan aspek non medis pelayanan kesehatan.
Dikatakan bermutu jika penampilan aspek non medis pelayanan kesehatan sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi. Contoh indikatornya adalah :
 - pengetahuan klien, makin tinggi tingkat pengetahuan klien pada pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, makin tinggi pula mutunya.

- kemantapan klien, makin tinggi kemantapan klien terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, makin tinggi pula mutunya.
- kepuasan klien, makin tinggi kepuasan klien maka makin bermutu pelayanan kesehatannya.

2.3.2. Pelayanan kesehatan yang responsif

Dalam buku yang berjudul *Marketing for Health Care Organization*, unit pelayanan kesehatan yang responsif adalah yang mengusahakan segala daya upaya untuk merasakan, melayani dan memuaskan kebutuhan dan keinginan pelanggannya didalam situasi apapun. Orang-orang yang pernah mendapat pengalaman dengan unit pelayanan kesehatan yang responsif selalu memberikan penilaian yang baik terhadap pelayanan yang diperolehnya. Unit pelayanan kesehatan ini selalu memberikan inspirasi dan dorongan kepada setiap pegawainya untuk melayani pelanggannya dengan baik. Sayangnya, banyak penyelenggara pelayanan kesehatan yang tidak responsif. Ada yang mencoba untuk lebih responsif tetapi menghadapi kendala sumber daya atau kemampuan. Penyebabnya mungkin karena dana yang tidak mencukupi untuk mengontrak, melatih dan memotivasi pegawai yang baik. Atau kurangnya kemampuan dari manajemen untuk mengharuskan setiap pegawainya untuk berorientasi pada pelayanannya. Namun ada juga penyelenggara pelayanan kesehatan yang sama sekali tidak responsif karena mereka lebih berorientasi pada hal-hal lain seperti penelitian kedokteran dan pendidikan dibandingkan memperhatikan pasiennya.

Setiap penyelenggara pelayanan kesehatan selalu berusaha untuk menjadi sebuah organisasi yang responsif untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada pelanggannya. Untuk itu Kotler (1987), memberikan konsep sebuah organisasi yang responsif yaitu :

1. Setiap organisasi mempunyai misi
2. Untuk mewujudkan misinya, organisasi membutuhkan daya tarik semua sumber daya sebagai pertukaran

3. Organisasi akan bertanggung jawab pada pertukaran dengan sejumlah besar publik
4. Organisasi harus mempunyai image yang baik
5. Organisasi dapat lebih nyata berimprovisasi dalam memberikan kepuasan (*satisfaction*) sebagai pertukarannya dengan publik

Berdasarkan tingkat responsivenessnya, unit pelayanan kesehatan dibagi menjadi

1. Unit pelayanan kesehatan yang sangat tidak responsif

Biasanya organisasi seperti ini sangat berhubungan dengan suatu birokrasi, dimana menempatkan keputusan seseorang secara umum, pekerjaan tertentu pada setiap pegawainya, dan menciptakan hirarki yang kaku serta mengubah organisasi menjadi mesin yang efisien. Organisasi seperti ini mengetahui kebutuhan dari pelanggannya atau publik, tapi bagi mereka itu bukan sesuatu yang penting.

2. Unit pelayanan kesehatan yang kurang responsif

Terdapat 2 perbedaan dengan organisasi yang tidak responsif, yaitu :

- a. Organisasi ini mendorong pelanggannya untuk mengajukan pertanyaan, keluhan, gagasan dan pendapat mereka
- b. Organisasi ini melakukan studi kepuasan pelanggan secara berkala

3. Organisasi yang responsif

- a. Organisasi ini selanjutnya akan mengadakan penelitian atau riset tentang kebutuhan pelanggannya dan berusaha mencari jalan untuk meningkatkan pelayanannya.
- b. Organisasi ini memilih dan melatih pegawai-pegawainya untuk berorientasi kepada pelanggan.

Tidak hanya terbatas pada penyebaran kuesioner kepuasan pelanggan, lebih jauh lagi melaksanakan secara resmi dan professional riset pasar berdasarkan kebutuhan dan keinginan yang nyata dari pelanggannya. Juga selalu memberikan motivasi dan pelatihan kepada pegawainya untuk kompeten tidak hanya pada bidang klinik tapi juga harus responsif terhadap kebutuhan non

klitik pelanggannya. Kebanyakan penyelenggara pelayanan kesehatan gagal menjadi organisasi yang responsif.

4. Unit pelayanan kesehatan yang responsif secara sempurna

Karakter utama organisasi ini adalah

- a. Mendorong pelanggannya untuk ikut berpartisipasi secara aktif dalam kegiatan organisasi tersebut
- b. Merespon setiap harapan pelanggannya dengan baik sampai selesai dengan menggunakan kotak kartu suara

Pengalaman pasien terhadap akses pelayanan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari responsiveness. Ada tiga hal penting dan saling berkaitan yaitu akses secara teknik, pandangan pasien dan responsiveness itu sendiri. Responsiveness mempunyai dampak yang besar pada persepsi pasien tentang pelayanan kesehatan yang diterimanya. Faktor-faktor dari responsiveness yang termasuk didalamnya (Ward, 2007) adalah :

1. Sikap atau tata cara membawakan diri atau keramahtamahan mulai dari petugas pendaftaran sampai penerimaan obat ataupun semua petugas yang terlibat dalam unit pelayanan kesehatan tersebut
2. Komunikasi yang baik dengan pasien
3. Komunikasi yang jelas mengenai jam buka dan memberikan pelayanan
4. Lingkungan baik didalam maupun diluar unit pelayanan kesehatan
5. Memberikan kemudahan kepada pasien-pasien tertentu seperti tuna netra, lansia, anak-anak dan lainnya

Sehingga untuk meningkatkan akses dan responsiveness pelayanan kesehatan, ada beberapa hal yang harus menjadi perhatian setiap unit pelayanan kesehatan, yaitu

1. Mengerti apa yang menjadi kebutuhan unit pelayanan kesehatan.

Adalah dengan cara memperkirakan kebutuhan secara sederhana dan merencanakan tekniknya, serta memastikan bagaimana semua pegawai terlibat di dalamnya.

2. Mengatur dengan baik sehingga kebutuhan pasien terpenuhi.

Memberikan kemudahan-kemudahan sehingga pasien mendapatkan pelayanan kesehatan seperti yang mereka harapkan seperti dapat berkonsultasi lewat telepon.

3. Lingkungan yang mendukung.

Walaupun kelihatannya hal yang kecil, namun mempunyai efek yang besar terhadap kepuasan pasien, seperti ruang tunggu yang nyaman, panggilan lewat monitor, kamar mandi yang bersih dan lain-lain.

4. Memastikan pelayanan kesehatan yang berfokus pada pasien.

Memberikan pasien pelayanan kesehatan yang menyenangkan.

5. Harus bisa mengerti atau memahami setiap pasien yang mendapat pelayanan kesehatan. Seperti memberikan fasilitas atau kemudahan bagi pasien-pasien tertentu. Misalnya pasien tuna netra, pasien yang tuli, pasien lanjut usia dan lainnya.

6. Mengadakan perubahan, dimana setiap petugas berusaha untuk memberikan pelayanan terbaiknya baik dari segi akses secara teknik maupun responsiveness sehingga memberikan kepuasan kepada pasiennya.

Ada teori lain yang diutarakan oleh Thome (2008), mengenai bagaimana seharusnya sebuah unit pelayanan kesehatan agar dapat meningkatkan responsiveness pelayanan kesehatannya. Thome memberikan solusinya, dimana ada 10 faktor yang harus dilakukan oleh unit pelayanan kesehatan agar lebih responsif, yaitu :

1. Lebih responsif terhadap pasien dan publik : mendengarkan apa yang pasien katakan, kemudian melaksanakannya berdasarkan masukan yang diberikan oleh pasien. Setiap dokter dan unit pelayanan kesehatan harus selalu mencari apa yang menjadi kebutuhan pasiennya, mendengarkan apa yang mereka katakan dan meresponnya dengan pelayanan yang tepat dan bertanggung jawab. Untuk itu harus mengerti apa yang menjadi kebutuhan yang sesuai untuk setiap pasien. Dan memastikan sistem pelayanan kesehatan yang diberikan cukup fleksibel untuk mengakomodasi besarnya kebutuhan. Unit pelayanan kesehatan harus selalu memperbaiki penampilannya dan

menyesuaikan pelayanannya sesuai dengan kebutuhan yang berbeda-beda dari pasiennya.

2. Hubungan yang baik diantara semua pegawai
3. Manajemen unit pelayanan kesehatan yang baik : dapat mengidentifikasi secara cepat penampilan yang buruk dari pelayanan kesehatan dan membantu untuk memperbaikinya
4. Pelayanan kesehatan dibuka pada saat yang tepat : pelayanan pada sore hari dan libur akhir pekan dilakukan seperti pelayanan kesehatan sehari-hari.
5. Memberikan informasi yang jelas kepada pasien tentang pilihan pelayanan kesehatan yang ada, baik itu di unit pelayanan kesehatan tersebut atau yang ada di sekitarnya, misalnya tentang jenisnya, kualitasnya. Proses seperti ini akan meningkatkan daya saing diantara unit pelayanan kesehatan
6. Meningkatkan kemampuan setiap petugas
7. Mampu menemukan cara baru untuk meningkatkan pelayanan kesehatan
8. Merencanakan dan mengatur sedemikian rupa sehingga dapat memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien dan mendapatkan sumber daya
9. Mengembangkan kemampuan dan inovasi : menggunakan teknologi baru dan meningkatkan keahlian
10. Kepemimpinan dan tim kerja yang mempunyai visi yaitu bagaimana meningkatkan pelayanan kesehatan

Unit pelayanan kesehatan yang professional harus lebih perhatian dan responsif terhadap kebutuhan pasiennya. Jika hal ini tidak dilakukan, kejadian malpraktek akan sering timbul dan akan merugikan kedua belah pihak.

Setiap unit pelayanan kesehatan yang responsif harus berorientasi pada pelanggan atau pasien. Dimana pasien memegang peranan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Terdapat 5 prinsip untuk dapat mewujudkan suatu unit pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap pasien (Cunningham, 1991), yaitu :

1. keterlibatan semua pihak dalam proses perencanaan penelitian dan pertanggungjawaban manajerial

2. melakukan observasi pada kelompok diskusi pasien atau pelanggan
3. melakukan penilaian, rute, pelaporan dan melaporkan lagi kepada manajer
4. menggunakan kualitas sebagai strategi terhadap lingkungan
5. perencanaan masa depan

2.4. Pengukuran responsiveness

Pengukuran responsiveness menurut de Silva, Darby et al (2000), adalah dengan mengukur “ apa yang terjadi “ ketika terjadi interaksi antara pemberi pelayanan dengan orang yang dilayaninya. Penghitungan ini untuk memperoleh laporan tentang tingkah laku/sopan santun, peristiwa atau cara kerja dari sistem kesehatan.

Sesuai dengan rekomendasi dari WHO dalam pengukuran dan pelaporan responsiveness suatu sistem kesehatan, strategi yang dipakai adalah menggunakan laporan dan tingkatan (*reports and ratings*). Strategi WHO lebih kepada pengukuran berdasarkan laporan dari pasien dan memberikan penilaian sesuai urutan mana yang dianggap penting berdasarkan pengalamannya dibandingkan kepuasan mereka. Dibawah ini contoh untuk membedakannya :

Hal laporan responsiveness : dalam 6 bulan terakhir seberapa sering dokter, perawat atau petugas lainnya di puskesmas x, menerangkan tentang sesuatu hal sampai anda benar-benar mengerti tentang hal tersebut ? (skala : tidak pernah, kadang-kadang, biasanya, selalu)

Hal tentang kepuasan : dalam 6 bulan terakhir apakah anda puas dengan cara dokter, perawat, atau petugas lainnya dalam menjelaskan sesuatu hal sampai anda benar-benar mengerti tentang hal tersebut ? (skala : sangat tidak puas, tidak puas, puas, sangat puas).

Dalam pengukuran responsiveness penilaian aspek-aspek responsiveness dengan menggunakan skala 0 - 10. Dimana 0 – 3 dikategorikan sangat buruk, 4 – 5 buruk, 6 – 7 cukup baik, 8 – 9 baik, 10 dikategorikan sangat baik. Atau dibagi menjadi 2 kategori yaitu kategori baik bila nilainya ≥ 6 , dan kategori buruk bila nilainya < 6 . Dan setiap aspek akan dirating mulai angka 0 sampai 10, sesuai persepsi

pasien, dimana 0 berarti aspek tersebut dianggap tidak penting, dan 10 berarti aspek tersebut sangat penting.

Untuk lebih jelasnya akan diterangkan dengan menggunakan contoh :

Faktor keramah tamahan, ada 3 pertanyaan :

1. Dalam 6 bulan terakhir, ketika anda berobat di puskesmas ini, apakah dokter atau perawat atau bidan melayani anda atau mengobati anda dengan ramah ketika berbicara ataupun dalam sikapnya ?
 - a. Tidak pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Biasanya
 - d. Selalu

2. Dalam 6 bulan terakhir, apakah petugas puskesmas lainnya seperti petugas loket, petugas apotik atau petugas laboratorium melayani anda dengan ramah?
 - a. Tidak pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Biasanya
 - d. Selalu

3. Dalam 6 bulan terakhir, ketika dokter/perawat/bidan melakukan pemeriksaan fisik atau pengobatan pada anda, apakah dilakukan di tempat yang tertutup sehingga anda merasa nyaman ?
 - a. Tidak pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Biasanya
 - d. Selalu

Jika jawaban pertanyaan no 3 ternyata mendapat nilai paling rendah, berarti sub aspek tentang privasi pasien harus mendapat perhatian yang lebih dari unit pelayanan kesehatan untuk meningkatkan aspek keramahan.

Tetapi dalam penelitian ini penghitungan responsiveness tidak persis sama dengan cara yang dilakukan oleh WHO. Hal ini disebabkan karena sulit untuk menerapkannya di puskesmas dimana kebanyakan pasien yang datang berobat di puskesmas tidak bisa mengambil kesimpulan dari jawaban-jawaban yang sebelumnya mereka tulis, sehingga perhitungan responsivenessnya menjadi tidak akurat.

Evaluasi pelayanan kesehatan berdasarkan periode waktu yang panjang (6 bulan atau 12 bulan) lebih disukai untuk mengevaluasi sebagian besar kunjungan yang baru terjadi. Responden akan lebih mudah mengingat dan juga akurat ketika pertanyaannya adalah mengenai kunjungan yang baru saja terjadi daripada periode waktu yang panjang. Meskipun demikian, bila yang ditanyakan adalah hanya kunjungan yang terakhir kali, mereka menilai bahwa hal tersebut tidak bisa mencerminkan kunjungan mereka yang lainnya. Hal ini mengakibatkan tidak akuratnya informasi yang didapatkan. Untuk alasan itulah maka ditanyakan pengalaman dalam periode waktu yang panjang untuk mendapatkan hasil yang lebih representative (Harris-Kojetin et al, 2000).

2.5. Rawat jalan

Seiring dengan kemajuan teknologi kedokteran maka penyampaian perawatan kesehatan bergeser dari perawatan rawat inap berbasis rumah sakit menuju rawat jalan yang tidak berbasis pada rumah sakit. Pergeseran ini disebabkan oleh adanya tekanan yang meningkat dari organisasi perawatan terpadu, perusahaan nasional, bisnis setempat dan pemerintah untuk mengekang pertumbuhan pembelanjaan perawatan kesehatan yang tanpa kendali (Wolper, 1991).

Definisi rawat jalan menurut Wolper (1991) adalah suatu prosedur terapeutik, diagnostik dan pengobatan yang diberikan kepada pasien dalam sebuah lingkungan yang tidak membutuhkan rawat inap di rumah sakit. Sedangkan menurut Suprijanto (1997) pelayanan rawat jalan adalah pelayanan pertama yang merupakan pintu gerbang untuk mendapatkan pelayanan medik serta memberikan kesan pertama bagi pasien.

Layanan rawat jalan biasanya meliputi (Wolper, 1991) :

1. Perawatan mendesak atau darurat
2. Diagnostik pasien rawat jalan
3. Perawatan rumah
4. Pembedahan pasien rawat jalan
5. Praktek dokter

6. Pusat rehabilitasi
7. Fasilitas rawat jalan

Layanan pasien rawat jalan mempunyai kedudukan yang penting dalam industri perawatan kesehatan. Sehingga layanan rawat jalan harus berkualitas dan berorientasi kepada pasien atau pelanggan untuk memberikan rasa nyaman dan kepuasan. Untuk itu, unit pelayanan kesehatan dalam mengelola fasilitas rawat jalan harus mempunyai kemampuan organisasi untuk mengenali perubahan yang terjadi dan mempunyai visi dalam memberikan perawatan kesehatan yang khas serta protokol pengobatan (Wolper, 1991).

2.6. Puskesmas

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan (UPTD), peran puskesmas adalah sebagai unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Yang dimaksud pembangunan kesehatan ialah menyelenggarakan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Puskesmas bertanggungjawab untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya. Secara nasional standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan. Bila dalam satu wilayah terdapat beberapa puskesmas, maka tanggungjawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan, RW) (Depkes,2006).

