



**ANALISIS HUBUNGAN PERSEPSI PASIEN TENTANG MUTU  
PELAYANAN KESEHATAN DENGAN PEMANFAATAN  
ULANG PELAYANAN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS  
PONCOL KOTA SEMARANG  
TAHUN 2014**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memenuhi gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**UNNES**  
Oleh  
Siti Aminatuzzahroh

NIM. 6411411060

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
2015**

## ABSTRAK

Siti Aminatuzzahroh

### **Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Di Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014**

xix + 98 halaman + 23 tabel + 4 gambar + 17 lampiran

Puskesmas Poncol terletak di Kecamatan Semarang Tengah. Pada tiga tahun terakhir dari tahun 2012 sampai dengan 2014, Puskesmas Poncol mengalami penurunan kunjungan ulang pada instalasi rawat jalan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis hubungan persepsi pasien tentang mutu pelayanan dengan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang. Jenis penelitian ini adalah survey analitik dengan pendekatan *cross sectional*, dengan jumlah sampel sebanyak 96 responden. Pengambilan sampel menggunakan *Non Random Sampling* dengan cara *quota sampling* menggunakan rumus Lemeshow. Hasil penelitian menunjukkan ada sebanyak 31 responden (32,2%) yang menyatakan kurang minat untuk berkunjung kembali. Tidak ada hubungan tentang kompetensi teknik ( $p=0,796$ ), akses keterjangkauan ( $p=0,187$ ), dan efisiensi kelangsungan pelayanan ( $p=0,275$ ), dan ada hubungan tentang kenyamanan ( $p=0,012$ ), ketersediaan informasi ( $p=0,008$ ), dan hubungan antarmanusia ( $p=0,000$ ) dengan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol. Saran untuk Puskesmas Poncol agar lebih meningkatkan manajemen mutu pelayanan kesehatan yang ada.

**Kata kunci:** Mutu Layanan Kesehatan, Rawat Jalan.

**Kepustakaan:** 31 (2000-2014)

## ABSTRACT

Siti Aminatuzzahroh

### **Patient Perception Relationship Analysis About Quality Health Care with Utilization of Reusing Outpatient Services In Poncol Health Center of Semarang City 2014**

xix + 98 pages + 23 tables + 4 pictures + 17 attachments

*Poncol Health Center that lies in Central Semarang. In last three years from 2012 to 2014, the Poncol Health Center had been decreasing trend of the outpatient services revisit. The purpose of this research was to determine and analyze the relationship between the patient perception of service quality by outpatient services revisit Poncol Health Center of Semarang city. The type of the research was analytic survey with cross sectional approach, with a total sample of 96 respondents. The researcher take the sample used non-random sampling by means of quota sampling used Lemeshow formula. The results showed that there were 31 respondents (32,2%) less interest to revisit. There was no relation between technical competence ( $p=0,796$ ), achievement access ( $p=0,187$ ), and the efficiency of service continuity ( $p=0,275$ ), and there was a relation of convenience ( $p=0,012$ ), the availability of information ( $p=0,008$ ), and relationships between human ( $p=0,000$ ) with the outpatientservices revisit in Poncol Health Center. Suggestion for the Poncol Health Center is they should be improve quality services management in there.*

**Keywords:** *Quality of Health Services, Outpatient.*

**Reference:** 31 (2000-2014)



## PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis dalam skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan plagiat dari hasil karya orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat di dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Desember 2015



Siti Aminatuzzahroh



**UNNES**  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

## PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Skripsi atas nama Siti Aminatuzzahroh, NIM: 6411411060, dengan judul "Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Di Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014".

Pada Hari : Rabu  
Tanggal : 2 Desember 2015

Panitia Ujian:



Prof. Dr. Landiyo Rahayu, M.Pd.  
NIP. 19610320 198403 2 001

Sekretaris,

Rudatin Windraswara, S.T., M. Sc.  
NIP. 19820811 200812 1 004

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua  
Penguji,

1. dr. Intan Zainafree, M. HKes.  
NIP. 19790105 200604 2 002

16/12/15

Anggota  
Penguji,

2. drg. Yunita Dyah P. S., M.Kes. (Epid)  
NIP. 19830605 200912 2 004

22/12/15

Anggota Penguji  
(Pembimbing)

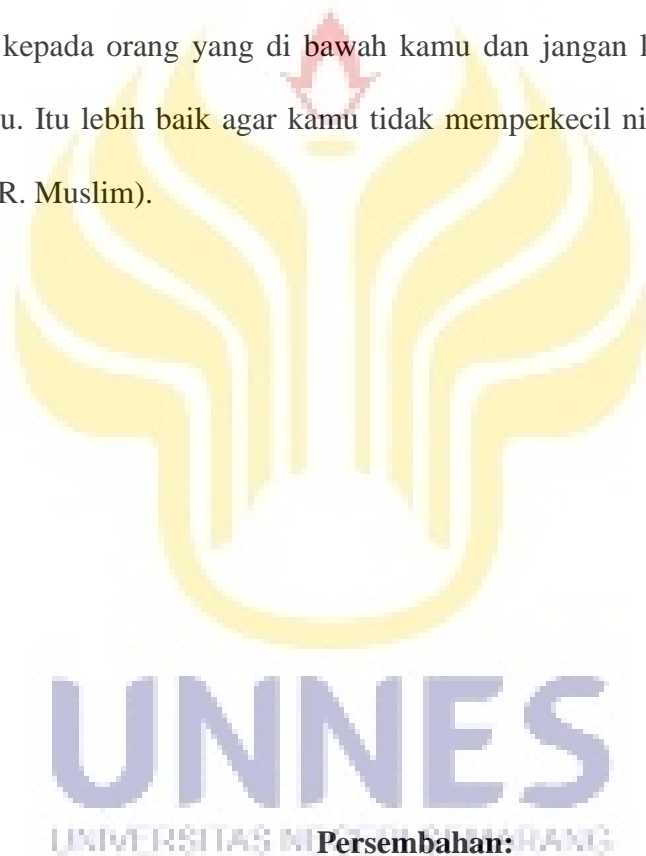
3. Dr. Bambang Budi Raharjo, M. Si.  
NIP. 19601217 198601 1 001

23/12

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### Motto:

- ❖ Hanya yang berani melangkah jauh, akan tahu berapa jauh halatujunya.
- ❖ Barangsiapa mengajarkan kebaikan kepada orang maka dia mendapat pahala seperti orang yang mengerjakannya (HR. Muslim).
- ❖ Lihatlah kepada orang yang di bawah kamu dan jangan lihat orang yang di atas kamu. Itu lebih baik agar kamu tidak memperkecil nikmat Allah ke atas kamu (HR. Muslim).



### Persembahan:

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda (Ahmad Zuhad), dan Ibunda (Siti Khanifah (Almh)).
2. Adik-adikku dan saudara-saudaraku.
3. Almamaterku UNNES.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul **“Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014”** dapat terselesaikan. Penyusunan skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Keberhasilan penyelesaian skripsi ini tidak lepas dari dukungan, bimbingan, dan kerjasama berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segenap ketulusan hati, dalam kesempatan ini penulisan mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, MPD., atas surat keputusan penetapan Dosen Pembimbing Skripsi.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Irwan Budiono, S. KM, M. Kes., atas persetujuan penelitian.
3. Pembimbing, Dr. Bambang Budi Raharjo, M, Si., atas petunjuk dan bimbingan, arahan serta masukan dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Penguji Sidang Skripsi I, dr. Intan Zainafree, M.HKes., atas saran dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.