2.6.1. Visi Puskesmas

Adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan Sehat merupakan gambaran masyarakat kecamatan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan. Gambaran tersebut adalah masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau

pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta mempunyai derajat kesehatan yang optimal (Depkes, 2006).

Empat indikator utama kecamatan sehat adalah :

1. Lingkungan sehat
2. Perilaku sehat
3. Cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu
4. Derajat kesehatan penduduk kecamatan

2.6.2. Misi Puskesmas

Adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional, yaitu :

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.
Pembangunan sektor lain harus selalu memperhatikan aspek kesehatan, dimana pembangunan tersebut tidak boleh berdampak negatif terhadap kesehatan masyarakat, lingkungannya dan perilaku masyarakat itu sendiri.
2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.
Puskesmas berusaha meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mencapai kemandirian untuk hidup sehat.
3. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
Puskesmas berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan memuaskan masyarakat, mengupayakan pemerataan pelayanan kesehatan serta meningkatkan efisiensi pengelolaan dana sehingga dapat dijangkau oleh seluruh anggota masyarakat.
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat serta lingkungan.
Puskesmas selalu berusaha memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat. Juga pemeliharaan dan peningkatan kesehatan di lingkungannya.

2.6.3. Tujuan dan fungsi Puskesmas

Puskesmas berupaya meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010.

Fungsi Puskesmas :

1. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Untuk menjalankan fungsinya, puskesmas berusaha menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor agar selalu berwawasan dan mendukung pembangunan kesehatan. Selain itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan upaya yang dilakukan adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

2. Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Sebagai pusat pemberdayaan masyarakat, puskesmas selalu berupaya agar setiap orang memiliki kesadaran, kemauan, dan mampu melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, aktif dalam setiap kegiatan kesehatan termasuk pembiayaannya, ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan masyarakat ini tetap harus memperhatikan situasi dan kondisi serta sosial budaya setempat.

3. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Pelayanan kesehatan yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi :

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan

Adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, dengan tetap adanya upaya memelihara kesehatan dan mencegah penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

2.7. Perilaku

Perilaku dari sudut pandang biologis merupakan suatu kegiatan dari semua makhluk hidup. Dengan demikian perilaku manusia adalah kegiatan yang dilakukan oleh manusia itu sendiri. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku manusia adalah faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor genetik merupakan konsep dasar atau modal untuk perkembangan perilaku berikutnya sedangkan faktor lingkungan adalah suatu kondisi untuk perkembangan perilaku (Notoatmodjo, 2007).

Sedangkan menurut Skinner (1938), perilaku merupakan hasil interaksi antara rangsangan (stimulus) dan respon. Respon pada manusia dibagi menjadi dua, yaitu respon yang bersifat pasif seperti persepsi, pengetahuan dan respon yang bersifat aktif berupa tindakan atau perbuatan yang nyata. Perilaku manusia sangat kompleks dan ruang lingkungannya sangat luas. Meskipun perilaku merupakan bentuk suatu respon terhadap stimulus, namun sangat tergantung pada karakteristik atau faktor lain dari

individu tersebut. Artinya walaupun stimulusnya sama, namun respon setiap orang akan berbeda (Gibson et al, 1993).

Faktor-faktor tersebut dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

1. Faktor internal, adalah karakteristik orang tersebut yang bersifat genetik atau bawaan, seperti jenis kelamin, umur, kecerdasan, pengetahuan, tingkat emosional dan lain-lain
2. Faktor eksternal, atau lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan merupakan factor yang dominan terhadap perilaku individu.

Perilaku kesehatan mencakup semua perilaku di setiap lapisan masyarakat, karena kesehatan menjadi tanggung jawab bersama baik konsumen, pemberi pelayanan kesehatan maupun pemerintah. Perubahan perilaku akan dipengaruhi banyak faktor baik dari dalam individu itu sendiri maupun dari luar individu atau lingkungannya. Faktor-faktor individu inilah yang mempengaruhi perilaku seperti persepsi, motivasi dan emosi.

Anderson (1974) juga membedakan berbagai faktor yang menyebabkan masalah kesehatan menjadi faktor/karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung dan karakteristik kebutuhan.

Karakteristik predisposisi digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan yang berbeda dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan karena perbedaan ciri-ciri setiap individu yang dibagi dalam tiga kelompok, yaitu :

1. Ciri-ciri demografi seperti jenis kelamin dan umur
2. Struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan atau ras dan sebagainya
3. Manfaat-manfaat kesehatan seperti keyakinan terhadap pelayanan kesehatan

Karakteristik pendukung, mencerminkan meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, namun apabila individu tersebut tidak mampu menggunakannya, maka dia tidak akan melakukan tindakan apapun. Jadi

penggunaan pelayanan kesehatan akan bergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar.

Meskipun seseorang mempunyai faktor predisposisi dan mampu untuk membayar, namun bila tidak merasakannya sebagai suatu kebutuhan, maka individu tersebut tidak akan menggunakan pelayanan kesehatan. Jadi karakteristik kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

Menurut Feldstein (1979), faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan adalah timbulnya kesakitan, karakteristik sosio-demografik dan ekonomi. Timbulnya penyakit menjadi pertimbangan semua individu dalam penggunaan pelayanan kesehatan, meskipun adanya penyakit bukan sesuatu yang diharapkan. Terutama bila dikaitkan dengan karakteristik usia dan jenis kelamin. Untuk individu yang usianya lebih tua, meningkatnya kejadian kesakitan, dan perubahan pola penyakit menjadi penyakit kronis, menjadi faktor yang penting dalam kebutuhan akan pelayanan kesehatan, dimana terjadi peningkatan penggunaan pelayanan kesehatan.

Teori tentang pendidikan menurut Sorkin (1975) dan Feldstein (1979), bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi demand terhadap pelayanan kesehatan. Seseorang dengan tingkat pendidikan lebih tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mengenal gejala awal penyakit dan akan mencari pengobatan sedini mungkin. Dengan demikian akan lebih efisien dalam mencari dan menggunakan pelayanan pengobatan. Akhirnya mereka akan lebih banyak menggunakan pelayanan pencegahan.

Menurut Zschokh (1979), pemilihan terhadap penggunaan pelayanan kesehatan akan dipengaruhi oleh status kesehatan, pendidikan dan pendapatan. Pelayanan kesehatan akan digunakan secara efektif jika ada biaya atau kemampuan untuk membayar. Kemiskinan akan sangat membatasi seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan padahal pelayanan ini sangat diperlukan. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan tentang kesehatan. Pada umumnya seseorang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih tinggi mempunyai

tingkat pengetahuan kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang tingkat pendidikan formalnya lebih rendah.

2.8. Penelitian mengenai faktor karakteristik dan responsiveness

Penelitian yang dilakukan di Inggris, menemukan bahwa pasien yang lebih tua yang datang ke pelayanan kesehatan, tidak terlalu kritis dan mempunyai harapan yang sangat besar terhadap pelayanan kesehatannya (Salvage et al, 1988). Pasien yang lebih tua sejauh ini juga mempunyai rasa puas yang lebih tinggi pada semua aspek dibandingkan pasien muda atau pasien umur pertengahan (Williams and Calnan, 1991).

Pendapat lainnya mengenai tingkat pendidikan pasien adalah penelitian ini dilakukan oleh Hall dan Dornan (1990) dan data evidencenya lebih banyak berasal dari Amerika Serikat. Hasilnya adalah tingkat pendidikan berpengaruh terhadap nilai kepuasan, dimana pendidikan tinggi berhubungan dengan rendahnya kepuasan pasien. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Andersen dan Zimmerman (1993), menemukan bahwa tingkat pendidikan signifikan berhubungan dengan kepuasan pasien hanya dari segi berkonsultasi di dua klinik Michigan, dimana pasien yang berpendidikan rendah lebih puas terhadap konsultasi yang dilakukan. Se jauh ini, di Inggris tidak ada data yang bagus yang bisa mendukung determinan ini.

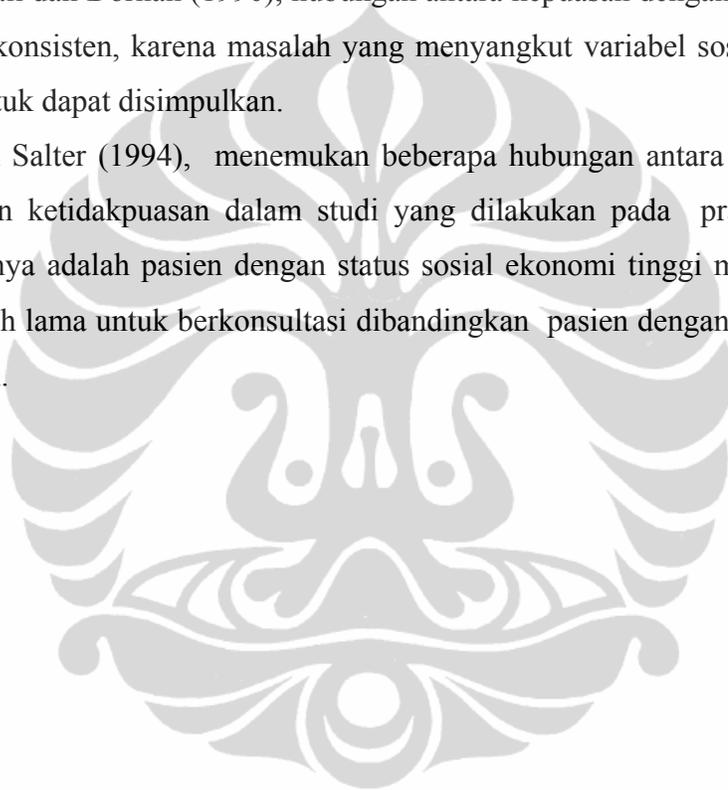
Dalam penelitian yang dilakukan oleh Gani pada tahun 1981 tentang sosio demografi dan deskripsi ekonomi di Kabupaten Karanganyar terhadap puskesmas, menyebutkan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi akan mempengaruhi masyarakat untuk mencari pelayanan kesehatan yang lebih canggih dan modern (Ernawati, 1995).

Doering (1983), Delgado et al (1993), Hopton et al (1993), bahwa secara umum jenis kelamin pasien tidak berpengaruh terhadap nilai kepuasan pasien. Kesimpulan yang sama juga dikemukakan oleh Hall dan Dornan (1990). Penelitian lain yang dilakukan oleh Khayat dan Salter (1994), melaporkan bahwa pasien laki-laki secara signifikan lebih puas pada dokter praktek umum dibandingkan dengan pasien perempuan.

Jenis kelamin perempuan dan laki-laki, pada dasarnya tidak terlalu banyak perbedaannya pada penggunaan pelayanan kesehatannya. Perbedaan penggunaan pelayanan kesehatan, akan terlihat beda antara perempuan dan laki-laki ketika dikaitkan dengan status menikah dan usianya. Dimana ketika matang usianya dan menikah, perempuan akan lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan karena proses mulai dari kehamilan sampai perawatan setelah melahirkan (Felstein, 1979).

Menurut Hall dan Dornan (1990), hubungan antara kepuasan dengan status sosial ekonomi tidak konsisten, karena masalah yang menyangkut variabel sosial ekonomi tidak mudah untuk dapat disimpulkan.

Khayat dan Salter (1994), menemukan beberapa hubungan antara status sosial ekonomi dengan ketidakpuasan dalam studi yang dilakukan pada praktek dokter umum. Contohnya adalah pasien dengan status sosial ekonomi tinggi mendapatkan waktu yang lebih lama untuk berkonsultasi dibandingkan pasien dengan status sosial ekonomi rendah.



BAB 3

GAMBARAN UMUM PUSKESMAS

3.1. Gambaran wilayah

Kecamatan Gambir adalah salah satu kecamatan yang ada di wilayah Kotamadya Jakarta Pusat, terletak di kelurahan Petojo Selatan dengan batas-batas :

- Sebelah Utara : Jalan Sukarjo, Jl. K.H. Zainul Arifin, Jl. Duri Barat sampai sampai banjir kanal wilayah Jakarta.
- Sebelah Selatan : Jl. Jati Baru, Jl. Kebon Sirih sampai dengan jembatan Prapatan Kwitang Kecamatan Menteng.
- Sebelah Timur : pintu kereta api Krekot, jl. Perwira Kali Ciliwung sampai Jembatan Kwitang Kecamatan Senen.
- Sebelah Barat : Banjir Kanal mulai dari pintu kereta api Duri Pulo sampai Jembatan Jati Baru wilayah Jakarta Barat.

Wilayah Kecamatan Gambir memiliki luas wilayah 759,90 ha dengan jumlah penduduknya tahun 2007 sebanyak 83.398 jiwa. Puskesmas Kecamatan Gambir yang beralamat di jalan Tanah Abang I no 10 Jakarta Pusat dibangun pada tahun 1987/1988. Kecamatan Gambir mempunyai 6 kelurahan, tetapi hanya 3 kelurahan yang mempunyai puskesmas kelurahan, yaitu Puskesmas Kelurahan Duri Pulo, Puskesmas Kelurahan Petojo Selatan dan Puskesmas Kelurahan Petojo Utara.

3.2. Data tenaga

Puskesmas Kecamatan Gambir saat ini memiliki pegawai :

c. Tenaga PNS

Dokter umum	: 4 orang	Administrasi	: 2 orang
Dokter Gigi	: 3 Orang	SMAK	: 1 orang
Apoteker	: 1 orang	SPPH	: 1 orang
SKM	: 2 orang	SPK	: 4 orang
Bidan	: 3 orang	SPRG	: 1 orang
Perawat	: 3 orang	Pekarya kes	: 3 orang

Gizi	: 2 orang	SLTA	: 2 orang
Kesling	: 1 orang		

d. Tenaga non PNS

Dokter	: 1 orang	SPRG	: 1 orang
Kebidanan	: 4 orang	SLTA	: 4 orang
Farmasi	: 1 orang	SD	: 1 orang
Analisis lab	: 1 orang		
SMF	: 3 orang		

3.3. Visi dan misi Puskesmas Kecamatan Gambir

Visi puskesmas adalah terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau di wilayah Kecamatan Gambir.

Misi puskesmas adalah :

- a. Menyelenggarakan sistem Manajemen Pelayanan Kesehatan menuju tercapainya pelayanan prima
- b. Menggalang kemitraan dengan masyarakat sektoral dan swasta

3.4. Sasaran Puskesmas Kecamatan Gambir

Adalah :

- a. Tercapainya perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan
- b. Tercapainya perbaikan peningkatan sistem manajemen keuangan
- c. Tercapainya perbaikan peningkatan sistem manajemen perlengkapan
- d. Tercapainya perbaikan mutu SDM
- e. Tercapainya perbaikan jenis pelayanan puskesmas
- f. Tercapainya perbaikan peran serta masyarakat, lintas sektoral dan masyarakat

3.5. Tugas pokok dan fungsi Puskesmas Kecamatan Gambir

Puskesmas Kecamatan Gambir merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan yang mempunyai tugas melaksanakan pelayanan, pembinaan,

pengendalian puskesmas kelurahan, pengembangan upaya kesehatan, pendidikan, pelatihan tenaga kesehatan di wilayah kerja.

Sedangkan fungsi Puskesmas Kecamatan Gambir :

1. Memberikan pelayanan kesehatan klinis yang meliputi loket, rekam medik, klinik ibu dan anak, KB, poli gigi, poli umum, konseling remaja, klinik gizi, siaga 24 jam, RB, pelayanan metadon, laboratorium, farmasi, MTBS dan lain-lain.
2. Melakukan pembinaan, pengawasan, pengendalian terhadap pengelolaan dan pelayanan puskesmas kelurahan.
3. Mengkoordinasikan pelayanan kesehatan masyarakat yang meliputi program gizi, kesmas, kesling, UKS dan lain-lain.
4. Mengkoordinasikan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan seperti kader kesehatan.
5. Mengkoordinasikan temu lintas batas, lintas sektoral dalam penanggulangan masalah kesehatan.
6. Menilai dan melaporkan kinerja puskesmas.

3.6. Fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia adalah :

1. Fasilitas diagnostik
 - a. Laboratorium klinik
 - b. Elektrokardiografi (EKG)
2. Fasilitas pelayanan kesehatan
 - a. Pelayanan kesehatan medis :

Unit rawat jalan :

 - Poli umum
 - Poli gigi
 - Poli MTBS
 - Poli Askes dan akupunktur

- Poli metadon (PTRM)
- Poli gizi
- Poli VCT
- Poli KI / KA
- Poli TBC / kusta
- Unit siaga 24 jam

Dalam pelaksanaan fungsinya poliklinik tersebut melayani pasien umum/
bayar, askes, gakin/gratis.

- b. Pelayanan kesehatan penunjang : apotik

3.7. Upaya Kesehatan

3.7.1. Upaya kesehatan perorangan

Yang termasuk didalamnya adalah rawat jalan dan rawat inap.