5. Penguji Sidang Skripsi II, drg. Yunita Dyah P. S, M.Kes., atas saran dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang atas bekal ilmu, bimbingan, dan bantuannya.
7. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang, atas ijin penelitian yang diberikan.
8. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang, atas ijin penelitian yang diberikan.
9. Kepala Puskesmas Bulu Lor, atas ijin penelitian yang diberikan.
10. Kepala Puskesmas Poncol, atas ijin penelitian yang diberikan.
11. Ayahanda Ahmad Zuhad, Ibunda Siti Khanifah (Almh.) dan Ibu Suti'ah atas do'a, pengorbanan, dorongan, dan memotivasi untuk setiap langkahku sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
12. Adikku, Nana Lutfiana yang selalu mendoakan dan memberi semangat untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
13. Saudara–saudaraku yang selalu ada, menemani, memotivasi, mendo'akan dan memberi semangat serta dukungan penuh sehingga skripsi ini terselesaikan.
14. Teman–teman Calm Kos (Reni Lidyawati, Tika Sri Purwaningtyas, Rizki Amalia Hilda, Laela Fitriana, Ika Mutiara Sari, dan Marliani Eka Sutanti) , atas do'a, pengorbanan, dorongan, dan motivasinya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.



15. Teman-teman Administrasi dan Kebijakan Kesehatan angkatan 2011, dan Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat 2011 atas do'a, bantuan, dan motivasinya dalam menyusun skripsi ini.
16. Semua pihak pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat.

Semarang, Desember 2015

Penyusun



**UNNES**  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	8
1.2 Rumusan Masalah Umum .....	8
1.2 Rumusan Masalah Khusus .....	8
1.3 Tujuan Penelitian .....	9
1.3.1 Tujuan Umum.....	9
1.3.2 Tujuan Khusus.....	10
1.4 Manfaat Hasil Penelitian .....	10
1.4.1 Manfaat Bagi Instansi.....	11

1.4.2	Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya .....	11
1.5	Keaslian Penelitian .....	11
1.6	Ruang Lingkup Penelitian .....	14
1.6.1	Ruang Lingkup Tempat .....	14
1.6.2	Ruang Lingkup Waktu .....	14
1.6.3	Ruang Lingkup Keilmuan .....	14
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>		<b>15</b>
2.1	Landasan Teori .....	15
2.1.1	Pengertian Manusia .....	15
2.1.2	Sikap Manusia .....	15
2.1.3	Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Sikap.....	18
2.1.4	Pengertian Perilaku.....	20
2.1.5	Kesiapan Berperilaku Sehat.....	22
2.1.5.1	Karakteristik .....	22
2.1.5.2	Sosial Ekonomi.....	23
2.1.5.3	Pengetahuan.....	23
2.1.6	Konsep Persepsi.....	25
2.1.6.1	Pengertian Persepsi .....	25
2.1.6.2	Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persepsi .....	26
2.1.7	Definisi dan Fungsi Puskesmas .....	26

2.1.7.1	Puskesmas .....	27
2.1.7.2	Puskesmas Pembantu .....	27
2.1.7.3	Puskesmas Keliling .....	27
2.1.7.4	Unit Pelaksana Teknis Puskesmas .....	28
2.1.8	Standar Layanan Kesehatan.....	28
2.1.9	Mutu Pelayanan Kesehatan .....	29
2.1.10	Ukuran Mutu Pelayanan Kesehatan .....	31
2.1.11	Indikator Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan .....	32
2.1.12	Dimensi Mutu Yang Digunakan Untuk Mengevaluasi Mutu Pelayanan .....	34
2.1.13	Puas dan Tidak Puas Dalam Layanan Kesehatan .....	37
2.1.13.1	Pengukuran Kepuasan Pasien .....	38
2.2	Kerangka Teori .....	41
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>		<b>42</b>
3.1	Kerangka Konsep .....	42
3.2	Variabel Penelitian .....	43
3.3	Hipotesis Penelitian .....	44
3.4	Definisi Operasional dan Skala Pengukuran .....	45
3.5	Jenis dan Rancangan Penelitian .....	47
3.6	Populasi dan Sampel Penelitian .....	47
3.7	Sumber Data Penelitian .....	50

3.8.	Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data .....	51
3.8.1	Instrumen Penelitian .....	51
3.8.2	Teknik Pengambilan Data .....	52
3.9	Prosedur Penelitian .....	53
3.10	Teknik Analisis Data .....	55
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN .....</b>		<b>58</b>
4.1	Gambaran Umum Penelitian .....	58
4.2	Hasil Penelitian .....	59
4.2.1	Analisis Univariat .....	59
4.2.1.1	Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden .....	59
4.2.1.2	Distribusi Frekuensi Umur Responden .....	60
4.2.1.3	Distribusi Frekuensi Pendapatan Responden .....	60
4.2.1.4	Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden .....	61
4.2.1.5	Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden .....	61
4.2.1.6	Distribusi Frekuensi Kompetensi Teknik .....	62
4.2.1.7	Distribusi Frekuensi Keterjangkauan .....	62
4.2.1.8	Distribusi Frekuensi Efisiensi .....	63
4.2.1.9	Distribusi Frekuensi Kenyamanan .....	63
4.2.1.10	Distribusi Frekuensi Informasi .....	64
4.2.1.11	Distribusi Frekuensi Hubungan Antarmanusia .....	64
4.2.1.12	Distribusi Frekuensi Pemanfaatan Ulang .....	65
4.2.2	Analisis Bivariat .....	65

4.2.2.1	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Kompetensi Teknik Dengan Minat Pemanfaatan Ulang .....	66
4.2.2.2	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Akses Keterjangkauan Dengan Minat Pemanfaatan Ulang.....	67
4.2.2.3	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Efisiensi Dengan Minat Pemanfaatan Ulang.....	68
4.2.2.4	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Kenyamanan Dengan Minat Pemanfaatan Ulang.....	69
4.2.2.5	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Ketersediaan Informasi Dengan Minat Pemanfaatan Ulang.....	71
4.2.2.6	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Hubungan Antarmanusia Dengan Minat Pemanfaatan Ulang.....	72
4.2.3	Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat.....	73
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>		<b>74</b>
5.1	Pembahasan .....	74
5.1.1	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Kompetensi Teknik Dengan Minat Pemanfaatan Ulang .....	74
5.1.2	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Akses Keterjangkauan Dengan Minat Pemanfaatan Ulang.....	77
5.1.3	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Efisiensi Dengan Minat Pemanfaatan Ulang.....	80
5.1.4	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Kenyamanan Dengan Minat Pemanfaatan Ulang.....	82

5.1.5	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Ketersediaan Informasi Dengan Minat Pemanfaatan Ulang.....	85
5.1.6	Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Hubungan Antarmanusia Dengan Minat Pemanfaatan Ulang.....	87
5.2	Hambatan Dan Kelemahan Penelitian .....	90
<b>BAB VI SIMPULAN DAN SARAN .....</b>		<b>92</b>
6.1	Simpulan .....	92
6.2	Saran .....	93
6.2.1	Bagi Petugas Kesehatan .....	93
6.2.2	Bagu Puskesmas Poncol .....	94
6.2.3	Bagi Masyarakat .....	94
6.2.4	Bagi Peneliti Selanjutnya .....	95
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>96</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>99</b>

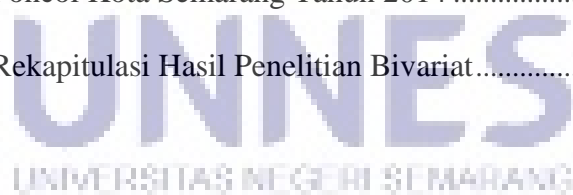


## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Keaslian Penelitian .....	11
Tabel 1.2. Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu .....	13
Tabel 2.1. Dimensi Mutu Layanan Kesehatan dan Indikatornya .....	36
Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel .....	45
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden.....	59
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Umur Responden .....	60
Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Pendapatan Responden .....	60
Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden.....	61
Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden .....	61
Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Kompetensi Teknik .....	62
Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Keterjangkauan .....	62
Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Efisiensi.....	63
Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Kenyamanan.....	63
Tabel 4.10. Distribusi Frekuensi Informasi.....	64
Tabel 4.11. Distribusi Frekuensi Hubungan Antarmanusia .....	64
Tabel 4.12. Distribusi Frekuensi Minat Pemanfaatan Ulang .....	65
Tabel 4.13. Hasil Tabulasi Silang Antara Kompetensi Teknik dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014 .....	66



Tabel 4.14.	Hasil Tabulasi Silang Antara Akses Keterjangkauan dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014 .....	67
Tabel 4.15.	Hasil Tabulasi Silang Antara Efisiensi dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014 .....	68
Tabel 4.16.	Hasil Tabulasi Silang Antara Kenyamanan dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014 .....	70
Tabel 4.17.	Hasil Tabulasi Silang antara Ketersediaan Informasi dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014 .....	71
Tabel 4.18.	Hasil Tabulasi Silang Antara Hubungan Antarmanusia dengan MinatPemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014 .....	72
Tabel 4.19.	Rekapitulasi Hasil Penelitian Bivariat.....	73



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1	Delapan dimensi mutu pelayanan kesehatan .....35
Gambar 2.2	Konsep multidimensi kepuasan pasien .....38
Gambar 2.3	Kerangka Teori.....41
Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....42



## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Keputusan Penetapan Dosen Pembimbing Skripsi.....	99
Lampiran 2. Surat Permohonan Ijin Observasi di DKK Semarang.....	100
Lampiran 3. Surat Ijin Pengambilan Data Awal di Puskesmas Poncol.....	101
Lampiran 4. Surat Ethical Clearance.....	102
Lampiran 5. Surat Ijin Uji Validitas dan Realibilitas.....	103
Lampiran 6. Surat Ijin Penelitian dari KESBANGPOL.....	104
Lampiran 7. Surat Ijin Penelitian dari DKK ke Puskesmas Poncol.....	106
Lampiran 8. Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek.....	107
Lampiran 9. Lembar Persetujuan Keikutsertaan Dalam Penelitian.....	109
Lampiran 10. Panduan Kuesioner.....	111
Lampiran 11. Hasil Rekapitulasi Data Identitas Responden.....	116
Lampiran 12. Hasil Rekapitulasi Data Penelitian.....	120
Lampiran 13. Lembar Hasil Perhitungan Skor Definisi Operasional.....	137
Lampiran 14. Hasil Validitas dan Realibilitas.....	139
Lampiran 15. Hasil Data Univariat.....	142
Lampiran 16. Hasil Data Bivariat.....	146
Lampiran 17. Dokumentasi Penelitian.....	155

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara dipengaruhi oleh keberadaan sarana kesehatan. Sarana kesehatan yang diulas pada bagian ini terdiri dari fasilitas pelayanan kesehatan dan institusi pendidikan kesehatan milik pemerintah yang menghasilkan tenaga kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan yang dibahas pada bagian ini terdiri dari: Puskesmas, Rumah Sakit, dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) (Depkes RI, 2013; 27).

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas mendefinisikan Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) dinas kesehatan di wilayah kerjanya. Pembangunan kesehatan adalah penyelenggara upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Depkes RI, 2013; 27).

Puskesmas dalam menjalankan fungsinya sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer, dan pusat pelayanan kesehatan perorangan primer, Puskesmas berkewajiban memberikan upaya kesehatan wajib Puskesmas dan upaya kesehatan pengembangan, meliputi: Upaya Promosi Kesehatan, Upaya Kesehatan Lingkungan, Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga

Berencana, Upaya Perbaikan Gizi, Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, serta Upaya Pengobatan (Depkes RI, 2013; 27).

Kesehatan merupakan salah satu komponen utama dalam Index Pembangunan Manusia (IPM) yang dapat mendukung terciptanya SDM yang sehat, cerdas, terampil dan ahli menuju keberhasilan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan telah dilakukan perubahan cara pandang (*mindset*) dari paradigma sakit menuju paradigma sehat sejalan dengan Visi Indonesia Sehat (Depkes Kota Semarang. 2013: 1).

Menurut KEP/25/M.PAN/2/2004 Tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah, Pelayanan publik oleh aparatur pemerintah dewasa ini masih banyak dijumpai kelemahan sehingga belum dapat memenuhi kualitas yang diharapkan masyarakat. Hal ini ditandai dengan masih adanya berbagai keluhan masyarakat yang disampaikan melalui media massa, sehingga dapat menimbulkan citra yang kurang baik terhadap aparatur pemerintah. Mengingat fungsi utama pemerintah adalah melayani masyarakat maka pemerintah perlu terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya.

Standar layanan kesehatan merupakan bagian dari layanan kesehatan itu sendiri dan memainkan peranan yang penting dalam mengatasi masalah mutu layanan kesehatan. Jika suatu organisasi layanan kesehatan ingin menyelenggarakan layanan kesehatan yang bermutu secara taat-asas atau konsisten, keinginan tersebut harus dijabarkan menjadi suatu standar layanan kesehatan atau standar prosedural operasional. Standar layanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan, ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung jawab gugat dalam melaksanakan tugas dan perannya masing-masing (Imbalo S. Pohan, 2013: 28).

Menurut Peraturan Menkes RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh Puskesmas kepada masyarakat mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi,

pencatatan, pelaporan dan dituangkan dalam suatu sistem informasi Puskesmas menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas dalam mencapai sasaran kegiatannya.

Menurut penelitian yang dilakukan di Bahrian (2012: *International Journal of Business and Social Science*) dengan hasil yang menyatakan bahwa kualitas layanan menjadi hal penting dalam pandangan hubungan yang signifikan dengan keuntungan, penghematan biaya, dan pangsa pasar. Untuk menawarkan komponen kualitas pelayanan dan meningkatkan organisasi penawaran, yaitu dengan menggunakan model kualitas "SERVQUAL". Hal ini didasarkan pada asumsi bahwa kualitas pelayanan merupakan fungsi antara harapan dan persepsi pelanggan pada lima dimensi kualitas mutu: *reliability*, *responsiveness*, *tangibles*, jaminan dan empati. Selain itu, persepsi pelanggan tentang keuntungan menggunakan kualitas layanan akan berhubungan dengan kepuasan pelanggan secara keseluruhan dan pada gilirannya mereka mempunyai niat atau minat untuk melakukan pembelian berulang dan kesediaan untuk merekomendasikan layanan kepada orang lain.

Menurut penelitian terdahulu yang pernah dilakukan oleh Fill Hendra Hasbi di tahun 2012 yang menyatakan hasil penelitian yang ia lakukan di Puskesmas Poncol Kota Semarang ialah terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi pasien akan minat kunjungan ulang, yang keseluruhan simpulan hasil dari penelitian tersebut menyatakan adanya hubungan antara mutu pelayanan administrasi, pelayanan dokter, pelayanan farmasi, sarana Puskesmas, serta sarana penunjang Puskesmas. Terkecuali dengan pelayanan perawat dan

bidan dinyatakan tidak ada hubungannya dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Poncol. Maka dari itu perlu diadakannya penelitian di tempat yang sama untuk menilai apakah ada perubahan pada data kunjungan ulang pasien rawat jalan setelah diadakannya penelitian di tahun 2012 dengan tahun 2014 yang akan diteliti oleh peneliti.

Berdasarkan jumlah rekapitulasi data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang mengenai kunjungan pasien rawat jalan di seluruh Puskesmas Kabupaten/Kota Semarang, Puskesmas Poncol Kota Semarang merupakan salah satu Puskesmas yang mengalami penurunan kunjungan pasien sejak 3 tahun berturut-turut yaitu dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2014, baik pasien umum maupun pasien Askes/BPJS, Peserta Jamkesmas, Peserta Jamkesmaskot, Peserta Kartu Sehat (Gakin), serta pasien yang tidak dikenakan biaya berobat/gratis, penurunan ini terdaftar pada jumlah kunjungan tahunan pasien rawat jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang (Depkes Kota Semarang, 2013).