Table 3.1. Jumlah kunjungan pasien di Puskesmas Gambir tahun 2008

	Umum	Gigi	KI	KB	MTBS	PTRM	RB	Siaga 24 jam	Lab
Bayar	28.709	5786	1622	1154	47.308	417	142	9733	4638
Askes	2776	298	5	5	0	0	0	0	257
Gakin/gratis	941	13	3	2	320		1	73	414
Jamsostek	1290	3	0	0	0	0	0	0	0

Sumber Laporan Tahunan PKM Gambir tahun 2008

Salah satu pelayanan kesehatan rawat jalan yaitu Klinik Metadon (PTRM) akan dijelaskan lebih mendetail karena Puskesmas Gambir termasuk pelopornya di wilayah Jakarta Pusat.

Puskesmas Kecamatan Gambir secara resmi membuka PTRM pada tanggal 14 Desember 2006. Selama 2 minggu pertama, kegiatan ini dibimbing oleh staff RSKO Fatmawati. Puskesmas Gambir tidak membatasi berapa pasien yang masuk dalam satu hari dengan syarat sudah memenuhi kriteria sebagai peserta metadon, seperti penasun, berumur 18 tahun atau lebih, pernah ikut rehabilitasi atau detoks dan didampingi pendamping.

Tujuan kegiatan PTRM ini adalah untuk mengurangi dampak buruk (Harm Reduction) dari penasun. Sasarannya adalah penasun yang ingin berhenti menggunakan narkoba dan mempunyai motivasi tinggi untuk berubah. Diharapkan dengan adanya PTRM di puskesmas, angka DO penggunaan metadon dengan alasan jarak jauh dapat dikurangi. Demikian pula angka THD dapat lebih diperkecil mengingat metadon sebagai obat substitusi opiate, juga termasuk obat narkotika.

Untuk mendukung PTRM, tersedia juga klinik VCT (Voluntary Counseling and Testing). Klinik VCT adalah klinik yang memberikan konsultasi kepada pasien yang beresiko terkena HIV/AIDS. Klinik ini bekerja sama dengan kios Atmajaya yang bergerak dibidang penanggulangan penyakit HIV/AIDS.

BAB 4

KERANGKA TEORI DAN KONSEP

4.1. Kerangka teori

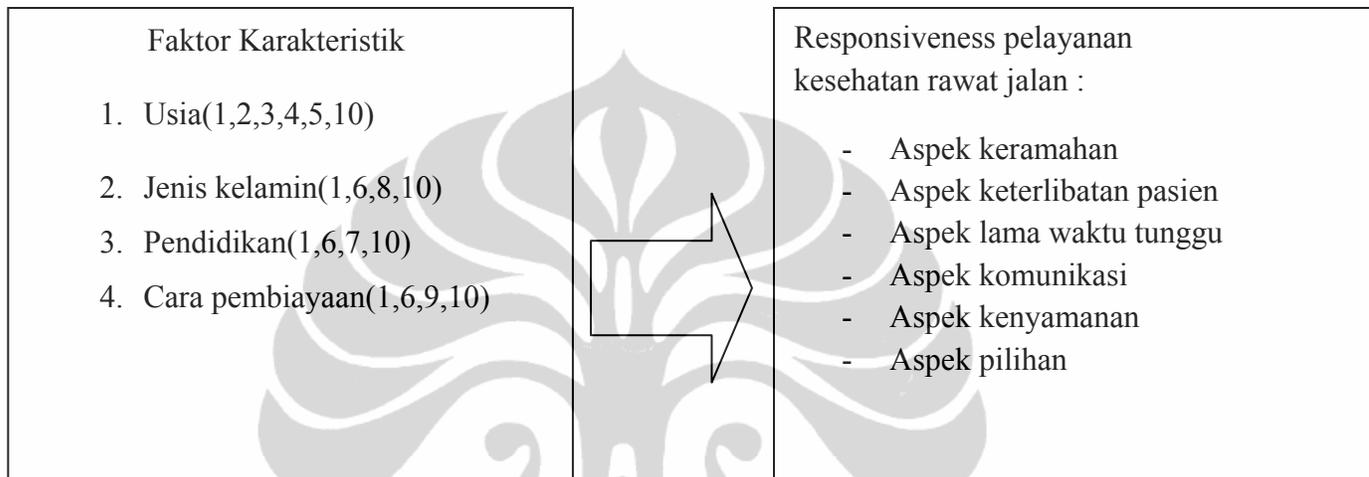
Kerangka konsep yang digunakan merupakan gabungan antara teori yang ditulis oleh Amala de Silva (2000) tentang responsiveness dan teori yang digunakan oleh Anderson (1974) mengenai faktor-faktor dari individu yang mempengaruhi perilaku terhadap persepsi individu. Kerangka konsep ini selanjutnya dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan dan keterbatasan dari penelitian ini.

Terdapat 6 aspek dalam responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan yaitu sikap keramahan/respek, keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan, lama waktu tunggu, komunikasi, kenyamanan dan pilihan pasien pada pemberi pelayanan. Teori ini didukung oleh beberapa orang lainnya seperti Cunningham (1991), Parasuraman (1990), Ward (2007) dan Kotler (1987). Walaupun apa yang dikemukakan tidak sama persis, namun satu hal yang menyatukan pendapat mereka yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada pasien.

Anderson (1974) juga membedakan berbagai faktor yang menyebabkan masalah kesehatan menjadi faktor/karakteristik predisposisi (usia, jenis kelamin, pendidikan) karakteristik pendukung (cara mendapatkan pelayanan kesehatan/kemampuan untuk membayar). Sedangkan karakteristik kebutuhan tidak digunakan dalam penelitian ini, karena responden yang diteliti adalah pasien rawat jalan dimana mereka pasti membutuhkan pelayanan kesehatan sehingga mereka datang untuk menggunakan pelayanan yang ada di puskesmas.

Penelitian ini dilakukan di unit rawat jalan Puskesmas Gambir pada pasien yang sudah terdaftar minimal 6 bulan, berusia minimal 18 tahun dan minimal sudah dua kali melakukan kunjungan/berobat ke puskesmas.

4.2 KERANGKA KONSEP



Sumber :

1. Notoatmodjo S, 2007
2. Houts et al, 1986
3. Blanchard, 1990
4. Zahr, 1991
5. Cartwright and Anderson, 1981
6. Hall and Dornan, 1990
7. Anderson and Zimmerman, 1993
8. Khayat and Salter, 1994
9. Salvage et al, 1988
10. Anderson, 1974

4.3. Hipotesis

- a. Ada hubungan antara faktor usia dengan responsiveness pelayanan kesehatan.
- b. Ada hubungan antara faktor jenis kelamin dengan responsiveness pelayanan kesehatan.
- c. Ada hubungan antara faktor pendidikan dengan responsiveness pelayanan kesehatan.
- d. Ada hubungan antara faktor cara pembiayaan dengan responsiveness pelayanan kesehatan.

4.4. Definisi operasional

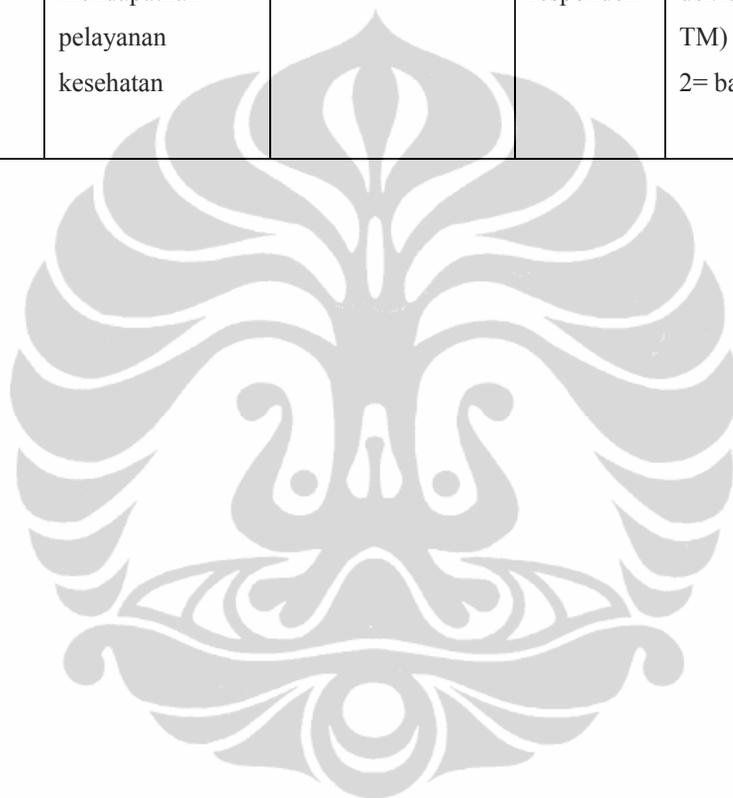
NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
1	Responsiveness pelayanan kesehatan	Setiap usaha untuk menyadari, melayani dan memberikan kepuasan untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pelanggan. Ada 6 indikator penilaian responsiveness yaitu aspek keramahan/respek petugas, aspek keikutsertaan pasien dalam	Mengisi kuesioner dengan melakukan wawancara kepada pasien. Lalu terlebih dahulu melakukan uji normalitas data untuk melihat batas nilai untuk menentukan responsif. Bila data yang terkumpul berdistribusi normal, maka digunakan nilai mean untuk melihat batas nilai responsifnya.	Semua kuesioner	1=Tidak responsif jika nilainya \leq mean 2=Responsif jika nilainya $>$ mean	Nominal

		pengambilan keputusan, aspek lama waktu tunggu, aspek komunikasi, aspek kenyamanan dasar, aspek pilihan terhadap pemberi pelayanan kesehatan	Sedangkan bila data tidak berdistribusi normal akan menggunakan nilai median untuk menentukan batas nilai responsifnya.			
2	Aspek keramahan	Sikap yang harus ada pada petugas, dengan memberikan senyum dan selalu menghargai pasien	Mengisi kuesioner. Menjumlahkan nilai aspek keramahan dan kemudian menghitung nilai mean atau mediannya.	Kuesioner no A1s/d A9	1=Kategori tidak responsif bila nilainya \leq mean 2=Kategori responsif bila nilainya $>$ mean	Nominal
3	Aspek keterlibatan pasien dlm pengambilan keputusan	Hak pasien untuk ambil bagian dalam setiap tindakan yang akan diterimanya	Mengisi kuesioner. Menjumlahkan nilai aspek ini dan kemudian menghitung nilai mean atau mediannya.	Kuesioner no B1s/d B3	1=Kategori tidak responsif bila nilainya \leq mean 2=Kategori responsif bila nilainya $>$ mean	Nominal

4	Aspek lama waktu tunggu	Periode yang dibutuhkan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan	Mengisi kuesioner. Menjumlahkan nilai aspek ini dan kemudian menghitung nilai mean atau mediannya.	Kuesioner no C1s/d C3	1=Kategori tidak responsif bila nilainya \leq mean 2=Kategori responsif bila nilainya $>$ mean	Nominal
5	Aspek komunikasi	Rangkaian proses pengalihan informasi dari satu orang kepada orang lain dengan maksud tertentu	Mengisi kuesioner. Menjumlahkan nilai aspek komunikasi dan kemudian menghitung nilai mean atau mediannya.	Kuesioner no D1 s/d D6	1=Kategori tidak responsif bila nilainya \leq mean 2=Kategori responsif bila nilainya $>$ mean	Nominal
6	Aspek kenyamanan	Infrastruktur fisik dan lingkungan yang mendukung yang harus dimiliki oleh unit pelayanan kesehatan.	Mengisi kuesioner. Menjumlahkan nilai aspek kenyamanan dan kemudian menghitung nilai mean atau mediannya.	Kuesioner no E1sd E3	1=Kategori tidak responsif bila nilainya \leq mean 2=Kategori responsif bila nilainya $>$ mean	Nominal

7	Aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan	Hak yang dimiliki oleh pasien untuk dapat menentukan apa yang diinginkannya.	Mengisi kuesioner. Menjumlahkan nilai aspek ini dan kemudian menghitung nilai mean atau mediannya.	Kuesioner no F1 sd F3	1=Kategori tidak responsif bila nilainya \leq mean 2=Kategori responsif bila nilainya $>$ mean	Nominal
8	Usia	Masa hidup pasien yang dihitung berdasarkan ulang tahun kelahiran sampai saat penelitian	Menghitung perkiraan usianya dengan menanyakan pada pasien tahun kelahirannya.	Kuesioner: identitas responden	1=18-44thn 2=45-54thn 3=55-64thn 4= \geq 65tahun	Ratio
10	Jenis kelamin	Ciri yg membedakan pasien menjadi laki-laki atau perempuan	Dengan melakukan pengamatan secara langsung	Kuesioner: identitas responden	1=perempuan 2=laki-laki	Nominal
11	Pendidikan	Tingkat sekolah terakhir yang dilalui oleh pasien	Melakukan wawancara	Kuesioner: identitas responden	1=Pendidikan rendah (SD/SMP/ sederajat) 2=Pendidikan menengah (SMA/ sederajat)	Ordinal

					3=pendidikan tinggi (sarjana)	
12	Cara pembiayaan	Cara atau sumber dana pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan	Melakukan wawancara	Kuesioner: identitas responden	1= gratis(gakin,kader/lansia/SK TM) 2= bayar	Nominal



BAB 5 METODE PENELITIAN

5.1. Desain penelitian

Desain penelitian adalah studi analitik dengan rancangan cross sectional dan analisa data dilakukan secara kuantitatif.

5.2. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kecamatan Gambir. Data yang diambil adalah data primer yaitu pasien yang berobat yang sudah pernah berobat di puskesmas Gambir minimal selama 6 bulan. Penelitian dilaksanakan pada bulan November 2009.

5.3. Populasi dan sampel penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh pasien yang berobat di Puskesmas Kecamatan Gambir. Sampel penelitian adalah pasien yang berobat jalan dan minimal sudah 6 bulan terdaftar sebagai pasien di puskesmas ini, berusia minimal 18 tahun, minimal sudah 2 kali melakukan kunjungan untuk berobat.

Sampel awal sebanyak 30 kuesioner dikumpulkan untuk menilai apakah kuesioner yang dipakai sudah memenuhi syarat validitas dan reliabilitas.

Uji validitas digunakan untuk melihat item pertanyaan mana yang dapat digunakan sebagai alat ukur sebuah dimensi dalam penelitian ini. Ukuran valid tidaknya sebuah indikator (pertanyaan) dapat dilihat dari nilai korelasi pearson yang ditampilkan dari hasil analisisnya (*Corrected Item-Total Correlation*) yang nilainya harus lebih besar dari r table. Untuk jumlah responden 30 orang maka nilai r tabelnya adalah 0.361. Untuk hasil uji validitas dapat dilihat di lampiran dari tesis ini.

Uji reliabilitas pada penelitian ini adalah uji untuk melihat konsistensi jawaban responden dalam menjawab sebuah subdimensi. Uji ini menggunakan indikator nilai alpha cronbach . Sebuah subdimensi dikatakan sudah reliabel jika nilai alpha cronbach > 0.5 . Untuk hasil uji reliabilitas dapat dilihat di lampiran.

Setelah kuesioner memenuhi syarat validitas dan reliabilitas, selanjutnya dicari nilai proporsi responsiveness dan jumlah sampel.

Tabel 5.1. Hasil penghitungan responsiveness dari 30 sampel pasien

Kategori	Jumlah	Persentase
Tidak Responsif	21	70.0
Responsif	9	30.0
Total	30	100.0

Dari tabel terlihat bahwa nilai proporsi yg responsive $P = 0.30$

Selanjutnya dihitung sampel penelitian dengan menggunakan rumus Lemeshow, et, al, 1990 sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1 - \alpha / 2pq}{d^2}$$

d = presisi = derajat ketepatan yang diinginkan = 0,05

z = Standar deviasi normal, pada alfa 0,05 yaitu $Z_n = 1,96$

Derajat kepercayaan 95%

p = estimasi proporsi 0,3%

q = $1 - p = 0,7$

n = besar sampel yang akan diteliti

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,3) (0,7)}{(0,05)^2}$$

= 322,6 dibulatkan menjadi $n = 323$

Sebanyak 323 sampel penelitian diambil dari pasien yang datang berobat selama bulan November 2009. Sampel yang dieksklusi sebanyak 93 orang yaitu pasien yang

baru berobat 1 kali, pasien yang berobat kurang dari 6 bulan dan pasien yang usianya dibawah 18 tahun.

5.4. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan pada bulan November 2009 di Puskesmas Kecamatan Gambir. Alat pengumpul data yang digunakan adalah daftar pertanyaan atau kuesioner yang disusun untuk mendapatkan data mengenai responsiveness pelayanan kesehatan. Pengumpulan data ini dilakukan oleh peneliti. Kuesioner disusun dengan berpedoman pada kuesioner dari WHO.

Sebelum kuesioner digunakan dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Validitas diukur dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor total. Suatu variabel dikatakan valid apabila skor variabel berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya, yaitu $r_{hitung} > r_{table}$. Sedangkan reliabilitas dikatakan signifikan bila $\alpha > r_{table}$. (Hastono, 2007)

5.5. Pengolahan data

Data yang sudah terkumpul kemudian diolah dengan menggunakan program komputer melalui beberapa tahap.