Berdasarkan data rekam medis Puskesmas Poncol kunjungan pasien lama pada instalasi rawat jalan memiliki angka yang lebih rendah dibandingkan dengan kunjungan pasien baru sejak tahun 2012. Tahun 2012, kunjungan pasien rawat jalan hanya terdapat 33.799 pasien yang berkunjung dengan jumlah pasien lama 10.334 dan pasien baru 23.465, kemudian di tahun berikutnya 2013 jumlah pengunjung yang datang mencapai 26.314 pasien dengan jumlah pasien lama 8.775 dan pasien baru 17.539, dan sampai pada tahun 2014 jumlah kunjungan pasien semakin menurun yaitu mencapai 23.901 pasien dengan jumlah pasien lama 7.694 dan pasien baru 16.207 pasien yang datang berkunjung berobat di



instalasi rawat jalan Puskesmas Poncol. Apabila dirata ratakan dalam presentase selama tiga tahun terakhir, angka kunjungan pasien lama sebesar 35% dibandingkan dengan total angka kunjungan (Depkes Puskesmas Poncol, 2014).

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 13 Mei 2015 dan 7 Juni 2015 di Puskesmas Poncol dengan mengamati langsung proses pelayanan dan menyebarkan kuesioner kepada 25 responden/pasien yang ada di Puskesmas untuk mewakili seperempat jumlah sampel penelitian, pengambilan responden didasarkan pada keterbatasan waktu peneliti dan jumlah pasien yang ada pada saat itu. Dari hasil survey pendahuluan yang dilakukan peneliti dengan mengajukan beberapa pertanyaan sesuai dengan keluhan yang dirasakan oleh para pasien yang berkunjung, berikut adalah hasil observasi survey pendahuluan yang peneliti dapatkan, 52% pasien menilai keadaan kebersihan Puskesmas tidak baik, dengan bukti hasil Minat=12 dan Tidak Minat=13. 36% pasien memberi penilaian ketepatan diagnosis yang diberikan oleh dokter, dengan bukti hasil Minat=16 dan Tidak Minat=9. 80% pasien mengeluh akan waktu tunggu dalam antrian pelayanan kurang dari 1,5 jam, dengan bukti hasil Minat=5 dan Tidak Minat=20. 68% pasien merasa kurangnya kecepatan dalam pelayanan yang diterima kurang dari 15 menit, dengan bukti hasil Minat=8 dan Tidak Minat=17. Dan 40% pasien menilai peralatan medis maupun non medis yang ada di Puskesmas cukup memadai untuk tindakan pemeriksaan, dengan bukti hasil Minat=15 dan Tidak Minat=10. Dari 25 pasien yang diberikan lembar kuesioner, terdapat 12 orang yang menyatakan tidak minat untuk kembali memanfaatkan

pelayanan kesehatan di Puskesmas Poncol, dari mereka kebanyakan merupakan pasien baru.

Jumlah kunjungan pasien rawat jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang yang semakin menurun sejak tahun 2012 menunjukkan rendahnya minat masyarakat untuk melakukan kunjungan ulang ke Puskesmas Poncol Kota Semarang. Pada umumnya, masyarakat cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan yang lebih mudah dijangkau, atau dekat dengan tempat tinggal. Masyarakat di Semarang Tengah biasanya memanfaatkan pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Namun dengan semakin banyaknya *provider* pelayanan kesehatan membuat alternatif pilihan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan semakin banyak. Di Semarang Tengah sendiri terdapat beberapa Rumah Sakit dan Puskesmas baik milik pemerintah maupun swasta, seperti RST Wira Tamtama, RS Hermina, RS Panti Wilasa Citarum, dan juga Puskesmas Miroto. Dengan banyaknya *provider* pelayanan kesehatan tersebut, masyarakat mulai mencoba untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di tempat yang berbeda dengan harapan mendapatkan pelayanan yang lebih baik, sehingga masyarakat telah mampu untuk membandingkan pelayanan kesehatan yang mereka terima berdasarkan persepsi dan kesan yang mereka dapatkan selama mendapatkan pelayanan.

Minat masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah persepsi pasien akan mutu pelayanan rawat jalan Puskesmas.

Menurut Satrianegara, M. Fais (2009: 127) menetapkan masalah mutu layanan kesehatan dapat dikenali dengan berbagai cara antara lain: Melalui pengamatan langsung terhadap petugas kesehatan yang sedang melakukan layanan kesehatan, melalui wawancara terhadap pasien atau keluarganya, masyarakat, serta petugas kesehatan. Dapat juga dengan mendengar keluhan pasien dan keluarganya, masyarakat, serta petugas kesehatan, atau dengan membaca serta memeriksa catatan dan laporan serta rekam medik.

Berdasarkan hal-hal yang telah peneliti temukan dan kemukakan di atas, maka dianggap perlu untuk dilakukan sebuah penelitian dengan judul **“Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Di Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014”**.

## **1.2 Rumusan Masalah**

### **1.2.1 Rumusan Masalah Umum**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah penelitian yang akan dirumuskan ialah menganalisis apakah ada hubungan persepsi pasien tentang mutu pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang?

### **1.2.2 Rumusan Masalah Khusus**

1. Apakah ada hubungan antara persepsi pasien tentang kompetensi teknik petugas kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang?

2. Apakah ada hubungan antara persepsi pasien dengan akses atau keterjangkauan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang?
3. Apakah ada hubungan antara persepsi pasien tentang efisiensi kelangsungan pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang?
4. Apakah ada hubungan antara persepsi pasien tentang kenyamanan pelayanan kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang?
5. Apakah ada hubungan antara persepsi pasien tentang penyediaan informasi kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang?
6. Apakah ada hubungan antara persepsi pasien tentang hubungan interpersonal petugas kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis hubungan persepsi pasien tentang mutu pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui hubungan antara persepsi pasien tentang kompetensi teknik petugas kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang.
- 2) Mengetahui hubungan antara persepsi pasien dengan akses atau keterjangkauan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang.
- 3) Mengetahui hubungan antara persepsi pasien tentang efisiensi kelangsungan pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang.
- 4) Mengetahui hubungan antara persepsi pasien tentang kenyamanan pelayanan kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang.
- 5) Mengetahui hubungan antara persepsi pasien tentang penyediaan informasi kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang.
- 6) Mengetahui hubungan antara persepsi pasien tentang hubungan interpersonal petugas kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang.

### 1.4 Manfaat Hasil Penelitian

Diharapkan dengan penelitian ini, dapat diambil manfaat untuk kemajuan bersama, antara lain sebagai berikut:

#### 1.4.1 Manfaat Bagi Instansi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan pengoreksian dalam melayani pasien yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di instalansi rawat jalan, khususnya untuk meningkatkan mutu pelayanan dalam minat pasien agar dapat memanfaatkan ulang pelayanan rawat jalan di instansi ini.

#### 1.4.2 Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan informasi untuk penelitian selanjutnya, terutama penelitian yang berhubungan dengan persepsi pasien tentang mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas.

#### 1.5 Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian dapat digunakan untuk membedakan penelitian yang dilakukan sekarang dengan penelitian sebelumnya (Tabel 1.1).