5.5.1. Editing data

Data yang terkumpul lalu diedit untuk mengetahui apakah data tersebut sudah lengkap, jelas dan sesuai dengan kebutuhan penelitian.

5.5.2. Data koding

Pemberian kode yang kemudian dimasukkan ke dalam rekapan, dengan tujuan untuk memudahkan analisis data dan meng-entry data.

5.5.3. Data entry

Setelah semua data dientry, kemudian data dimasukkan ke dalam program komputer untuk selanjutnya diolah.

5.5.4. Data cleaning

Setelah data dimasukkan kemudian dilakukan cek ulang untuk memastikan tidak ada kekeliruan, Selanjutnya data siap dianalisa dengan bantuan program komputer.

5.6. Analisa data

Sebelum data dianalisa, dilakukan uji normalitas (*Kolmogorov-S*) untuk melihat apakah data sampel yang terkumpul berdistribusi normal atau tidak. Bila nilai p value $> 0,05$ maka data sampel berdistribusi normal sehingga digunakan nilai mean untuk menentukan *cut of point*nya. Bila nilai p value $< 0,05$ maka data sampel dikatakan distribusinya tidak normal dan untuk menentukan *cut of point* digunakan nilai median.

5.6.1. Analisis Univariat

Analisa data univariat dilakukan untuk mengetahui tingkat responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Kecamatan Gambir, gambaran karakteristik responden dan aspek-aspek responsivenessnya.

5.6.2. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Analisis dilakukan dengan Uji Kai Kuadrat dengan batas nilai α 5% (derajat kepercayaan 95%). Bila nilai $p > \alpha$ ($p > 0,05$) maka tidak ada hubungan yang bermakna antara responsiveness pelayanan kesehatan terhadap variabel-variabel yang dinilai. Demikian juga sebaliknya, bila nilai $p < \alpha$ ($p < 0,05$), maka ada hubungan yang bermakna antara responsiveness pelayanan kesehatan terhadap variabel independen.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Distribusi sampel penelitian

Pada penelitian mengenai faktor karakteristik pasien yang berhubungan dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan, memiliki variabel dependent yaitu : pendapat pasien mengenai responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas dan variabel independen, yaitu :

1. Usia
2. Jenis kelamin
3. Pendidikan
4. Cara pembiayaan.

Responden pada penelitian ini adalah pasien rawat jalan di Puskesmas Gambir berjumlah : 324 orang.

Tabel 6.1. Distribusi responden menurut karakteristik dan cara pembiayaan

NO	Variabel		Distribusi	
			Jumlah	%
1	Usia	18-44 tahun	189	58,3
		45-54 tahun	77	23,8
		55-64 tahun	38	11,7
		≥65 tahun	20	6,2
2	Jenis Kelamin	Perempuan	211	65,1
		Laki-laki	113	34,9
3	Pendidikan	Rendah	129	39,8
		Sedang	187	57,7
		Tinggi	8	2,5
4	Cara Pembiayaan	Gratis	63	19,4
		Bayar	261	80,6

Tabel 6.1. memperlihatkan distribusi karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan dan cara pembiayaannya.

1.Usia

Selama 2 minggu melakukan penelitian di Puskesmas Gambir, pada umumnya pasien yang berobat di pelayanan rawat jalan lebih banyak yang berusia dewasa dibandingkan dengan kelompok usia pasien yang lebih tua. Hal ini juga tampak pada distribusi responden berdasarkan usia. Dimana sebanyak 189 orang atau 58,3% adalah pasien dewasa, yang berusia antara 18 sampai 44 tahun. Jumlah responden yang paling sedikit adalah kelompok usia lanjut (≥ 65 tahun), hanya 20 orang atau sekitar 6,2% dari 324 responden. Sisanya adalah 77 orang atau 23,8% responden masuk kategori pertengahan umur (45-54 tahun) dan 38 orang atau 11,7% yang termasuk dalam kategori usia lanjut dini.

2.Jenis kelamin

Dari tabel 6.2 terlihat bahwa jumlah responden perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, yaitu 211 orang atau 65,1%. Sedangkan jumlah pasien laki-laki hanya 113 orang atau 34,9%.

3.Pendidikan

Dari 324 responden yang menjadi sampel penelitian, tersebar dalam 3 kategori tingkat pendidikan, yaitu pendidikan rendah (SD/SMP/ sederajat), pendidikan sedang (SMA/ sederajat) dan pendidikan tinggi (sarjana). Responden yang paling sedikit adalah yang pendidikannya tinggi, hanya 8 orang atau 2,5% dari total responden. Jumlah yang paling banyak adalah responden yang tingkat pendidikannya sedang yaitu 187 orang atau 57,7%. Responden yang lain masuk dalam kategori tingkat pendidikan rendah yaitu 129 orang atau 39,8%.

4.Cara pembiayaan

Biaya berobat di Puskesmas Gambir sesuai dengan tarif yang dikeluarkan oleh Pemda DKI Jakarta, yaitu Rp. 2000,-. Tarif ini cukup murah dibandingkan tarif

Rumah Sakit ataupun klinik swasta. Karena dengan membayar 2000 rupiah saja, pasien sudah mendapatkan pemeriksaan kesehatan oleh dokter/perawat/bidan dan termasuk obat-obatan yang diresepkan oleh dokter/bidan. Dengan tarif yang murah dan terjangkau, maka kebanyakan pasien yang datang untuk berobat di pelayanan rawat jalan di Puskesmas Gambir adalah dengan cara membayar. Dari data yang dikumpulkan, hasilnya adalah lebih dari setengah jumlah responden atau 261 orang cara pembiayaannya adalah dengan membayar sesuai tarif yang ditetapkan. Hanya 63 orang atau 19,4% yang cara pembiayaannya adalah secara gratis. Jumlah ini adalah kelompok masyarakat yang memiliki kartu Gakin (Keluarga Miskin) dan SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu), kader dan lansia.

6.2. Penentuan kategori responsiveness

Untuk menentukan kategori responsive atau tidaknya pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir, terlebih dahulu digunakan uji normalitas data untuk menentukan *cut of point*.

Dalam penelitian ini, untuk melihat data yang diteliti berdistribusi normal atau tidak maka dilakukan uji kenormalan data dengan uji *kolmogorov sminov*.

Setelah dilakukan uji kenormalan data didapatkan nilai p value $>0,05$, yaitu 0,287. Yang artinya adalah data yang terkumpul terdistribusi secara normal. Karena data terdistribusi secara normal, maka nilai yang digunakan sebagai *cut of point* adalah nilai rata-rata.

Tabel 6.2. Statistik deskriptif nilai responsiveness

Parameter	Nilai
Nilai rata-rata	2,7998
Nilai tengah	2,8333
Nilai minimum	1,44
Nilai maksimum	4,00

Dari perhitungan statistik, didapatkan nilai rata-rata responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir adalah 2,7998. Sehingga nilai rata-rata yang didapat dari setiap data yang kurang atau sama dengan 2,7998 termasuk dalam kategori tidak responsif. Sedangkan bila nilai rata-ratanya diatas 2,7998 termasuk dalam kategori responsif.

6.3. Analisis univariat

Variabel dependen pada penelitian ini adalah responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir. Yang menjadi variabel independen adalah karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan dan cara pembiayaan. Tujuan dilakukannya analisis univariat adalah untuk melihat gambaran responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir secara total, gambaran responsiveness berdasarkan masing-masing aspek, gambaran responsiveness berdasarkan variabel independen dan gambaran responsiveness per aspek berdasarkan masing-masing variabel independen.

6.3.1. Responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir

Tabel. 6.3.

Distribusi responden menurut responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan

Kategori	Jumlah sampel	Persentase
Tidak responsif	153	47,2
Responsif	171	52,8
Total	324	100

Responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan dilihat dari 6 aspek yaitu aspek keramah tamahan, aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan, aspek lama waktu tunggu, aspek komunikasi, aspek kenyamanan dan aspek pilihan pasien pada pemberi pelayanan. Semua aspek ini ditanyakan kepada responden sebanyak 27

pertanyaan yang ada dalam kuesioner. Setiap jawaban yang diberikan oleh pasien diambil nilai rata-ratanya. Kemudian nilai rata-rata yang didapatkan, dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu tidak responsif dan responsif berdasarkan *cut of point* yang sudah ditentukan sebelumnya. Hasilnya seperti yang terlihat pada tabel 6.3 dimana responden yang menganggap pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir sudah responsif berjumlah 171 orang atau 52,8%. Sedangkan 153 orang atau 47,2% masih menganggap pelayanan kesehatan rawat jalan yang diterimanya tidak responsif.

6.3.2. Gambaran aspek-aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan

Tabel berikutnya adalah gambaran responsiveness masing-masing aspek pada pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir.

Tabel 6.4.
Responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan Puskesmas Gambir tahun 2009 berdasarkan aspek responsiveness

	Kurang Responsif		Responsif	
	jumlah	%	jumlah	%
Keramahtamahan	63	19.4%	261	80.6%
Keterlibatan	154	47.5%	170	52.5%
Waktu tunggu	115	35.5%	209	64.5%
Komunikasi	130	40.1%	194	59.9%
Kenyamanan	169	52.2%	155	47.8%
Pilihan	259	79.9%	65	20.1%

Dari tabel terlihat bahwa aspek yang paling tinggi nilai responsifnya adalah aspek keramahtamahan (80,6%%) dan yang terendah adalah aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan kesehatan (20,1%).

Untuk menilai aspek keramahtamahan, terdapat 9 pertanyaan yang harus dijawab oleh pasien. Yaitu pertanyaan mengenai keramahtamahan yang diperlihatkan oleh dokter, perawat, bidan, petugas pendaftaran, petugas apotik dan petugas laboratorium baik dalam bertutur kata maupun dalam sikapnya, yang seluruhnya terdiri dari 6 nomor. 3 pertanyaan diberikan kepada responden untuk menilai bagaimana dokter/perawat/bidan menghargai responden dalam hal menjaga privasinya sehingga mereka merasa nyaman atau tidak malu ketika sedang dilakukan pemeriksaan kesehatan. Dari 324 responden yang diteliti, sebanyak 261 orang atau 80,6% menyatakan bahwa dari aspek keramahtamahan pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir sudah responsif. Hanya 63 responden atau 19,4% yang menilai aspek keramahtamahan pelayanan kesehatan tidak responsif.

Aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan dapat dinilai dari 3 pertanyaan yang ada dalam kuesioner. Yaitu seberapa seringkah dokter/perawat/bidan melibatkan pasien sebelum mengambil keputusan dalam pengobatan yang akan diterima oleh responden. Ternyata dari data yang terkumpul selama penelitian, didapatkan sebanyak 52,5% responden atau 170 orang yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir dari aspek ini sudah responsif. Sedangkan 154 responden atau 47,5% masih menganggap aspek ini tidak responsif.

Untuk penilaian aspek lama waktu tunggu, pada dasarnya hanya ada 2 pertanyaan, yaitu ketika pasien dalam kondisi darurat sehingga butuh penanganan secara cepat dan kondisi tidak darurat dimana pasien tidak membutuhkan penanganan yang sesegera mungkin. Hasilnya sebanyak 64,5% atau 209 responden memberi jawaban responsif untuk pelayanan kesehatan rawat jalan dari aspek tersebut. Sisanya 115 responden atau 35,5% menilai aspek ini tidak responsif.

Pada aspek komunikasi terdapat 6 pertanyaan, yang intinya adalah menilai bagaimana cara dokter/perawat/bidan berkomunikasi dengan pasiennya. Responden diminta memberikan jawaban berdasarkan pengalamannya selama berobat di pelayanan rawat jalan Puskesmas Gambir, yaitu apakah dokter/perawat/bidan selalu mendengarkan responden dengan penuh perhatian? Atau apakah

dokter/perawat/bidan selalu memberikan penjelasan sampai responden benar-benar mengerti? Hasil yang diperoleh adalah dari 324 sampel yang terkumpul, ada 194 atau 59,9% responden yang menyatakan bahwa aspek komunikasi pada pelayanan kesehatan ini sudah responsif. Tetapi masih sekitar 40,1% atau 130 responden yang menganggap aspek tersebut tidak responsif.

Aspek kenyamanan yang dirasakan oleh responden adalah salah satu aspek yang penting dalam menilai responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan. Dalam penelitian ini, yang dinilai adalah kondisi ruang tunggu (yang dinilai adalah susunan tempat duduk, kondisi kursinya dan sirkulasi udara), kebersihan puskesmas termasuk halamannya dan kondisi kamar mandi (yang dilihat kebersihannya, bau atau tidak, airnya bersih atau tidak, airnya mengalir atau tidak). Hanya 47,8% atau 155 responden yang menyatakan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan dari aspek kenyamanan sudah responsif. Sedangkan yang menyatakan aspek ini tidak responsif jumlahnya lebih banyak yaitu 169 orang atau 52,2%.

Responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir dari aspek ini, sangat rendah. Dimana hampir sebagian besar responden tidak dapat memilih dokter/perawat/bidan sesuai dengan keinginan mereka. Hanya 20,1% pasien atau 65 orang saja yang menyatakan bahwa aspek ini sudah responsif dimana mereka dapat memilih dokter/perawat/bidan seperti yang mereka inginkan. Sedangkan 259 responden atau 79,9% berpendapat bahwa aspek ini tidak responsif.

6.3.3. Gambaran umum responsiveness berdasarkan variabel independen

Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 6.5.

Usia responden dibagi menjadi 4 kategori yaitu usia dewasa (18-44 tahun), usia pertengahan umur (45-54 tahun), usia lanjut dini (55-64 tahun) dan usia lanjut (≥ 65 tahun). Dari tabel terlihat bahwa responden usia lanjut lebih banyak yang menganggap bahwa pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir sudah responsif, yaitu 16 orang atau 80%. Hanya 4 responden usia lanjut yang menganggap pelayanan kesehatannya tidak responsif. Kondisi ini hampir sama dengan responden lanjut usia dini. Dari 38 reponden lanjut usia dini, 25 responden atau 65,8% yang

menilai pelayanan kesehatan yang dialaminya sudah responsif. Sisanya 13 responden yang masih menganggap tidak responsif. Untuk responden usia dewasa, responden yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan rawat jalan sudah responsif tidak berbeda jauh jumlahnya dengan responden yang masih menganggap tidak responsif yaitu 96 orang (50,8%) dan 93 orang (49,2%). Sedangkan persentase yang paling kecil nilai responsifnya adalah dari kategori pertengahan umur. Hanya 34 responden atau 44,2% yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang dialaminya sudah responsif. Selebihnya sebanyak 43 responden atau 55,8% masih menganggap tidak responsif.

Responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan menurut karakteristik jenis kelamin responden, terlihat bahwa persentase responden perempuan yang menilai pelayanan kesehatan yang dialaminya sudah responsif cukup besar yaitu 55% atau 116 orang. Tetapi ada 95 responden perempuan atau 45% yang nilainya masih tidak responsif. Sedangkan untuk responden laki-laki, penilaian terhadap responsiveness pelayanan kesehatannya tidak begitu jauh perbedaan jumlahnya antara responden yang sudah menilai responsif dan tidak responsif, yaitu 55 orang (48,7%) dan 58 orang (51,3%).

Pendidikan responden dalam penelitian dibagi menjadi 3 kategori, yaitu pendidikan rendah, pendidikan sedang dan pendidikan tinggi. Dari 129 responden yang berpendidikan rendah, 76 orang atau 58,9% yang sudah menganggap pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir sudah responsif, paling tinggi persentasenya bila dibandingkan dengan responden kategori pendidikan lainnya. Hasil penelitian ini berbeda dengan responden kategori pendidikan tinggi, dimana responden yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatannya sudah responsif hanya 1 orang (12,5%) dari 8 responden yang masuk kategori ini. Pada responden yang berpendidikan menengah, jumlah antara yang responsif dan tidak responsif, tidak begitu banyak bedanya yaitu 94 orang (50,3%) dan 93 orang (49,7%).

Cara pembiayaan yang dilakukan oleh responden untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 kategori, yaitu gratis dan bayar. Responden yang termasuk kategori gratis adalah responden yang

mempunyai kartu Gakin, orang lanjut usia dan kader kesehatan. Responden yang termasuk kategori bayar adalah responden yang membayar Rp. 2000,- untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hasil penelitiannya, dari 63 responden yang masuk kategori gratis, 28 orang atau (44,4%) saja yang menganggap pelayanan kesehatan yang diterimanya sudah responsif, sedangkan sisanya sebanyak 35 orang atau (55,6%), menganggap tidak responsif. Dari 261 responden yang bayar, 143 orang atau 54,8% yang menilai responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan sudah responsif. Responden lainnya yaitu 118 orang atau 45,2% masih menilai pelayanan kesehatannya tidak responsif.

Tabel 6.5.
Distribusi responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan Puskesmas
Gambir tahun 2009 berdasarkan karakteristik dan cara pembiayaan

Karakteristik dan cara pembiayaan	Responsiveness	Responsiveness			
		Tidak responsif		Responsif	
		Jumlah	%	Jumlah	%
Usia	18-44 tahun	93	49,2	96	50,8
	45-54 tahun	43	55,8	34	44,2
	55-64 tahun	13	34,2	25	65,8
	≥65 tahun	4	20,0	16	80,0
Jenis kelamin	Perempuan	95	45,0	116	55,0
	Laki-laki	58	51,3	55	48,7
Pendidikan	Rendah	53	41,1	76	58,9
	Menengah	93	49,7	94	50,3
	Tinggi	7	87,5	1	12,5
Cara pembiayaan	Gratis	35	55,6	28	44,4
	Bayar	118	45,2	143	54,8

6.3.4 Gambaran aspek responsiveness berdasarkan usia responden

Tabel 6.6.
Distribusi aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan
Puskesmas Gambir tahun 2009 berdasarkan usia responden

Aspek	Keramah tamahan		Keterlibatan pasien dlm pengambilan keputusan		Lama wkt tunggu		Komunikasi		Kenyamanan		Pilihan pasien thd pemberi pelayanan	
	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%
Usia												
18-44 thn												
Tidak responsif	36	19,0	75	39,7	76	40,2	72	38,1	119	63,0	150	79,4
Responsif	153	81,0	114	60,3	113	59,8	117	61,9	70	37,0	39	20,6
45-54 thn												
Tidak responsif	20	26,0	49	63,6	22	28,6	38	49,4	32	41,6	65	84,4
Responsif	57	74,0	28	36,4	55	71,4	39	50,6	45	58,4	12	15,6
55-64 thn												
Tidak responsif	6	15,8	23	60,5	10	26,3	12	31,6	10	26,3	29	76,3
Responsif	32	84,2	15	39,5	28	73,7	26	68,4	28	73,7	9	23,7
≥65 thn												
Tidak responsif	1	5,0	7	35,0	7	35,0	8	40,0	8	40,0	15	75,0
Responsif	19	95,0	13	65,0	13	65,0	12	60,0	12	60,0	5	25,0

Aspek keramah tamahan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir persentasenya paling tinggi bila dibandingkan dengan aspek yang lainnya menurut responden semua kategori usia. Sedangkan aspek yang paling

rendah persentase responsifnya menurut responden semua kategori usia adalah aspek pilihan pada pemberi pelayanan. Berturut-turut adalah persentase responsif pada aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan menurut responden dewasa yaitu aspek keramahtamahan (81,0%), aspek komunikasi (61,9%), aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan (60,3%), aspek lama waktu tunggu (59,8%), aspek kenyamanan (37,0%) dan aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan (20,6%).

Hasil penelitian terhadap responden pertengahan usia, menunjukkan persentase responsif yang cukup tinggi setelah aspek keramahtamahan adalah aspek lama waktu tunggu, yaitu 71,4% atau 55 orang dari 77 responden kategori ini. Aspek yang lain persentase responsifnya dibawah 60 adalah aspek kenyamanan (58,4%), aspek komunikasi (50,6%), aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan dan aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan (15,6%).

Dari 38 responden lanjut usia dini, menunjukkan bahwa nilai persentase responsifnya pada semua aspek, lebih tinggi dibandingkan responden pertengahan usia. Berikutnya adalah nilai persentase responsif dari nilai yang paling tinggi sampai paling rendah, yaitu aspek keramahtamahan (84,2%), aspek lama waktu tunggu (73,7%), aspek kenyamanan (73,7%), aspek komunikasi (68,4%), aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan (39,5%) dan aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan (25,7%). Bila dibandingkan dengan responden dewasa, hampir semua aspek, persentase responsifnya lebih tinggi, kecuali pada aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan. Dimana persentase responsif aspek ini pada responden dewasa adalah 60,3%.

Hasil yang didapatkan dari penelitian terhadap responden lanjut usia, menunjukkan bahwa dari aspek keramahtamahan (95%), aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan (65%) dan aspek pilihan terhadap pemberi pelayanan kesehatan (25%), lebih tinggi persentase responsifnya bila dibandingkan dengan hasil pada responden kategori usia lainnya. Untuk aspek lama waktu tunggu, 65% responden lanjut usia menganggapnya sudah responsif, namun lebih rendah bila dibandingkan dengan responden lanjut usia dini (73,7%) dan responden dewasa

(71,4%). 60% responden lanjut usia beranggapan bahwa aspek komunikasinya sudah responsif, lebih rendah bila dibandingkan dengan responden lanjut usia dini (68,4%) dan dewasa (61,9%). Demikian juga dengan aspek kenyamanan dimana 60% responden lanjut usia menilainya sudah responsif, masih lebih rendah dibandingkan responden lanjut usia dini (73,7%).

6.3.5. Gambaran aspek responsiveness berdasarkan jenis kelamin responden

Tabel 6.7.
Distribusi aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan Puskesmas Gambir tahun 2009 berdasarkan jenis kelamin responden

Aspek	Keramahan		Keterlibatan pasien dlm pengambilan keputusan		Lama wkt tunggu		Komunikasi		Kenyamanan		Pilihan pasien thd pemberi pelayanan		
	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%	
Perempuan	Kurang responsif	41	19,4	100	47,4	76	36,0	84	39,8	110	52,1	166	78,7
	Responsif	170	80,6	111	52,6	135	64,0	127	60,2	101	47,9	45	21,3
Laki-laki	Kurang responsif	22	19,5	54	47,8	39	34,5	46	40,7	59	52,2	93	82,3
	Responsif	91	80,5	59	52,2	74	65,5	67	59,3	54	47,8	20	17,7

Dari tabel 6.7 terlihat bahwa responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan pada semua aspek menurut jenis kelamin, persentasenya responsifnya hampir sama. Pada aspek keramahan menurut responden perempuan sebanyak 80,6%

menyatakan sudah responsif, tidak jauh berbeda menurut responden laki-laki yaitu 80,5%.

Pada aspek keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan, menurut pasien perempuan sebanyak 52,6% menyatakan sudah responsif, tidak jauh berbeda dengan responden laki-laki yaitu 52,2%.

Dari aspek lama waktu tunggu, berturut-turut menurut responden perempuan dan laki-laki yang beranggapan pelayanannya sudah responsif adalah 64% dan 65,5%.

Persentase responsif aspek komunikasi menurut responden perempuan dan laki-laki hampir sama yaitu 60,2% dan 59,3%.

Dari aspek kenyamanan, juga menggambarkan persentase yang tidak berbeda jauh antara pasien perempuan dan laki-laki, yaitu 47,9% dan 47,8%.

Dari aspek pilihan pasien pada pemberi pelayanan, berturut-turut menurut pasien perempuan dan laki-laki yang beranggapan sudah responsif adalah 21,3% dan 17,7%.

6.3.6. Gambaran aspek responsiveness berdasarkan pendidikan responden

Hasil penelitian tentang aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan menurut pendidikan responden dapat dilihat pada tabel 6.8. Dari tabel terlihat bahwa responden yang berpendidikan tinggi, persentase responsifnya pada semua aspek lebih rendah bila dibandingkan dengan responden yang pendidikannya sedang dan berpendidikan rendah. Berturut-turut adalah gambaran persentase responsif per aspek menurut responden berpendidikan tinggi : aspek keramahan (62,5%), aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan (37,5%), aspek lama waktu tunggu (37,5%), aspek komunikasi (25%), aspek kenyamanan (12,5%) dan pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan kesehatan (0%).

Berikut ini adalah gambaran persentase responsif per aspek menurut responden berpendidikan sedang, yaitu aspek keramahan (81,8%), aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan (57,8%), aspek lama waktu tunggu (61,0%), aspek komunikasi (61,0%), aspek kenyamanan (39,6%) dan aspek pilihan pada pemberi pelayanan (20,9%).

Hasil penelitian pada responden berpendidikan rendah, berturut-turut adalah aspek keramahan (79,8%), aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan (45,7%), aspek lama waktu tunggu (71,3%), aspek komunikasi (60,5%), aspek kenyamanan (62,0%) dan aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan (20,2%).

Tabel 6.8.
Distribusi aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan
Puskesmas Gambir tahun 2009 berdasarkan pendidikan responden

Aspek	Keramahan		Keterlibatan pasien dlm pengambilan keputusan		Lama wkt tunggu		Komunikasi		Kenyamanan		Pilihan pasien thd pemberi pelayanan	
	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%
Pendidikan												
Rendah												
Kurang responsif	26	20,2	70	54,3	37	28,7	51	39,5	49	38,0	103	79,8
Responsif	103	79,8	59	45,7	92	71,3	78	60,5	80	62,0	26	20,2
Menengah												
Kurang responsif	34	18,2	79	42,2	73	39,0	73	39,0	113	60,4	148	79,1
Responsif	153	81,8	108	57,8	114	61,0	114	61,0	74	39,6	39	20,9
Tinggi												
Kurang responsif	3	37,5	5	62,5	5	62,5	6	75,0	7	87,5	8	100
Responsif	5	62,5	3	37,5	3	37,5	2	25,0	1	12,5	0	0

6.3.7. Gambaran aspek responsiveness berdasarkan cara pembiayaan responden

Berdasarkan cara pembiayaannya, dari 324 responden yang diteliti, sebanyak 63 orang masuk dalam kategori gratis dan 261 orang termasuk dalam kategori bayar. Distribusi responden pada aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir terlihat pada tabel 6.9.

Tabel 6.9.
Distribusi aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan
Puskesmas Gambir tahun 2009 berdasarkan cara pembiayaan responden

Aspek	Keramahan		Keterlibatan pasien dlm pengambilan keputusan		Lama wkt tunggu		Komunikasi		Kenyamanan		Pilihan pasien thd pemberi pelayanan	
	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%	jml	%
Cara Biaya												
Gratis												
Tidak responsif	13	20,6	39	61,9	19	30,2	25	39,7	9	14,3	52	82,5
Responsif	50	79,4	24	38,1	44	69,8	38	60,3	54	85,7	11	17,5
Bayar												
Tidak responsif	50	19,2	115	44,1	96	36,8	105	40,2	160	61,3	207	79,3
Responsif	211	80,8	146	55,9	165	63,2	156	59,8	101	38,7	54	20,7

Hasil penelitian yang diperoleh dari responden kategori ini, adalah dari aspek keramahan, responden yang gratis sebanyak 79,40% atau 50 orang menyatakan sudah responsif. Tidak berbeda jauh dengan responden yang membayar (80,80%).

Pelayanan kesehatan rawat jalan dari aspek keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan, hanya 24 responden yang gratis atau 38,10% yang beranggapan bahwa

aspek ini sudah responsif. Lebih banyak responden yang gratis menganggap aspek ini tidak responsif yaitu 39 orang atau 61,9%. Sedangkan hasil penelitian pada responden yang bayar, persentase responsifnya lebih tinggi yaitu 55,90%.

Menurut responden yang gratis, sekitar 69,80% atau 44 orang yang beranggapan bahwa pelayanan kesehatan rawat jalan dari aspek lama waktu tunggu sudah responsif, lebih banyak bila dibandingkan dengan yang tidak responsif (30,2%). Sebanyak 165 atau 63,20% responden yang bayar menyatakan aspek ini sudah responsif. Masih 96 responden atau 36,8% yang masih menganggap aspek ini tidak responsif.

Aspek komunikasi menurut responden yang gratis, sebanyak 60,30% beranggapan sudah responsif, sedangkan menurut responden yang bayar, ada 156 atau sekitar 59,8% yang menilai aspek tersebut sudah responsif.

Pelayanan kesehatan rawat jalan dari aspek kenyamanan, 85,70% atau 54 responden yang gratis mengatakan sudah responsif, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang bayar yaitu 38,70%.

Pelayanan kesehatan rawat jalan dari aspek pilihan pasien pada pemberi pelayanan, terlihat perbedaannya tidak terlalu jauh. Dimana menurut responden yang gratis baru sekitar 17,50% yang menyatakan sudah responsif, dan 20,70% untuk responden yang bayar.

6.4. Analisis bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel independen yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, dan cara pembiayaan dengan variabel dependen yaitu responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir. Hasil analisis ini dapat dilihat pada tabel 6.10.

Dari hasil analisa terlihat bahwa variabel usia dan pendidikan yang mempunyai hubungan dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan Puskesmas Gambir. Sedangkan jenis kelamin dan cara pembayaran responden tidak berhubungan dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan Puskesmas Gambir.

Dari hasil analisa *chi square* terlihat bahwa variabel usia mempunyai hubungan dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan, dimana nilai p-nya adalah 0,011 (lebih kecil dari 0,05).

Variabel pendidikan responden juga mempunyai hubungan dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan, karena dari hasil analisa didapatkan nilai p-nya 0,022 (lebih kecil dari 0,05).

Tidak ada hubungan antara jenis kelamin responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan, dimana nilai $p = 0,279$ (lebih besar dari 0,05). Dari nilai OR diketahui bahwa responden laki-laki lebih rendah responsifnya 0,777 kali jika dibandingkan dengan responden perempuan.

Variabel cara pembiayaan responden tidak ada hubungannya dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan Puskesmas Gambir dimana nilai $p = 0,140$. Dilihat dari nilai OR, responden yang bayar lebih tinggi responsifnya 1,515 kali dibandingkan responden yang gratis.

Tabel 6.10.
 Hasil uji bivariat pada responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan
 Puskesmas Gambir tahun 2009

		Responsif				Parameter	
		Tidak responsif		Responsif		P-Value	Odd Rasio
		n	%	n	%		
Jenis kelamin	perempuan	95	45.0	116	55.0	0.279	0.777 (0.491 sd 1.228)
	Laki-laki	58	51.3	55	48.7		
Usia	18-44 thn	93	49,2	96	50,8	0.011	
	45-54 thn	43	55,8	34	44,2		
	55-64 thn	13	34,2	25	65,8		
	≥65 thn	4	20.	16	80.		
Pendidikan	Rendah	53	41,2	76	58,9	0,022	
	Menengah	93	49,7	94	50,3		
	Tinggi	7	87,5	1	12,5		
Cara pembiayaan	Gratis	35	55.6	28	44.4	0.140	1.515 (0.871 sd 2.637)
	Bayar	118	45.2	143	54.8		

BAB 7

PEMBAHASAN

Pembahasan penelitian disajikan dalam dua pokok bahasan, yaitu bahasan mengenai keterbatasan penelitian dan bahasan mengenai tinjauan hasil penelitian sesuai dengan hasil penelitian.

7.1.Keterbatasan Penelitian

7.1.1.Waktu penelitian

Kelemahan pada rancangan penelitian cross sectional adalah sulitnya menegakkan hubungan sebab akibat karena variabel independen dan variabel dependen diukur secara bersamaan. Akibatnya adalah tidak bisa melihat adanya perubahan pada responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan, yang sifatnya sangat individual dan dapat berubah dari waktu ke waktu. Penelitian ini hanya melihat responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir pada waktu atau periode tertentu dan hanya menggambarkan adanya hubungan antara responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

7.1.2.Pengumpulan data

Penelitian ini dilakukan dengan menganalisa data primer berdasarkan pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner yang telah dibagikan pada sampel penelitian pada bulan November 2009. Pemilihan sampel penelitian dilakukan dengan random, dan apabila tidak sesuai dengan kriteria inklusi, maka sampel penelitian tersebut akan dieksklusi dan digantikan dengan data yang lain yang dipilih secara random. Pertanyaan maupun jawaban yang diberikan oleh responden dalam kuesioner penelitian ini agak tertutup sehingga belum bisa menggambarkan kondisi sebenarnya dari responden dalam menilai responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan. Kebenaran, keakuratan data sangatlah tergantung pada responden itu sendiri.

7.1.3. Pemilihan pasien rawat jalan sebagai sampel penelitian

Puskesmas Kecamatan Gambir merupakan puskesmas tingkat kecamatan yang lebih banyak menyediakan fasilitas rawat jalan. Fasilitas rawat inapnya hanya rumah bersalin dimana jumlah kunjungannya pada tahun 2008 tidak terlalu banyak yaitu 143 orang jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan fasilitas rawat jalan pada tahun 2008 yang mencapai lebih dari 80.000 orang. Sehingga dianggap dapat mewakili populasi penelitian mengenai responsiveness pelayanan kesehatan di Puskesmas Gambir.

7.2. Tinjauan Hasil Penelitian

7.2.1. Distribusi responden

Dari 324 responden, sebanyak 189 orang atau 58,3 persen termasuk dalam kelompok umur dewasa. sebanyak 20 responden atau 6,2% yang berusia lanjut.

Data kependudukan DKI Jakarta menunjukkan jumlah terbesar ada pada kelompok dewasa sekitar 50% dari total penduduk DKI Jakarta. Sedangkan penduduk kelompok lanjut usia jumlahnya 3,5% dari total penduduk.

Hasil survei kesehatan nasional pada tahun 2004, juga menggambarkan persentase jumlah responden yang banyak menggunakan fasilitas puskesmas adalah kelompok dewasa.