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No.	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2012	Fiil Hendra Hasbi	Tahun 2012 di Puskesmas Poncol Kota Semarang	Observasional dengan pendekatan kuantitatif	Variabel terikat: Minat untuk memanfaatkan ulang pelayanan rawat jalan. Variabel bebas: Persepsi pasien tentang mutu pelayanan administrasi, pelayanan dokter, pelayanan perawat/bidan,	Ada hubungan antara persepsi pasien tentang mutu pelayanan administrasi, pelayanan dokter, pelayanan obat, sarana dan prasarana, dan fasilitas penunjang dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan

Lanjutan (tabel 1.1)

					<p>pelayanan obat, sarana dan prasarana, dan fasilitas penunjang. Variabel kontrol: jenis kelamin, umur, pendidikan, dan pekerjaan.</p>	<p>Puskesmas Poncol. Tidak ada hubungan antara mutu pelayanan perawat/bidan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol.</p>
2.	<p>Analisis Hubungan Persepsi Mutu Pelayanan Antenatal Terhadap Kepuasan Ibu Hamil Di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang</p>	<p>Mumpun Sari Kusumas-tuti</p>	<p>Tahun 2014 di Puskesmas Bangetayu Semarang</p>	<p>Kuantitatif dengan pendekatan survey observasional.</p>	<p>Variabel terikat: kepuasan ibu hamil. Variabel bebas: persepsi kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati, dan bukti fisik. Variabel kontrol: umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan persepsi ibu hamil terhadap kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati dan bukti fisik berpengaruh terhadap kepuasan ibu hamil.</p>
3.	<p>Hubungan Antara Persepsi Terhadap Kualitas Pelayanan Dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Jalan Di Ruang Okupasi Terapi RSOS Tahun 2009</p>	<p>Tri Yulias-tuti</p>	<p>Tahun 2009 di Ruang Okupasi RSOS</p>	<p>Penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i></p>	<p>Variabel terikat: Minat kunjungan ulang. Variabel bebas: kualitas pelayanan terapis, kualitas sarana, dan hasil terapi. Variabel kontrol: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jumlah kunjungan.</p>	<p>Tidak ada hubungan antara persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan terapis, dan ada hubungan persepsi pasien dengan kualitas sarana, dan hasil terpai dengan minat kunjungan ulang di Ruang Okupasi Terapi RSOS.</p>

Penelitian yang berjudul “Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Di Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014”, berbeda dengan penelitian sebelumnya (Tabel 1.1).

Tabel 1.2 Perbedaan dengan Penelitian Terdahulu

No.	Beda	Fiil Hendra Hasbi	Mumpun Sari Kusumastuti	Tri Yuliasuti	Siti Aminatuzzahroh
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Judul	Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2012	Analisis Hubungan Persepsi Mutu Pelayanan Antenatal Terhadap Kepuasan Ibu Hamil Di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang	Hubungan Antara Persepsi Terhadap Kualitas Pelayanan Dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Jalan Di Ruang Okupasi Terapi RSOS Tahun 2009	Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2014
2.	Tahun dan Tempat	Tahun 2012 di Puskesmas Poncol Kota Semarang	Tahun 2014 di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang	Tahun 2009 di Ruang Okupasi Terapi RSOS	Tahun 2015 di Puskesmas Poncol Kota Semarang
3.	Rancangan Penelitian	Observasional dengan pendekatan kuantitatif	Kuantitatif dengan pendekatan survey observasional.	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional	Survey analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>
4.	Variabel Penelitian	Variabel terikat: Minat untuk memanfaatkan ulang pelayanan rawat jalan. Variabel bebas: Persepsi pasien tentang mutu pelayanan administrasi,	Variabel terikat: kepuasan ibu hamil. Variabel bebas: persepsi kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati, dan bukti fisik. Variabel	Variabel terikat: Minat kunjungan ulang. Variabel bebas: kualitas pelayanan terapis, kualitas sarana, dan hasil terapi. Variabel kontrol: umur, jenis	Variabel terikat: Minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan. Variabel bebas: Persepsi pasien tentang kompetensi teknik, akses/keterjangkau



Lanjutan (tabel 1.2)

<p>           pelayanan dokter, pelayanan perawat/bidan, pelayanan obat, sarana dan prasarana, dan fasilitas penunjang.            Variabel kontrol: jenis kelamin, umur, pendidikan, dan pekerjaan.         </p>	<p>           kontrol: umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga.         </p>	<p>           kelamin, pendidikan, pekerjaan, jumlah kunjungan.         </p>	<p>           -an, efisiensi pelayanan, kenyamanan, ketersediaan informasi, dan hubungan interpersonal.            Variabel perancu: Jenis kelamin, umur, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan.         </p>
---	--	--	---

## 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

### 1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Poncol Kota Semarang dan rumah pasien yang berada di wilayah kerja Puskesmas.

### 1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September sampai dengan bulan Oktober tahun 2015.

### 1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Pelaksanaan penelitian dilakukan dalam lingkup bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK), khususnya mengenai persepsi pasien tentang manajemen mutu pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan ulang pelayanan kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Pengertian Manusia**

Secara bahasa manusia berasal dari kata “manu” (Sansekerta), “*mens*” (Latin), yang berarti berpikir, berakal budi atau makhluk yang berakal budi (mampu menguasai makhluk lain). Secara istilah manusia dapat diartikan sebuah konsep atau sebuah fakta, sebuah gagasan atau realitas, sebuah kelompok (genus) atau seorang individu (Priyoto, 2014: 149).

##### **2.1.2 Sikap Manusia**

Sikap (*attitude*) merupakan konsep paling penting dalam psikologi sosial yang membahas unsur sikap baik sebagai individu maupun kelompok. Banyak pula penelitian telah dilakukan terhadap sikap kaitannya dengan efek dan perannya dalam pembentukan karakter dan sistem hubungan antar kelompok serta pilihan-pilihan yang ditentukan berdasarkan lingkungan dan pengaruhnya terhadap perubahan.

Menurut Notoatmodjo, S (2007: 150) sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. *Newcomb* salah seorang psikolog sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas,

akan tetapi merupakan ‘predisposisi’ tindakan atau perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka (tingkah laku yang terbuka). Lebih dapat dijelaskan lagi bahwa sikap merupakan reaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Tingkatan sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni (Notoatmodjo, S, 2012: 141) :

1. Menerima (*receiving*)  
Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
2. Merespons (*responding*)  
Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
3. Menghargai (*valuing*)  
Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
4. Bertanggungjawab (*responsible*)  
Bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok, diantaranya:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Notoatmodjo, S, 2007: 151).

Menurut Priyoto (2014: 31) kepercayaan adalah kemauan seseorang untuk bertumpu pada orang lain dimana kita memiliki keyakinan padanya. Kepercayaan merupakan kondisi mental yang didasarkan oleh situasi seseorang dan konteks sosialnya. Kepercayaan sebagai penilai penilaian hubungan seseorang dengan orang lain yang akan melakukan transaksi tertentu sesuai dengan harapan dalam sebuah lingkungan yang penuh ketidakpastian. Kepercayaan terjadi ketika seseorang yakin dengan reliabilitas dan integritas dari orang yang dipercaya. Faktor yang mempengaruhi kepercayaan konsumen yaitu:

a. *Perceived web vendor reputation*

Reputasi merupakan suatu atribut yang diberikan kepada penjual berdasarkan pada informasi dari orang atau sumber lain.

b. *Perceived web site quality*

Persepsi akan kualitas situs dari layanan kesehatan. Tampilan layanan kesehatan dapat mempengaruhi kesan pertama yang terbentuk.

Teori *Health Belief* didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang berhubungan dengan kesehatan berdasarkan persepsi dan kepercayaannya. Teori ini dituangkan dalam lima segi pemikiran dalam diri individu, yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam diri individu untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya yaitu (Priyoto 2014: 136):

1. *Perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan)

Resiko pribadi atau kerentanan adalah salah satu persepsi yang lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat.

2. *Perceived severity* (bahaya/kesakitan yang dirasakan)

Berkaitan dengan keyakinan/kepercayaan individu tentang keseriusan atau keparahan penyakit. Persepsi keseriusan sering didasarkan pada informasi medis atau pengetahuan.

3. *Perceived benefit* (manfaat yang dirasakan)

Berkaitan dengan manfaat yang akan dirasakan jika mengadopsi perilaku yang dianjurkan.

4. *Perceived barrier* (hambatan yang dirasakan)

Hal ini berhubungan dengan proses evaluasi individu sendiri atas hambatan yang dirasakan untuk mengadopsi perilaku baru.

5. *Modifying variable* (variabel modifikasi)

Empat konstruksi utama dari persepsi dapat dimodifikasi oleh variabel lain, seperti budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, keterampilan, tingkat sosial ekonomi, norma dan motivasi. Variabel tersebut adalah karakteristik individu yang mempengaruhi persepsi pribadi.