Walaupun kunjungan rawat jalan di puskesmas lebih banyak pasien yang dewasa, tetapi justru menimbulkan masalah baru bagi pasien lanjut usia. Mengapa demikian? Karena berdasarkan data BPS (2004), pada abad 21 bangsa Indonesia menghadapi gejala menuanya struktur penduduk, dimana pertumbuhan penduduk lansia di Indonesia diperkirakan lebih cepat dibandingkan negara lainnya. Menurut BPS diperkirakan antara tahun 2005-2010 jumlah penduduk usia lanjut sekitar 19 juta jiwa atau 8,5% dari total penduduk. WHO memprediksi pada tahun 2025, Indonesia akan mengalami peningkatan jumlah lansia sekitar 41,4%, yang merupakan peningkatan tertinggi di dunia. Hal ini menyebabkan Indonesia menduduki peringkat

ke-4 untuk jumlah penduduk lansia terbanyak setelah Cina, India dan Amerika Serikat (Notoatmodjo, 2007).

Seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk lansia, akan menimbulkan masalah baik dari segi kesehatan ataupun kesejahteraan. Apabila tidak mendapat penanganan yang serius, masalah yang timbul akan lebih kompleks baik dari segi fisik, mental dan sosial, sehingga menyebabkan meningkatnya kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan. Dan pelayanan kesehatan untuk para lansia ini tidak hanya rehabilitasi dan kuratif saja, tetapi memerlukan pelayanan kesehatan yang terpadu.

Rendahnya kunjungan rawat jalan bagi pasien lanjut usia, bisa dikarenakan melemahnya fisik penduduk lansia sehingga mereka tidak dapat dengan bebas menggunakan sarana pelayanan kesehatan. Lansia masih banyak tergantung pada orang lain, terutama anaknya ataupun pihak keluarga lainnya (Darmojo, 1999).

Rendahnya jangkauan pelayanan kesehatan untuk penduduk lanjut usia merupakan persoalan tersendiri, yang harus segera menjadi perhatian kita terutama jajaran kesehatan.

7.2.2. Responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan Puskesmas Gambir

Dari hasil penelitian ternyata responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir adalah 52,8%. Masih dibawah hasil Riskesdas Propinsi DKI Jakarta tahun 2007 dimana ketanggapan/responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan DKI Jakarta, termasuk puskesmas, sudah mencapai 70%. Angka inipun masih jauh dibawah standar yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta, yaitu 95%.

Salah satu tujuan sistem kesehatan di Indonesia adalah meningkatkan ketanggapan sistem kesehatan atau responsiveness. Dari Survei Kesehatan Nasional tahun 2004, menempatkan peningkatan responsiveness sebagai prioritas yang ke-2 setelah peningkatan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat pada umumnya menginginkan perubahan pada sistem pelayanan kesehatan, tidak hanya dari sisi medis saja tetapi juga dari sisi non medisnya, yang dilihat dari 6 aspek.

Berdasarkan informasi dari Survei Kesehatan Nasional, dimana peningkatan responsiveness pelayanan kesehatan merupakan prioritas yang ke-2, sudah seharusnya bila puskesmas lebih meningkatkan responsiveness pelayanan kesehatannya. Tujuan jangka pendeknya adalah meningkatkan jumlah kunjungan. Karena dengan pelayanan kesehatan yang lebih responsif, pasien akan merasa puas dan berita tentang puskesmas yang responsif akan cepat tersebar dari mulut ke mulut. Puskesmas tidak perlu mengeluarkan biaya untuk mempromosikan pelayanan kesehatannya. Dengan menjadi puskesmas yang responsif, anggapan buruk masyarakat tentang puskesmas akan hilang dengan sendirinya. Puskesmas pun akan bisa bersaing dengan unit pelayanan kesehatan lainnya. Bila jangkauan pelayanan kesehatan sudah baik, akhirnya tujuan jangka panjang untuk meningkatkan kesehatan akan terwujud.

7.2.3. Gambaran aspek responsiveness pelayanan rawat jalan

Ada 6 aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan yang dinilai dalam penelitian ini yaitu aspek keramahan, aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan, aspek lama waktu tunggu, aspek komunikasi, aspek kenyamanan dan aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan.

Persentase nilai responsifnya mulai dari yang paling besar adalah berturut-turut : aspek keramahan (80,6), aspek lama waktu tunggu (64,5%), aspek komunikasi (59,9%), aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan (52,5%), aspek kenyamanan (47,8%) dan aspek pilihan pada pemberi pelayanan kesehatan (20,1%).

Hasilnya adalah semua aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan ini masih dibawah standar yang ditetapkan Dinkes DKI Jakarta ataupun bila dibandingkan dengan penelitian Riskesdas tahun 2007. 3 aspek yang memiliki persentase responsiveness yang rendah yaitu aspek keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan, aspek komunikasi dan aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan, hampir sama dengan data Survei Kesehatan Nasional/SKRT (2004), dimana ketiga aspek tersebut memiliki tingkat responsiveness yang rendah dibandingkan dengan aspek yang lainnya.

Indikator responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan yang terdiri dari 6 aspek, tidaklah berdiri sendiri. Tetapi saling mendukung. Contohnya bila aspek komunikasi rendah yang ditunjukkan dengan kurangnya penjelasan yang diberikan oleh dokter, akan menyebabkan pasien tidak senang dan tidak puas dengan pelayanan yang diberikan. Karena penjelasan yang diberikan kurang, pasien tidak mengerti tentang sakitnya, dan pasien tidak bisa ikut serta dalam pengambilan keputusan yang pada akhirnya akan menyebabkan aspek keterlibatan juga rendah.

Ada enam pertanyaan dalam menilai aspek keramahan dalam berbicara dan bersikap pada petugas loket, perawat, bidan, dokter, petugas apotik dan petugas laboratorium. Serta tiga pertanyaan mengenai sikap menghargai privasi responden. Kesembilan pertanyaan mendapatkan nilai di atas rata-rata, yang menunjukkan bahwa dari aspek keramahan, petugas di Puskesmas Gambir sudah responsif. Kuesioner no A4 walaupun nilainya di atas rata-rata, tetapi paling rendah diantara yang lainnya, dan menunjukkan aspek keramahan dari petugas loket. Loket menjadi lini paling depan dalam proses pelayanan kesehatan. Petugas loket memang dituntut untuk selalu bersikap ramah dalam melayani pasien. Berdasarkan pengamatan dan pengalaman selama bekerja di puskesmas, kadang-kadang petugas loket kurang sabar dalam melayani pasien. Tapi hal ini tidak sepenuhnya kesalahan dari petugas itu sendiri, namun juga karena sikap dari pasien itu sendiri. Seperti tidak membawa kartu berobat, tidak mau mengantri atau saling berebutan untuk mendaftar. Namun apapun alasannya, sebagai petugas pelayanan kesehatan harus bisa bersikap ramah pada kondisi apapun untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih responsif.

Aspek keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan dinilai berdasarkan tiga pertanyaan yaitu bagaimana dokter/perawat/bidan memberikan penjelasan mengenai tindakan/pengobatan yang akan dilakukan, dan apakah pasien selalu diminta persetujuannya sebelum mendapat tindakan (b1, b2, b3). Nilai yang didapat dari masing-masing pertanyaan tersebut masih dibawah rata-rata. Artinya baik dokter/bidan/perawat dari aspek ini tidak responsif. Masih banyak pasien yang menganggap petugas medis atau paramedis kurang memberikan penjelasan mengenai keuntungan atau kerugian dari setiap tindakan atau pengobatan yang akan diberikan.

Karena kurangnya informasi yang didapat dari petugas dan masih ada pasien yang tidak dimintai persetujuannya untuk dilakukan pemeriksaan, menyebabkan masih rendahnya responsiveness aspek ini.

Persepsi pasien terhadap aspek lama waktu tunggu menempati urutan kedua setelah aspek keramahan. Rata-rata dari tiga pertanyaan yang diberikan, sudah diatas rata-rata batas nilai responsiveness pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Sehingga aspek ini sudah responsif walaupun masih dibawah standar.

Terdapat enam pertanyaan dalam menilai aspek komunikasi, yaitu masing-masing 2 pertanyaan untuk dokter, bidan dan perawat mengenai bagaimana mereka mendengarkan keluhan pasiennya dan cara memberikan penjelasan. Pasien menganggap dokter dan bidan sudah responsif dengan caranya mendengarkan keluhan pasiennya. Hasil ini bisa dilihat dari pertanyaan d1 dan d3, dimana masing-masing rata-ratanya sudah diatas 2,7998. Sedangkan pasien menilai perawat tidak responsif karena perawat tidak mendengarkan keluhan mereka dengan penuh perhatian (rata-rata d3<2,7998). Untuk cara petugas memberikan penjelasan kepada pasien sudah responsif. Walaupun masing-masing pertanyaan sudah hampir responsif semua, namun secara keseluruhan aspek komunikasi ini masih rendah (59,9%). Berarti cara komunikasi petugas kesehatan belum cukup baik. Dikatakan berhasil suatu komunikasi bila terjadi interaksi yang seimbang diantara keduanya, sehingga informasi dari masing-masing pihak akan diterima dengan baik.

Aspek yang tidak kalah penting dengan yang lainnya adalah aspek kenyamanan. Berdasarkan dari penelitian yang dilakukan, aspek ini baru 47,8% pasien yang menganggapnya responsif. Kebersihan puskesmas dan lingkungannya yang masih kurang serta fasilitas kamar mandi yang belum nyaman menjadi faktor penyebab rendahnya aspek ini. Untuk kebersihan puskesmas dan lingkungannya menjadi kendala tersendiri di puskesmas ini. Puskesmas Gambir merupakan salah satu puskesmas yang mempunyai fasilitas terapi rumanan metadon. Walaupun fasilitas ini ada di lantai bawah dan terpisah dengan poli lainnya yang ada di lantai dua, tetapi masih dalam satu lingkungan puskesmas. Seperti yang kita ketahui, pengguna fasilitas ini adalah pemakai narkoba, dimana seringkali tingkah laku mereka kurang

terkontrol, seperti merokok sembarangan, membuang sampah dimana saja, bergerombol dalam beberapa kelompok. Kondisi ini ikut andil dalam ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pengguna pelayanan kesehatan lainnya.

Aspek yang paling rendah adalah aspek pilihan pasien terhadap pemberi pelayanan kesehatan yaitu 20,1%. Dalam hal ini pasien tidak bisa menentukan pilihannya baik itu pada dokter, bidan ataupun perawat. Dari penelitian yang dilakukan oleh WHO (2005), kebanyakan negara berkembang masih menganggap pilihan terhadap penyedia pelayanan kesehatan masih merupakan sesuatu yang mewah dan mahal, dan masih kurangnya sumber daya manusia yang kompeten dibidangnya dalam hal ini tentunya dalam bidang kesehatan. Di Puskesmas Gambir, memang tidak memungkinkan pasien untuk memilih dokter ataupun petugas lainnya sesuai dengan keinginan mereka. Beberapa penyebabnya antara lain, yaitu :

- Tidak adanya kesempatan bagi pasien untuk menentukan pilihannya, karena memang alur pelayanannya yang tidak memungkinkan. Dimana pasien setelah diperiksa oleh perawat akan langsung diarahkan ke dokter yang sedang tidak ada pasiennya, dan begitu seterusnya
- Banyaknya program yang ada di puskesmas, sedangkan jumlah petugas terbatas, sehingga satu petugas bisa merangkap beberapa program. Akibatnya adalah seringkali di poli hanya ada satu dokter dan satu perawat, sehingga tidak memungkinkan pasien untuk bisa memilih

Walaupun menurut penelitian yang ada menyediakan pilihan terhadap pemberi pelayanan sesuatu yang masih jarang dilakukan terutama di unit-unit pelayanan kesehatan milik pemerintah, namun tidak ada salahnya bila aspek ini lebih diperhatikan sehingga akan meningkatkan responsiveness pelayanan kesehatan secara menyeluruh, dan bisa bersaing dengan unit pelayanan kesehatan lainnya.

7.2.4. Gambaran responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan berdasarkan karakteristik dan cara pembayaran responden

Berdasarkan pengalamannya, sebanyak 16 pasien lanjut usia atau 80% melaporkan bahwa pelayanan kesehatan yang diterimanya sudah responsif, hanya 4 pasien lanjut usia yang melaporkan tidak responsif. Dari kelompok usia yang lebih muda, terutama kelompok usia pertengahan umur, hanya 44,2% yang melaporkan pelayanan kesehatannya sudah responsif. Hasil penelitian ini sesuai dengan survei yang pernah dilakukan oleh WHO (2005), yaitu pasien yang berusia tua lebih banyak melaporkan sudah responsifnya pelayanan kesehatan rawat jalan dibandingkan dengan pasien yang berusia lebih muda. Walaupun pada usia tua terjadi kemerosotan secara fisik, namun di sisi lain mereka juga unggul dalam pengalaman hidupnya. Usia akan menentukan kemampuan seseorang untuk bekerja termasuk bagaimana merespon stimulus atau rangsangan dari lingkungan atau pihak lainnya (Robbins, 2008). Sehingga ketika mereka berinteraksi dengan proses pelayanan kesehatan, mereka akan lebih bijaksana dalam menyikapinya.

Pasien perempuan melaporkan pelayanan kesehatan yang dialaminya sudah responsif yaitu 55%, lebih tinggi dibandingkan dengan pasien laki-laki yang jumlahnya hanya 48,7%. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh WHO (2005) yaitu pasien perempuan lebih banyak yang melaporkan sudah responsifnya pelayanan kesehatan berdasarkan pengalamannya dibandingkan dengan pasien laki-laki. Sifat perempuan yang lebih sabar, lebih pengertian dan lebih bisa bekerja sama bisa menjelaskan kenapa mereka lebih banyak menganggap pelayanan kesehatannya sudah responsif (Robbins, 2008). Ketika mereka mengalami hal-hal yang kurang menyenangkan dalam pelayanan kesehatan, pasien perempuan cenderung memakai sifat keibuannya, untuk memaklumi apa yang terjadi. Menanggapi hal tersebut dengan sabar. Berbeda dengan pasien laki-laki dimana mereka akan langsung bereaksi dengan keras, merasa paling benar, bila mengalami kejadian yang kurang menyenangkan. Sesuai dengan sifatnya yang cenderung dominan, aktif, lebih percaya diri, dan mempunyai keyakinan yang tinggi (Robbins, 2008).

Dari hasil penelitian ternyata hanya 12,5% pasien berpendidikan tinggi yang melaporkan sudah responsifnya pelayanan kesehatan rawat jalan di puskesmas ini.

Sangat berbeda dengan hasil pada pasien yang berpendidikan rendah, yaitu sebanyak 58,9% sudah menganggap responsif pelayanan kesehatan yang dialaminya. WHO (2005) pun memberikan kesimpulan yang sama yaitu pasien berpendidikan rendah lebih banyak melaporkan responsifnya pelayanan kesehatan dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan lebih tinggi. Konsep dasar pendidikan adalah proses belajar dimana terjadi proses pertumbuhan, perkembangan ataupun perubahan kearah yang lebih baik dan lebih matang dari seseorang (Notoatmodjo, 2007). Berangkat dari konsep ini, maka dapat diasumsikan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka orang tersebut akan mempunyai wawasan yang lebih luas, lebih matang dalam bertindak, semakin banyak tahu tentang apa yang terjadi di sekitarnya. Sehingga kebanyakan pasien yang berpendidikan tinggi akan lebih banyak tuntunan pada pelayanan kesehatan. Saat tuntutannya tidak terpenuhi, maka mereka akan menganggap bahwa pelayanan kesehatan yang diterimanya tidak responsif.

Hasil penelitian yang telah dilakukan di puskesmas ini, pasien yang cara pembiayaannya gratis persentase responsifnya lebih sedikit dibandingkan pasien yang membayar. Hanya 44,4% pasien yang gratis yang melaporkan bahwa pelayanan kesehatannya sudah responsif. Sedangkan pasien yang bayar, jumlahnya lebih banyak yaitu 54,8%. Penelitian yang pernah dilakukan di sebuah rumah sakit, menggambarkan kondisi yang sama dimana 73,5% pasien yang gratis menyatakan ketidakpuasannya terhadap pelayanan kesehatan lebih banyak dibandingkan pasien yang membayar sendiri, yaitu 68,6% (Sumampow, 2003). Hasil ini menunjukkan masih adanya perlakuan yang berbeda pada pasien yang gratis.

7.3. Hubungan antara usia responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan Puskesmas Gambir

Hasil uji statistik memperlihatkan adanya hubungan antara responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan dengan usia responden, dengan tingkat kemaknaan p value = 0,011. Dari hasil penelitian tersebut menunjukkan semakin tua usia responden akan semakin responsif terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya. Dengan bertambahnya usia seseorang, dari segi fisik mereka memang mengalami

kemunduran. Tapi dari sisi kematangan jiwa dan pengalaman hidupnya, mereka mempunyai nilai lebih dibandingkan dengan pasien yang berusia lebih muda. Mereka akan lebih mampu menyikapinya dengan lebih bijaksana terhadap kejadian-kejadian di sekitarnya. Hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Brocklehurst dan Allen (1987), bahwa salah satu tipe dari orang lansia secara psikologik adalah tipe konstruktif. Orang lansia dengan tipe ini mempunyai integritas baik, dapat menikmati hidupnya, mempunyai toleransi yang tinggi, lebih luwes dan tahu diri.