### **2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap**

Menurut Wawan, A (2010: 35) faktor-faktor yang mempengaruhi sikap keluarga terhadap obyek sikap antara lain:

a. Pengalaman pribadi

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat.

b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting.

c. Pengaruh kebudayaan

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah.

d. Media massa

Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

e. Lembaga Pendidikan dan Lemabaga Agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika kalau pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

f. Faktor emosional

Suatu sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

Cara pengukuran sikap menurut Wawan, A (2010: 37) pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu mengenai objek sikap yang hendak diungkap. Pernyataan sikap mungkin berisi atau mengatakan hal-hal yang positif mengenai objek sikap. Pernyataan ini disebut dengan pernyataan yang *favourable*. Sebaliknya pernyataan sikap mungkin pula berisi hal-hal negatif mengenai objek sikap yang bersifat tidak mendukung maupun kontra terhadap objek sikap. Pernyataan ini disebut dengan pernyataan yang tidak *favourable*. Dengan demikian pernyataan yang disajikan tidak semua positif dan tidak semua negatif yang seolah-olah isi skala memihak atau tidak mendukung sama sekali objek sikap.

Menurut buku yang dikarang oleh Wawan, A ada beberapa faktor yang mempengaruhi hasil pengukuran sikap, yaitu:

1. Keadaan objek yang diukur
2. Situasi pengukuran
3. Alat ukur yang digunakan
4. Penyelenggaraan pengukuran
5. Pembacaan atau penilaian hasil pengukuran.

#### **2.1.4 Pengertian Perilaku**

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi, sering tidak disadari bahwa interaksi tersebut amat kompleks

sehingga kadang-kadang kita tidak sempat memikirkan penyebab seseorang menerapkan perilaku tertentu (Wawan, A, 2011: 48).

Menurut Skinner (1938) yang ada pada buku Notoatmodjo, S (2012: 131) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organism, dan kemudian organism tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau Stimulus Organisme Respons. Skinner membedakan adanya dua respons.

1. *Respondent response* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap.
2. *Operant response* atau *instrumental response*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons.

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok, yakni respon dan stimulus atau perangsang. Respon atau reaksi manusia, baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap) maupun bersifat aktif (tindakan yang nyata atau *practice*). Sedangkan stimulus atau rangsangan



disini terdiri dari empat unsur pokok, yakni sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan (Wawan, A, 2011: 56).

Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Secara umum mengenai kepuasan atau ketidakpuasan konsumen merupakan hasil dari adanya perbedaan-perbedaan antara harapan konsumen dengan kinerja yang dirasakan oleh konsumen tersebut. Dari beragam definisi kepuasan konsumen yang telah diteliti dan didefinisikan oleh para ahli pemasaran, dapat disimpulkan bahwa kepuasan konsumen merupakan suatu tanggapan perilaku konsumen berupa evaluasi purna beli terhadap suatu barang atau jasa yang dirasakannya (kinerja produk) dibandingkan dengan harapan konsumen (Priyoto, 2014: 244).

### **2.1.5 Kesiapan Berperilaku Sehat**

Kesiapan berasal dari kata “siap” mendapat awalan ke- dan akhiran -an. Di dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2003) kesiapan adalah suatu keadaan bersiap-siap untuk mempersiapkan sesuatu. Menurut Priyoto (2014: 79) beberapa faktor yang mempengaruhi kesiapan individu dalam menghadapi perubahan-perubahan yang terjadi dalam dirinya, faktor tersebut adalah sebagai berikut:

#### **2.1.5.1 Karakteristik**

Dalam lingkungan masyarakat kita melihat bahwa ada perbedaan yang berlaku dan diterima secara luas oleh masyarakat. Perbedaan ras, suku, agama, pendidikan, jenis kelamin, usia atau umur, tinggi badan, dan lain sebagainya juga membedakan manusia yang satu dengan yang lainnya. Menjelaskan bahwa karakteristik pada tiap individu meliputi:

### 1. Pendidikan

Suatu proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan.

### 2. Umur

Semakin tua umur seseorang, maka pengalaman akan bertambah sehingga akan meningkatkan pengetahuannya akan suatu objek.

### 3. Pekerjaan

Sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah atau mata pencaharian.

#### **2.1.5.2 Sosial Ekonomi**

Keadaan sosial ekonomi mempengaruhi faktor fisik, kesehatan dan pendidikan. Apabila faktor-faktor tersebut cukup baik, akan mengurangi beban fisiologis dan psikologis. Status sosial adalah sekumpulan hak dan kewajiban yang dimiliki seseorang dalam masyarakatnya (Ralph Linton). Orang yang memiliki status sosial yang tinggi akan ditempatkan lebih tinggi dalam struktur masyarakat dibandingkan dengan orang yang status sosialnya rendah.

#### **2.1.5.3 Pengetahuan**

##### **2.1.5.3.1 Pengertian**

Merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga, pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting untuk tindakan seseorang. Dalam perilaku seseorang tentang kesehatan ada tiga faktor, yaitu:

a. Faktor predisposisi (*predisposissing factor*)

Suatu keadaan yang dapat mempermudah dalam mempengaruhi individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, faktor demografi seperti status ekonomi, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman.

b. Faktor pendukung (*enabling factor*)

Berkaitan dengan lingkungan fisik, tersedianya sarana dan fasilitas kesehatan misalnya Puskesmas, obat-obatan dan lain-lain.

c. Faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat seperti tokoh agama, tokoh masyarakat, dan lain-lain (Priyoto, 2014: 79)

### **2.1.5.3.2 Tingkat Pengetahuan**

a. Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b. Memahami (*comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).

d. Analisis (*analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

## 2.1.6 Konsep Persepsi

### 2.1.6.1 Pengertian Persepsi

Menurut Herri Zan Pieter (2010: 39) persepsi berkenaan dengan fenomena dimana hubungan antara stimulus dan pengalaman yang lebih kompleks ketimbang dengan fenomena yang ada pada sensasi. Fenomena persepsi tergantung pada proses-proses yang lebih tinggi tingkatannya.

### **2.1.6.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi**

Secara umum, adapun faktor-faktor yang memengaruhi persepsi seseorang yaitu (Herri Zan Pieter, 2010: 40):

1. Minat, artinya semakin tinggi minat seseorang terhadap suatu objek atau peristiwa, maka semakin tinggi juga minatnya dalam memersepsikan objek atau peristiwa.
2. Kepentingan, artinya semakin dirasakan penting terhadap suatu objek atau peristiwa tersebut bagi diri seseorang, maka semakin peka dia terhadap objek-objek persepsinya.
3. Kebiasaan, artinya objek atau peristiwa semakin sering dirasakan seseorang, maka semakin terbiasa dirinya di dalam membentuk persepsi.
4. Konstansi, artinya dalam adanya kecenderungan seseorang untuk selalu melihat objek atau kejadian secara konstan sekalipun sebenarnya itu bervariasi dalam bentuk, ukuran, warna dan kecemerlangan.

### **2.1.7 Definisi dan Fungsi dari Puskesmas**

Menurut Satrianegara, M. Fais (2009: 28) organisasi kesehatan tingkat Kecamatan adalah Puskesmas yang merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II, di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Tingkat II. Puskesmas mempunyai tugas pelayanan upaya tugas pelayanan upaya kesehatan yang urusannya telah diserahkan kepada otonom dan tugas pembantuan.

### **2.1.7.1 Puskesmas**

Puskesmas adalah satu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat dan membina peran serta masyarakat, di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Kegiatan pokok Puskesmas. Sesuai dengan kemampuan tenaga dan fasilitas yang berbeda-beda, maka kegiatan pokok yang dilaksanakan oleh Puskesmas akan berbeda pula. Namun demikian, kegiatan pokok Puskesmas yang seharusnya dilakukan adalah delapan belas usaha pokok. Fungsi Puskesmas ialah sebagai berikut:

1. Sebagai pusat pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
2. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
3. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat wilayah kerjanya.

### **2.1.7.2 Puskesmas Pembantu**

Adalah unit pelayanan kesehatan sederhana yang berfungsi menunjang dan membantu melaksanakan kegiatan-kegiatan yang dilakukan Puskesmas dalam ruang lingkup wilayah lebih kecil.

### **2.1.7.3 Puskesmas Keliling**

Merupakan unit pelayanan kesehatan keliling yang dilengkapi dengan kendaraan bermotor roda empat atau perahu bermotor dan peralatan komunikasi, serta sejumlah tenaga yang berasal dari Puskesmas.

#### **2.1.7.4 Unit Pelaksana Teknis Puskesmas**

Dibentuk apabila perlu, bertugas melaksanakan salah satu upaya kesehatan secara terpisah di antaranya adalah Puskesmas pembantu dan bidan di desa. Proses dalam melaksanakan fungsinya, dilakukan dengan cara:

- 1) Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
- 2) Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien.
- 3) Memberi bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan.
- 4) Memberi pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat.
- 5) Bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program Puskesmas (Satrianegara, M. Fais, 2009: 28).

#### **2.1.8 Standar Layanan Kesehatan**

Standar layanan kesehatan merupakan bagian dari layanan kesehatan itu sendiri dan memainkan peranan yang penting dalam mengatasi masalah mutu layanan kesehatan. Jika suatu organisasi layanan kesehatan ingin menyelenggarakan layanan kesehatan yang bermutu secara taat-asas atau konsisten, keinginan tersebut harus dijabarkan menjadi suatu standar layanan kesehatan atau standar prosedur operasional. Secara luas, pengertian standar layanan kesehatan ialah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu

akan menyangkut masukan, proses, dan keluaran (*outcome*) sistem layanan kesehatan.

Manfaat standar layanan kesehatan pada setiap proses layanan kesehatan selalu terjadi variasi. Perbedaan atau variasi adalah wajar dan selalu akan terjadi pada setiap proses layanan kesehatan. Meskipun demikian, melalui teknik pendekatan peningkatan mutu yang berkesinambungan, petugas kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan dan mampu mengendalikan variasi yang terjadi dalam sistem layanan kesehatan. Tujuannya adalah agar variasi tersebut selalu berada dalam batas-batas kendali (Imbalo S. Pohan. 2013: 29).

### **2.1.9 Mutu Pelayanan Kesehatan**

Mutu sebagai suatu konsep yang diterapkan dan dipraktikkan dengan cara dan gaya yang sama pada setiap keadaan. Pada umumnya, mutu layanan kesehatan terfokus pada konsep bahwa layanan kesehatan memiliki tiga landasan utama yaitu mutu, akses, dan biaya. Walaupun satu sama lain saling bergantung dan masing-masing dapat berdampak pada yang lain, mutu berdampak lebih kuat pada dua landasan lainnya. Mutu dapat dicapai jika layanan yang terjangkau dapat diberikan dengan cara yang pantas, efisien, dan hemat biaya. Layanan bermutu adalah layanan yang berorientasi pelanggan (*customer-oriented*), tersedia (*available*), mudah didapat (*accessible*), memadai (*acceptable*), terjangkau (*affordable*), dan mudah dikelola (*controllable*). Mutu tercapai ketika kebutuhan dan harapan pelanggan terpenuhi (Al-Assaf, A.F. 2013: 1).

Mutu juga dapat diukur dengan menggunakan tiga komponen, yaitu: *input*, *proses*, dan *output*. Kualitas *input* (struktur) dapat diukur meliputi kualitas



petugas, suplai, perlengkapan, dan sumber daya fisik. Mutu dalam menjalankan proses juga dapat diukur melalui prosedur diagnosis, terapeutik dan perawatan pasien, serta protokol, semuanya dapat diukur dan dapat dikuantifikasi. Hal yang sama juga berlaku bagi *outcome* atau hasil dari suatu sistem (Al-Assaf, A. F. 2013: 15).

Untuk mengatasi masalah tersebut, telah disepakati bahwa pembahasan tentang kepuasan pasien yang dikaitkan dengan mutu pelayanan kesehatan mengenal paling tidak dua pembatasan.

#### 1. Pembatasan pada derajat kepuasan pasien

Pembatasan pertama yang telah disepakati adalah pada derajat kepuasan pasien. Untuk menghindari adanya subjektivitas individual yang dapat mempersulit pelaksanaan program menjaga mutu, maka ditetapkan bahwa ukuran yang dapat dipakai untuk mengukur kepuasan disini bersifat umum yakni sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk.

#### 2. Pembatasan pada upaya yang dilakukan

Pembatasan kedua yang telah disepakati pada upaya yang dilakukan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien, untuk melindungi kepentingan pemakai jasa pelayanan kesehatan, ditetapkan upaya yang dilakukan tersebut harus sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi, bukanlah pelayanan kesehatan yang bermutu. Dengan kata lain dalam pengertian mutu pelayanan kesehatan tercakup pula kesempurnaan tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan (Satrianegara, M. Fais, 2009: 113).

### 2.1.10 Ukuran Mutu Pelayanan Kesehatan

Pemberi pelayanan adalah pejabat/pegawai instansi pemerintah yang melaksanakan tugas dan fungsi di bidang pelayanan, sedangkan penerima pelayanan adalah orang atau badan hukum yang menerima pelayanan dari instansi pemerintah. Karakteristik pelayanan umum menurut SK Menpan No. 81/1993 mengandung unsur kesederhanaan, efisiensi, ekonomis, keadilan, dan ketepatan waktu (Satrianegara, M. Fais, 2009: 115).

Dalam pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua elemen dasar mutu yaitu:

- 1) Layanan teknik (*technical care*) yaitu penerapan ilmu dan teknis bagi kedokteran atau ilmu kesehatan lainnya ke dalam penanganan masalah kesehatan;
- 2) Layanan interpersonal (*interpersonal care*) yaitu merupakan interaksi sosial dan psikososial antara pasien dan praktisi kesehatan lainnya, misalnya dokter dan perawat, serta kenyamanan (*aminties* yaitu menggambarkan berbagai kondisi seperti ruang tunggu yang menyenangkan, ruang pemeriksaan yang nyaman, dan lain-lain).

Menurut Lembaga Administrasi Negara terdapat beberapa ukuran mutu pelayanan yang sering dijumpai di berbagai kajian, yaitu:

- 1) Proses pelayanan dilaksanakan sesuai prosedur,
- 2) Petugas pelayanan memiliki kompetensi yang diperlukan,
- 3) Tidak bertentangan dengan kode etik,
- 4) Pelaksanaan pelayanan dapat memuaskan pelanggan dan petugas pelayanan,
- 5) Pelayanan mendatangkan keuntungan bagi lembaga penyedia layanan.

Menurut *Journal of Asian Scientific Research* (2013: 776) hasil dari penelitian ini menggabungkan perspektif pasien ketika mengevaluasi dan merancang program perawatan kesehatan sekarang. Penilaian berbasis pasien perawatan medis yang digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan. Hingga 80% dari keluhan pasien disebabkan oleh rendahnya komunikasi antara pasien dan dokter. Alasan utama dalam pembentukan lembaga kesehatan adalah pelanggan (*klien*). Pengalaman mereka dengan sistem kesehatan akan menentukan sikap mereka terhadap institusi kesehatan, menentukan kunjungan kembali, kesesuaian dengan pengobatan dan prestasi keberhasilan pengobatan yang lebih baik. Oleh karena itu pemantauan dari pengalaman pasien mengenai kesehatan perawatan dapat memberikan tolak ukur kualitas pelayanan kesehatan.

#### **2.1.11 Indikator Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan**

Menurut Satrianegara, M. Fais (2009: 116) pendekatan dalam pelaksanaan evaluasi menggunakan pendekatan yang lazim di pakai pendekatan struktur/*input*, proses dan hasil (*output*).

1. Pendekatan struktur/*input* adalah berfokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi dari manajemen termasuk komitmen, dan *stakeholder* lainnya, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas dimana pelayanan diberikan.
2. Pendekatan proses adalah semua metode dengan cara bagaimana pelayanan dilaksanakan.
3. Hasil (*output*) adalah hasil pelaksanaan kegiatan, perlu diperjelas perbedaan istilah *output* dan *outcome*. *Output* adalah hasil yang dicapai dalam jangka

pendek, misalnya akhir dari kegiatan pemasangan infuse, sedangkan *outcome* adalah hasil yang terjadi setelah pelaksanaan kegiatan jangka pendek misalnya *phlebitis* setelah 3 x 24 jam pemasangan *infuse*.