Penelitian ini hasilnya sesuai dengan penelitian beberapa pakar. Karakteristik usia pasien merupakan determinan yang paling konsisten, dimana dari data evidence di banyak negara, pasien tua lebih cenderung merasa puas dibandingkan pasien yang lebih muda (Houts et al,1986; Blancard et al,1990; Zahr et al,1991).

Penelitian yang dilakukan di Inggris, menemukan bahwa pasien yang lebih tua yang datang ke pelayanan kesehatan, tidak terlalu kritis dan mempunyai harapan yang sangat besar terhadap pelayanan kesehatannya (Salvage et al, 1988). Pasien yang lebih tua sejauh ini juga mempunyai rasa puas yang lebih tinggi pada semua aspek dibandingkan pasien muda atau pasien umur pertengahan (Williams and Calnan, 1991).

Jadi hasil penelitian ini dapat membuktikan hipotesis bahwa ada hubungan antara usia responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan yang ditunjukkan dengan p value = 0,011.

7.4. Hubungan antara jenis kelamin responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan Puskesmas Gambir

Hasil uji statistik memperlihatkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan, karena p valuenya tidak signifikan yaitu 0,279. Dilihat dari nilai OR, diketahui bahwa responden laki-laki lebih rendah responsifnya 0,777 kali jika dibandingkan dengan responden perempuan. Lebih responsifnya responden perempuan, karena pada dasarnya perempuan memiliki sifat penuh pengertian terhadap lingkungan ataupun orang-orang sekitarnya. Biasanya pasien perempuan akan lebih mudah untuk diajak

bekerjasama dalam kegiatan pelayanan kesehatan dan juga mereka mempunyai sifat lebih sabar dalam menghadapi permasalahan yang timbul. Berbeda dengan sifat laki-laki yang pada umumnya mereka lebih senang untuk berdiri sendiri, mempunyai kekuasaan dan kepercayaan diri yang lebih dari perempuan, selalu yakin pada dirinya, dan biasanya mereka lebih aktif.

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya, seperti yang dilakukan oleh Doering (1983), Delgado et al (1993), Hopton et al (1993), bahwa secara umum jenis kelamin pasien tidak berpengaruh terhadap nilai kepuasan pasien. Kesimpulan yang sama juga dikemukakan oleh Hall dan Dornan (1990). Penelitian lain yang dilakukan oleh Khayat dan Salter (1994), melaporkan bahwa pasien laki-laki secara signifikan lebih puas pada dokter praktek umum dibandingkan dengan pasien perempuan.

Hasil penelitian ini tidak dapat membuktikan hipotesis yang menyatakan adanya hubungan antara jenis kelamin responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan, karena $p\text{-value} = 0,279$.

7.5. Hubungan antara pendidikan responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan Puskesmas Gambir

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan, dimana p valuenya 0,022. Semakin tinggi pendidikan responden akan semakin tidak responsif terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya. Pasien yang berpendidikan tinggi, mereka akan lebih banyak mengetahui tentang kejadian yang ada di sekitarnya, lebih cepat tanggap dan lebih matang karena proses belajar mereka lebih lama dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Dengan luasnya wawasan mereka, maka tuntutan terhadap pelayanan kesehatan juga tinggi. Ketika apa yang mereka alami tidak sesuai dengan tuntutannya, maka mereka akan kecewa dan menganggap pelayanan kesehatan tersebut tidak responsif.

Tingkat pendidikan pasien berpengaruh terhadap nilai kepuasan, dimana pendidikan tinggi berhubungan dengan rendahnya kepuasan pasien. Penelitian ini

dikemukakan oleh Hall dan Dornan (1990) dan data evidencenya lebih banyak berasal dari Amerika Serikat. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Andersen dan Zimmerman (1993), menemukan bahwa tingkat pendidikan signifikan berhubungan dengan kepuasan pasien hanya dari segi berkonsultasi di dua klinik Michigan, dimana pasien yang berpendidikan rendah lebih puas terhadap konsultasi yang dilakukan. Sejauh ini, di Inggris tidak ada data yang bagus yang bisa mendukung determinan ini.

Penelitian ini didukung oleh Gani (1981) bahwa tingkat pendidikan yang tinggi mempengaruhi masyarakat untuk mencari pelayanan kesehatan yang lebih canggih dan modern.

Pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan tentang kesehatan. Dimana seseorang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih tinggi mempunyai tingkat pengetahuan kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang tingkat pendidikan formalnya lebih rendah (Zschokh, 1979).

Menurut Sorkin (1975) dan Feldstein (1988), pendidikan juga mempengaruhi demand terhadap pelayanan kesehatan. keluarga dengan tingkat pendidikan lebih tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mengenal gejala awal penyakit dan akan mencari pengobatan sedini mungkin. Sehingga keluarga yang demikian akan lebih efisien dalam mencari dan menggunakan pelayanan pengobatan. Akhirnya mereka akan lebih banyak menggunakan pelayanan pencegahan.

Hasil penelitian ini dapat membuktikan hipotesis adanya hubungan antara pendidikan responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan. Hal ini ditunjukkan dengan $p\text{-value} = 0,022$.

7.6. Hubungan antara cara pembiayaan responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan

Hasil uji statistik yang dilakukan dalam penelitian ini, ternyata tidak ada hubungan antara cara pembiayaan responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan, dimana $p\text{ value} = 0,140$. Nilai OR yang didapat adalah 1,515,

artinya responden yang bayar lebih responsif 1,515 kali dibandingkan responden yang gratis.

Dalam penelitian ini yang termasuk pasien yang cara pembiayaan gratis adalah pasien yang mempunyai kartu Gakin (Keluarga Miskin), kartu SKTM, kader dan usia lanjut. Dalam pembahasannya, pasien yang gratis ini akan dimasukkan dalam kelompok sosial ekonomi rendah dan pasien yang membayar dimasukkan dalam kelompok sosial ekonomi lebih tinggi. Kriteria ini tetap disesuaikan dengan kondisi pasien di puskesmas dimana pasien yang berkunjung kebanyakan berasal dari golongan ekonomi bawah.

Menurut Hall dan Dornan (1990), hubungan antara kepuasan dengan status sosial ekonomi tidak konsisten, karena masalah yang menyangkut variabel sosial ekonomi tidak mudah untuk dapat disimpulkan. Khayat dan Salter (1994), menemukan beberapa hubungan antara status sosial ekonomi dengan ketidakpuasan dalam studi yang dilakukan pada praktek dokter umum. Contohnya adalah pasien dengan status sosial ekonomi tinggi mendapatkan waktu yang lebih lama untuk berkonsultasi dibandingkan pasien dengan status sosial ekonomi rendah.

Dalam penelitian ini, pasien yang membayar, yang dimasukkan dalam status sosial lebih tinggi, memang lebih responsif dibandingkan pasien yang cara pembayarannya gratis.

Jadi hasil penelitian ini tidak dapat membuktikan hipotesis bahwa ada hubungan antara cara pembiayaan responden dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Dari uraian hasil penelitian dengan segala keterbatasannya dan melihat tujuan dari penelitian ini yaitu dapat dicapainya responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir dan untuk mengetahui hubungan antara faktor-faktor karakteristik pasien dengan responsiveness, maka dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir masih terhitung rendah. Baru 52,8% atau 171 responden yang menganggap pelayanan kesehatan rawat jalannya sudah responsif. Sedangkan sisanya 153 responden atau 47,2% masih menganggapnya tidak responsif. Aspek responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan yang dicapai untuk masing-masing aspek juga rendah, berturut-turut adalah pilihan pasien pada pemberi pelayanan (20,10%), kenyamanan (47,80%), keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan (52,50%), komunikasi (59,90%), lama waktu tunggu (64,50%) dan keramahtamahan (80,60%).
2. Responden yang berusia lanjut, lebih tinggi persentase yang menganggap bahwa pelayanan kesehatan yang diterimanya sudah responsif, yaitu 80%, hanya 20% yang melaporkan tidak responsif. Dari kelompok usia yang lebih muda, terutama kelompok usia pertengahan umur, baru 44,2% yang menilai pelayanan kesehatannya sudah responsif, dan 55,8% masih menilainya tidak responsif.

Responden perempuan yang menganggap pelayanan kesehatan rawat jalan sudah responsif adalah sebesar 55,0% lebih tinggi jumlahnya bila dibandingkan dengan pasien laki-laki yaitu 48,7%.

Hanya 12,5% responden yang berpendidikan tinggi yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatannya sudah responsif. Responden yang berpendidikan

rendah, lebih banyak yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang dialaminya sudah responsif yaitu 58,9%.

Responden yang cara pembiayaannya gratis persentase responsifnya lebih kecil bila dibandingkan dengan pasien yang membayar. Hanya 44,4% pasien yang gratis yang melaporkan bahwa pelayanan kesehatannya sudah responsif. Sedangkan pasien yang bayar, jumlahnya lebih banyak yaitu 54,8%.

3. Karakteristik responden yang ada hubungannya dengan responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan adalah usia dan pendidikan. Semakin tua usia responden, semakin responsif pelayanan kesehatannya, sebaliknya semakin muda usia responden semakin tidak responsif. Untuk karakteristik pendidikan, semakin tinggi pendidikan responden maka semakin tidak responsif pelayanan kesehatannya menurut mereka, kebalikannya yaitu semakin rendah pendidikan responden semakin responsif anggapan terhadap pelayanan kesehatannya.

8.2. Saran

Untuk dapat mencapai responsiveness pelayanan kesehatan rawat jalan di Puskesmas Gambir, maka perlu dilakukan upaya-upaya sebagai berikut, yaitu :

1. Selalu menjaga kekompakkan dan kerjasama diantara sesama petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasiennya
2. Lebih mengoptimalkan lagi seluruh petugas yang ada, dengan pembagian tugas yang lebih jelas, dan pengaturan jadwal seefektif mungkin, sehingga tidak mengganggu pelayanan kesehatan rawat jalan
3. Agar tidak mengganggu pelayanan kesehatan, sebaiknya rapat yang memerlukan kehadiran dokter dilaksanakan setelah jam pelayanan.
4. Meningkatkan kenyamanan dengan pengaturan fasilitas yang sudah ada, sesuai dengan ruangnya. Pembagian tugas yang jelas untuk petugas kebersihannya dan selalu menekankan kepada mereka untuk selalu bekerja

dengan baik. Diharapkan juga petugas puskesmas ikut mendukung dan menjaga kebersihan puskesmas dan lingkungannya.

5. Perlu meningkatkan aspek komunikasi dan keramahan, dengan mengikuti seminar mengenai komunikasi kesehatan, untuk meningkatkan ketrampilan para petugas di Puskesmas Gambir baik petugas medis, paramedis maupun non medis. Sehingga mereka mampu dan tahu bagaimana cara berbicara dan bersikap menghadapi setiap pasiennya.
6. Lebih meluangkan waktu untuk pasien, dengan memberikan informasi yang jelas dan memberikan pasien kesempatan untuk bertanya secara rinci tentang apa yang sudah dijelaskan ataupun tentang keluhannya.
7. Membuat SOP tentang waktu yang harus dipenuhi dokter dalam pelayanannya kepada pasien.
8. Proses pendaftaran sampai pasien selesai mendapatkan pelayanan kesehatan, agar dibuat lebih efektif lagi sehingga pasien tidak merasa dipersulit.
9. Untuk selanjutnya, perlu dilakukan penelitian tentang aspek responsiveness yang paling dominan atau yang paling dianggap penting oleh masyarakat, terutama pengguna pelayanan kesehatan.
10. Seperti yang sudah banyak diterapkan di rumah sakit swasta, puskesmas perlu membuat suatu sistem jaringan informasi, dan bekerjasama dengan pihak ketiga misalnya dengan institusi pendidikan teknik informatika.

DAFTAR PUSTAKA

- Alan, Sorkin L. *Health Economics*. Massachusetts: Lexington Books, 1975.
- Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara, 1996.
- Azwar, Azrul. *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: IDI, 1994.
- Budiarto. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC, 2004.
- Boedhi-Darmojo, R., dan H. Hadi Martono. *GERIATRI*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, 1999.
- Darby, Charles, et al. *Strategy on Measuring Responsiveness*. WHO, 1995.
- De Silva, Amala. *Framework for Measure Responsiveness*. WHO, 2000.
- De Silve, Amala, dan Nicole Valentine. *Measuring Responsiveness: Result of A Key Informants Survey in 35 Countries*. WHO, 1999.
- Dieter, Zschok K. *Health Care Financing in Developing Countries*. Washington: American Public Health Association International Health Programs, 1979.
- Duncan, W. Jack, dan Peter M. Ginter. *Strategic Management of Health Care Organization Second Audition*. USA: Blackwell Publishers Ltd., 1995.
- Ernawati. (1995). *Hubungan Karakteristik Pasien dengan Utilisasi serta Persepsi Pasien tentang Pelayanan Unit Rawat Inap RSUD Karawang*, (Tesis) KARS.
- Feldstein, Paul J. *Health Care Economics*. United States: John Wiley & Sons, Inc., 1979.
- Gibson, et al. *Organisasi Perilaku, Struktur dan Proses*. Trans. Djarkasih. Jakarta: Penerbit Erlangga, 1993. Trans. of *Organizations*, 1985.
- Hastono, Sutanto P. *Analisis Data Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, 2007.
- Harris-Kojetin, Lauren D., et al. *The Use of Cognitive testing to Develop and Evaluate CAHPSTM 1.0 Core Survey Items*. WHO, 1999.
- Hays, Ron D., et al. *Psychometric Properties of the CAHPSTM 1.0 Survey Measures*. WHO, 1999.

- Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan*. Jakarta: Bakti Husada, 2003.
- Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Bakti Husada, 2006.
- Kotler, Philip, dan Roberta N. Clarke. *Marketing for Health Care Organizations*. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1987.
- Laporan Tahunan tentang Pelaksanaan Tugas Pokok dan Fungsi Puskesmas Kecamatan Gambir*. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2008.
- Lemeshow, Stanley, et al. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. World Health Organization, 1990.
- Muchlas, M. *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press, 2008.
- Notoatmojo, Soekidjo. *Kesehatan Masyarakat Ilmu & Seni*. Jakarta: Rineka Cipta, 2007.
- Notoatmojo, Soekidjo. *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta, 2007.
- Parasuraman, et al. *Delivering Quality Service*. New York: The Free Press, 1990.
- Pedoman Kemitraan Lintas Sektor dalam Pembinaan Lanjut Usia*. Jakarta: Bakti Husada, 2006.
- Pedoman Pengelolaan Kegiatan Kesehatan di Kelompok Usia Lanjut*. Jakarta: Bakti Husada, 2002.
- Pradono, Julianty, et al. *Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2004 Vol.3*. Jakarta: Bakti Husada, 2005.
- Prasetyo, B., et al. *Metodologi Penelitian Kuantitatif : Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Raja Grafindo Perkasa, 2007.
- Robbins, *Perilaku Organisasi*, Trans. Benjamin Molan. Jakarta : PT Indeks, 2008
- Sabri, Luknis, dan Sutanto P. Hastono. *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada, 2006.
- Sitzia, John, dan Neil Wood. *Patient Satisfaction: A Review of Issues and*

Concepts. WHO, 1998.

Sumampow, Pingkan Ratna V. *Analisa Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan Poli Anak RSAL Dr. Mintohardjo Jakarta Mei 2003.* FKM UI, 2003.

Survey Kepuasan Pelanggan Puskesmas Kecamatan Gambir Periode Juni 2009. Puskesmas Kecamatan Gambir, Jakarta, 2009.

Wijono, Djoko. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Vol. 1.* Surabaya: Airlangga University Press, 2000.



KUESIONER PENELITIAN

Bapak/ibu/saudara yang saya hormati.

Dalam rangka penelitian tesis pada program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan, saya bermaksud mengadakan penelitian tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Responsiveness Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan di Puskesmas Gambir. Selain untuk kepentingan akademis, diharapkan hasil penelitian ini dapat bermanfaat terutama bagi pasien/pengguna pelayanan kesehatan di puskesmas dan Puskesmas Gambir.

Untuk itu saya mohon kesediaan bapak/ibu/saudara untuk mengisi kuesioner ini sesuai dengan pengalaman yang bapak/ibu/saudara alami sewaktu mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas ini. Bapak/ibu/saudara tidak perlu takut atau ragu-ragu untuk mengisi kuesioner ini, karena tidak ada jawaban yang salah atau benar.

Setiap jawaban yang diberikan merupakan bantuan yang sangat berarti bagi penelitian ini.

Atas partisipasi dan bantuan bapak/ibu/saudara, saya mengucapkan terima kasih.

Salam hormat

Identifikasi

No responden :

Umur : tahun

Jenis kelamin : perempuan laki-laki

Pendidikan terakhir : SD SMP SMA Dan lain-lain(sebutkan)

Jenis pembiayaan : Bayar gratis

(Lanjutan)

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Kadang kadang	Biasanya	Selalu
A					
1	Dalam 6 bulan terakhir, ketika anda berobat di puskesmas ini, apakah dokter melayani anda atau mengobati anda dengan ramah ketika berbicara ataupun dalam sikapnya ?				
2	Dalam 6 bulan terakhir, ketika anda berobat di puskesmas ini, apakah perawat melayani anda atau mengobati anda dengan ramah ketika berbicara ataupun dalam sikapnya ?				
3	Dalam 6 bulan terakhir, ketika anda berobat di puskesmas ini, apakah bidan melayani anda atau mengobati anda dengan ramah ketika berbicara ataupun dalam sikapnya ?				
4	Dalam 6 bulan terakhir, apakah petugas loket atau pendaftaran di puskesmas melayani anda dengan ramah?				
5	Dalam 6 bulan terakhir, apakah petugas apotik di puskesmas melayani anda dengan ramah?				
6	Dalam 6 bulan terakhir, apakah petugas laboratorium di puskesmas melayani anda dengan ramah?				
7	Dalam 6 bulan terakhir, ketika dokter melakukan pemeriksaan fisik atau pengobatan pada anda, apakah dilakukan di tempat yang tertutup sehingga anda merasa nyaman atau tidak merasa malu ?				
8	Dalam 6 bulan terakhir, ketika perawat melakukan pemeriksaan fisik atau pengobatan pada anda, apakah dilakukan di tempat yang tertutup sehingga anda merasa nyaman atau tidak merasa malu ?				
9	Dalam 6 bulan terakhir, ketika bidan melakukan pemeriksaan fisik atau pengobatan pada anda, apakah dilakukan di tempat yang tertutup sehingga anda merasa nyaman atau tidak merasa malu ?				

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Kadang kadang	Biasanya	Selalu
B 1	Dalam 6 bulan terakhir, seberapa seringkah dokter melibatkan anda atau menanyakan kepada anda, sebanyak yang anda inginkan, sebelum dokter mengambil keputusan tentang pengobatan atau tes kesehatan (pemeriksaan EKG atau laboratorium) yang akan anda jalani ?				
2	Dalam 6 bulan terakhir, seberapa seringkah bidan, melibatkan anda atau menanyakan kepada anda, sebanyak yang anda inginkan, sebelum bidan mengambil keputusan tentang pengobatan yang akan anda jalani ?				
3	Dalam 6 bulan terakhir, seberapa seringkah perawat, melibatkan anda atau menanyakan kepada anda, sebanyak yang anda inginkan, sebelum perawat melakukan pemeriksaan kepada anda ?				

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
C 1	Dalam 6 bulan terakhir, apakah anda pernah mengalami kecelakaan atau penyakit yang parah yang perlu penanganan dengan segera atau tindakan yang cepat dari puskesmas ini ?		(langsung ke no 3)

No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Kadang kadang	Biasanya	Selalu
C 2	Dalam 6 bulan terakhir, ketika anda membutuhkan penanganan dengan segera atau tindakan yang cepat, seberapa seringkah anda mendapatkannya dengan cepat begitu anda sampai di puskesmas ini, seperti yang anda inginkan ?				

(Lanjutan)

No	Pertanyaan	Sangat buruk ≥ 2 jam / <15 mnt	Buruk Antara 1 - 2 jam	Bagus Antara 0,5 - 1 jam	Sangat bagus Antara 15-30 menit
C 3	Dalam 6 bulan terakhir, berapa lamakah waktu yang anda butuhkan mulai dari loket pendaftaran, mendapatkan pengobatan sampai anda mendapatkan obat di apotik (tanpa pemeriksaan laboratorium) ?				

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Kadang kadang	Biasanya	Selalu
D 1	Dalam 6 bulan terakhir, seberapa seringkah dokter, mendengarkan keluhan tentang penyakit anda dengan penuh perhatian ?				
2	Dalam 6 bulan terakhir, seberapa seringkah perawat mendengarkan keluhan tentang penyakit anda dengan penuh perhatian ?				
3	Dalam 6 bulan terakhir, seberapa seringkah bidan mendengarkan keluhan tentang penyakit anda dengan penuh perhatian ?				
4	Dalam 6 bulan terakhir, seberapa seringkah dokter, memberikan penjelasan tentang keluhan atau penyakit anda sampai anda benar-benar mengerti ?				
5	Dalam 6 bulan terakhir, seberapa seringkah perawat, memberikan penjelasan tentang keluhan atau penyakit anda sampai anda benar-benar mengerti ?				
6	Dalam 6 bulan terakhir, seberapa seringkah bidan, memberikan penjelasan tentang keluhan atau penyakit anda sampai anda benar-benar mengerti ?				

(Lanjutan)

No	Pertanyaan	Sangat buruk	Buruk	Cukup bagus	Bagus	Sangat bagus
E 1	Dalam 6 bulan terakhir, bagaimana anda menilai kondisi dari ruang tunggu, misalnya susunan tempat duduknya, kursinya, sirkulasi udaranya ?					
2	Dalam 6 bulan terakhir, bagaimanakah anda menilai kebersihan semua tempat di puskesmas termasuk halamannya ?					
3	Menurut anda, bagaimana anda menilai fasilitas kamar mandi di puskesmas (apakah bersih, apakah tidak berbau, apakah airnya mengalir dan bersih)?					

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Kadang kadang	Biasanya	Selalu
F 1	Apakah anda pernah memilih dokter sesuai keinginan anda, untuk memeriksa dan mengobati keluhan atau penyakit anda?				
2	Apakah anda pernah memilih bidan sesuai keinginan anda, untuk memeriksa dan mengobati keluhan atau penyakit anda?				
3	Apakah anda pernah memilih perawat sesuai keinginan anda, untuk memeriksa dan mengobati keluhan atau penyakit anda?				

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Responsive
N		324
Normal Parameters(a,b)	Mean	2.7998
	Std. Deviation	.46805
Most Extreme Differences	Absolute	.055
	Positive	.055
	Negative	-.054
Kolmogorov-Smirnov Z		.985
Asymp. Sig. (2-tailed)		.287

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Untuk menentukan katagori responsive atau tidaknya pelayanan yang diberikan oleh puskesmas terlebih dahulu digunakan uji normalitas data untuk menentukan cut of point. Dari hasil uji didapat p-value 0.287 yang berarti bahwa data terdistribusi normal, maka penentuan cut of point digunakan nilai rata-rata. Nilai rata-rata dari skor responsiveness puskesmas dari 324 responden adalah 2.7998 sehingga yang memiliki nilai kurang dari 2.7998 termasuk katagori Kurang Responsive dan yang lebih besar termasuk dalam Katagori Responsive.

Descriptive statistics responsiveness

N	Valid	324
	Missing	0
Mean		2.7998
Median		2.8333
Minimum		1.44
Maximum		4.00

Responsiveness

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Responsive	153	47.2	47.2	47.2
Responsive	171	52.8	52.8	100.0
Total	324	100.0	100.0	

Keramahtamahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Responsive	63	19.4	19.4	19.4
Responsive	261	80.6	80.6	100.0
Total	324	100.0	100.0	

Keterlibatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Responsive	154	47.5	47.5	47.5
Responsive	170	52.5	52.5	100.0
Total	324	100.0	100.0	

Waktu tunggu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Responsive	115	35.5	35.5	35.5
Responsive	209	64.5	64.5	100.0
Total	324	100.0	100.0	

(Lanjutan)

Komunikasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Responsive	130	40.1	40.1	40.1
	Responsive	194	59.9	59.9	100.0
	Total	324	100.0	100.0	

Kenyamanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Responsive	169	52.2	52.2	52.2
	Responsive	155	47.8	47.8	100.0
	Total	324	100.0	100.0	

Pilihan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Responsive	259	79.9	79.9	79.9
	Responsive	65	20.1	20.1	100.0
	Total	324	100.0	100.0	

(lanjutan)

Distribusi aspek responsiveness berdasarkan karakteristik responden

			Tidak Responsif		Responsif		
			Count	%	Count	%	
Jenis kelamin	Perempuan	Keramahtamahan	41	19.4%	170	80.6%	
		Keterlibatan	100	47.4%	111	52.6%	
		Waktu tunggu	76	36.0%	135	64.0%	
		Komunikasi	84	39.8%	127	60.2%	
		Kenyamanan	110	52.1%	101	47.9%	
		Pilihan	166	78.7%	45	21.3%	
	Laki-laki	Keramahtamahan	22	19.5%	91	80.5%	
		Keterlibatan	54	47.8%	59	52.2%	
		Waktu tunggu	39	34.5%	74	65.5%	
		Komunikasi	46	40.7%	67	59.3%	
		Kenyamanan	59	52.2%	54	47.8%	
		Pilihan	93	82.3%	20	17.7%	
	Usia responden	<= 44 thn	Keramahtamahan	36	19.0%	153	81.0%
			Keterlibatan	75	39.7%	114	60.3%
			Waktu tunggu	76	40.2%	113	59.8%
			Komunikasi	72	38.1%	117	61.9%
			Kenyamanan	119	63.0%	70	37.0%
			Pilihan	150	79.4%	39	20.6%
45 sd 54 thn		Keramahtamahan	20	26.0%	57	74.0%	
		Keterlibatan	49	63.6%	28	36.4%	
		Waktu tunggu	22	28.6%	55	71.4%	
		Komunikasi	38	49.4%	39	50.6%	
		Kenyamanan	32	41.6%	45	58.4%	
		Pilihan	65	84.4%	12	15.6%	
55 sd 64 thn		Keramahtamahan	6	15.8%	32	84.2%	
		Keterlibatan	23	60.5%	15	39.5%	
		Waktu tunggu	10	26.3%	28	73.7%	
		Komunikasi	12	31.6%	26	68.4%	
		Kenyamanan	10	26.3%	28	73.7%	
		Pilihan	29	76.3%	9	23.7%	
>= 65 thn	Keramahtamahan	1	5.0%	19	95.0%		
	Keterlibatan	7	35.0%	13	65.0%		
	Waktu tunggu	7	35.0%	13	65.0%		
	Komunikasi	8	40.0%	12	60.0%		
	Kenyamanan	8	40.0%	12	60.0%		
	Pilihan	15	75.0%	5	25.0%		
Pendidikan	Rendah	Keramahtamahan	26	20.2%	103	79.8%	
		Keterlibatan	70	54.3%	59	45.7%	
		Waktu tunggu	37	28.7%	92	71.3%	
		Komunikasi	51	39.5%	78	60.5%	
		Kenyamanan	49	38.0%	80	62.0%	

Pembiayahan	Menengah	Pilihan	103	79.8%	26	20.2%	
		Keramahtamahan	34	18.2%	153	81.8%	
		Keterlibatan	79	42.2%	108	57.8%	
		Waktu tunggu	73	39.0%	114	61.0%	
		Komunikasi	73	39.0%	114	61.0%	
	Tinggi	Kenyamanan	113	60.4%	74	39.6%	
		Pilihan	148	79.1%	39	20.9%	
		Keramahtamahan	3	37.5%	5	62.5%	
		Keterlibatan	5	62.5%	3	37.5%	
		Waktu tunggu	5	62.5%	3	37.5%	
	Gratis	Komunikasi	6	75.0%	2	25.0%	
		Kenyamanan	7	87.5%	1	12.5%	
		Pilihan	8	100.0%			
		Keramahtamahan	13	20.6%	50	79.4%	
		Keterlibatan	39	61.9%	24	38.1%	
		Waktu tunggu	19	30.2%	44	69.8%	
		Komunikasi	25	39.7%	38	60.3%	
		Kenyamanan	9	14.3%	54	85.7%	
		Bayar	Pilihan	52	82.5%	11	17.5%
			Keramahtamahan	50	19.2%	211	80.8%
			Keterlibatan	115	44.1%	146	55.9%
Waktu tunggu	96		36.8%	165	63.2%		
Komunikasi	105		40.2%	156	59.8%		
Kenyamanan	160		61.3%	101	38.7%		
	Pilihan	207	79.3%	54	20.7%		

(lanjutan)

Descriptive Statistics per item quetioner

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
a1	324	1.00	4.00	3.2191	.79363
a2	323	1.00	4.00	3.2508	.76550
a3	160	1.00	4.00	3.1875	.77854
a4	322	1.00	4.00	2.9348	.87119
a5	321	1.00	4.00	3.0779	.78472
a6	203	1.00	4.00	3.3498	.66811
a7	324	1.00	4.00	3.3889	.78885
a8	323	1.00	4.00	3.3653	.78987
a9	162	1.00	4.00	3.3457	.85843
b1	320	1.00	4.00	2.5500	1.03118
b2	167	1.00	4.00	2.5749	1.03206
b3	322	1.00	4.00	2.4907	1.06556
c1	280	1.00	3.00	1.8643	.36339
c2	89	1.00	4.00	2.7865	1.04959
c3	324	1.00	4.00	2.9259	.76741
d1	323	1.00	4.00	2.9071	.81373
d2	321	1.00	4.00	2.7757	.92170
d3	162	1.00	4.00	2.8642	.90208
d4	322	1.00	4.00	2.9938	.77738
d5	321	1.00	4.00	2.8193	.89359
d6	161	1.00	4.00	2.8696	.90919
e1	323	1.00	4.00	2.8638	.74351
e2	322	1.00	4.00	2.7578	.68610
e3	323	1.00	4.00	2.5820	.72355
f1	321	1.00	4.00	1.7975	.96475
f2	179	1.00	4.00	1.7486	.96479
f3	322	1.00	4.00	1.5901	.92707
Valid N (listwise)	47				

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan * Total Responsive	324	100.0%	0	.0%	324	100.0%
Usia responden * Total Responsive	324	100.0%	0	.0%	324	100.0%

Pendidikan * Total Responsive

Crosstab

			Total Responsive		
			Kurang Responsive	Responsive	Total
Pendidikan	Rendah	Count	53	76	129
		% within Pendidikan	41.1%	58.9%	100.0%
	Menengah	Count	93	94	187
		% within Pendidikan	49.7%	50.3%	100.0%
	Tinggi	Count	7	1	8
		% within Pendidikan	87.5%	12.5%	100.0%
Total		Count	153	171	324
		% within Pendidikan	47.2%	52.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.630 ^a	2	.022
Likelihood Ratio	8.190	2	.017
Linear-by-Linear Association	5.406	1	.020
N of Valid Cases	324		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.78.

(Lanjutan)

Usia responden * Total Responsive

Crosstab

		Total Responsive		Total	
		Kurang Responsive	Responsive		
Usia responden	<= 44 thn	Count	93	96	189
		% within Usia responden	49.2%	50.8%	100.0%
	45 sd 54 thn	Count	43	34	77
		% within Usia responden	55.8%	44.2%	100.0%
55 sd 64 thn	Count	13	25	38	
	% within Usia responden	34.2%	65.8%	100.0%	
>= 65 thn	Count	4	16	20	
	% within Usia responden	20.0%	80.0%	100.0%	
Total	Count	153	171	324	
	% within Usia responden	47.2%	52.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.123 ^a	3	.011
Likelihood Ratio	11.666	3	.009
Linear-by-Linear Association	5.703	1	.017
N of Valid Cases	324		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.44.

Jenis kelamin * Responsive**Crosstab**

			Responsive		Total
			Kurang Responsive	Responsive	
Jenis kelamin	Laki-laki	Count	95	116	211
		% within Jenis kelamin	45.0%	55.0%	100.0%
	Perempuan	Count	58	55	113
		% within Jenis kelamin	51.3%	48.7%	100.0%
Total		Count	153	171	324
		% within Jenis kelamin	47.2%	52.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.173 ^b	1	.279		
Continuity Correction ^a	.934	1	.334		
Likelihood Ratio	1.173	1	.279		
Fisher's Exact Test				.295	.167
Linear-by-Linear Association	1.170	1	.279		
N of Valid Cases	324				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 53.36.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis kelamin (Laki-laki / Perempuan)	.777	.491	1.228
For cohort Responsive = Kurang Responsive	.877	.695	1.108
For cohort Responsive = Responsive	1.130	.902	1.415
N of Valid Cases	324		

(Lanjutan)

Pembiayahan * Responsive

Crosstab

			Responsive		Total
			Kurang Responsive	Responsive	
Pembiayahan	Gratis	Count	35	28	63
		% within Pembiayahan	55.6%	44.4%	100.0%
	Bayar	Count	118	143	261
		% within Pembiayahan	45.2%	54.8%	100.0%
Total	Count	153	171	324	
	% within Pembiayahan	47.2%	52.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.179 ^b	1	.140		
Continuity Correction ^a	1.784	1	.182		
Likelihood Ratio	2.177	1	.140		
Fisher's Exact Test				.160	.091
Linear-by-Linear Association	2.172	1	.141		
N of Valid Cases	324				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29.75.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pembiayahan (Gratis / Bayar)	1.515	.871	2.635
For cohort Responsive = Kurang Responsive	1.229	.949	1.591
For cohort Responsive = Responsive	.811	.603	1.092
N of Valid Cases	324		