Menurut Imbalo S. Pohan (2013: 70) standar keluaran (*outcome*) atau hasil layanan kesehatan ialah hasil layanan kesehatan yang telah dilaksanakan sesuai standar layanan kesehatan. Kriteria *outcome* yang umum digunakan antara lain:

- a. Kepuasan pasien
- b. Pengetahuan pasien
- c. Fungsi pasien
- d. Indikator kesembuhan, kematian, komplikasi, dan lain-lain.

Salah satu cara untuk menentukan kriteria adalah dengan menggunakan prinsip “AMOUR”, yaitu (Satrianegara, M. fais, 2009: 146):

- a. **Achievable**, suatu kriteria yang harus dapat dicapai.
- b. **Measurable**, suatu kriteria yang dapat diukur.
- c. **Observable**, suatu kriteria yang dapat diamati.
- d. **Understandable**, kriteria harus dimengerti oleh siapa yang akan menggunakan.
- e. **Reasonable**, suatu kriteria harus layak atau masuk akal, penting diperhatikan bahwa profesi layanan kesehatan yang tidak terlibat dalam penyusunan standar layanan kesehatan, pasti memiliki “standar pribadi”, tentunya bukan layanan kesehatan yang resmi.

4. Indikator penilaian mutu pelayanan kesehatan.

Mutu pelayanan kesehatan dapat dikaji antara lain berdasarkan tingkat pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan oleh masyarakat dan tingkat efisiensi institusi sarana kesehatan (Satrianegara, M. Fais: 2009,117).

Meningkatnya kesadaran masyarakat akan kesehatan, akan mengakibatkan tuntutan peningkatan pelayanan kesehatan. Salah satu upaya mengantisipasi keadaan tersebut dengan menjaga kualitas pelayanan, sehingga perlu dilakukan upaya terus menerus agar dapat diketahui kelemahan dan kekurangan jasa pelayanan kesehatan. Semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan kesehatan, maka fungsi pelayanan secara perlu ditingkatkan untuk memberi kepuasan pasien. Kualitas pelayanan merupakan suatu bentuk penilaian konsumen (pasien) terhadap tingkat pelayanan yang diterima dengan tingkat layanan yang diharapkan. Mutu pelayanan kesehatan yang diberikan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien, makin sempurna kebutuhan dan tuntutan setiap pasien, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan.

#### **2.1.12 Dimensi Mutu yang Digunakan Untuk Mengevaluasi Mutu Pelayanan**

Dimensi mutu pelayanan kesehatan menurut Lori Di Prete Brown, et al., dalam bukunya *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*, Mutu merupakan fenomena yang komprehensif dan *multi fact*. Kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut satu atau beberapa dimensi seperti berikut: dimensi mutu tepat untuk pelayanan klinis maupun manajemen untuk mendukung pelayanan kesehatan. Delapan dimensi mutu ini dapat membantu pola pikir dalam

menetapkan masalah dan menganalisa masalah yang ada untuk mengukur sampai sejauh mana telah dicapai standar program atau standar pelayanan kesehatan.

- |  |
|--|
| <p>Dimensi mutu pelayanan kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kompetensi teknik (<i>technical competence</i>)</li> <li>2. Akses terhadap pelayanan (<i>access to service</i>)</li> <li>3. Efektivitas (<i>effectiveness</i>)</li> <li>4. Efisiensi (<i>efficiency</i>)</li> <li>5. Kontinuitas (<i>continuity</i>)</li> <li>6. Keamanan (<i>safety</i>)</li> <li>7. Hubungan antar manusia (<i>interpersonal relation</i>)</li> <li>8. Kenyamanan (<i>amenities</i>)</li> </ol> |
|--|

Gambar 2.1 Delapan dimensi mutu pelayanan kesehatan (Djoko Wijono, 2000:35)

Mutu suatu organisasi pemberi pelayanan sangat sulit diukur dan lebih bersifat subjektif sehingga aspek mutu menggunakan beberapa dimensi karakteristik sebagai berikut:

1. *Communication*, yaitu komunikasi atau hubungan antara penerima dengan pemberi jasa.
2. *Credibility*, kepercayaan pihak penerima jasa terhadap pemberi jasa.
3. *Security*, yaitu keamanan terhadap jasa yang ditawarkan.
4. *Knowing the customer*, yaitu pengertian dari pihak pemberi jasa pada penerima jasa atau pemahaman pemberi jasa terhadap kebutuhan dengan harapan pemakai jasa.
5. *Tangible*, yaitu bahwa dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan harus diukur atau dibuat standartnya.
6. *Reliability*, yaitu konsistensi kerja pemberi jasa dan kemampuan pemberi jasa.
7. *Responsiveness*, yaitu tanggapan pemberi jasa terhadap kebutuhan dan harapan penerima jasa.

8. *Competence*, yaitu kemampuan atau keterampilan pemberi jasa yang di butuhkan setiap orang dalam perusahaan untuk memberikan jasanya kepada penerima jasa.
9. *Acces*, yaitu kemudahan pemberi jasa untuk dihubungi oleh pihak pelanggan.
10. *Courtesy*, yaitu kesopanan, aspek perhatian, dan kesamaan dalam hubungan personel (Satrianegara, M. Fais, 2009: 118).

Berikut dimensi mutu layanan kesehatan dan indikatornya menurut Imbalo S. Pohan (2013: 176).

Tabel 2.1 Dimensi Mutu Layanan Kesehatan dan Indikatornya

No.	Dimensi mutu layanan kesehatan	Indikator
1.	Kompetensi teknis	Dilayani oleh dokter, dilayani oleh bidan, peralatan, standar layanan kesehatan, gedung, kamar periksa, penyuluhan kesehatan optimal, pemeriksaan laboratorium optimal.
2.	Akses atau keterjangkauan	Biaya transportasi, jarak geografis, bahasa, budaya, kemampuan membayar biaya pelayanan.
3.	Efektivitas	Kesembuhan, kesakitan, kecacatan, kematian, kepatuhan terhadap standar layanan kesehatan.
4.	Efisiensi	Kunjungan berulang-ulang, antrian panjang, waktu tunggu lama, obat tersedia/tidak tersedia di Puskesmas atau harus beli keluar Puskesmas.
5.	Kesinambungan	Rujukan tepat waktu dan tepat tempat, rekam medis akurat dan lengkap, laboratorium akurat dan tepat waktu, obat tersedia di Puskesmas, selalu dilayani oleh petugas kesehatan yang sama.
6.	Keamanan	Sterilitas terjamin, tidak terjadi kecelakaan, layanan kesehatan selalu dilakukan sesuai standar layanan kesehatan, tingkat infeksi nosokomial.
7.	Kenyamanan	Ruang tunggu, kursi, tidak berdesakan, tidak pengap, privasi, toilet bersih,

Lanjutan (tabel 2.1)

		Puskesmas bersih, tong sampah ada, ada musik, kamar periksa ada sekat gordena.
8.	Informasi	Prosedur layanan jelas, ada poster penyuluhan kesehatan, petunjuk arah, nama setiap ruangan, informasi biaya layanan, waktu buka dan tutup.
9.	Ketepatan waktu	Waktu buka dan tutup tepat waktu, waktu layanan tepat waktu, petugas kesehatan datang dan pulang tepat waktu, perjanjian tepat waktu.
10.	Hubungan antarmanusia	Tanggap terhadap keluhan, memberi kesempatan bertanya, informasi jelas dan mudah dimengerti, mau mendengar keluhan, suka membantu, peduli, ramah, menghargai pasien, mendahulukan pasien yang sakit parah.

Sumber: Imbalo S. Pohan (2013: 176)

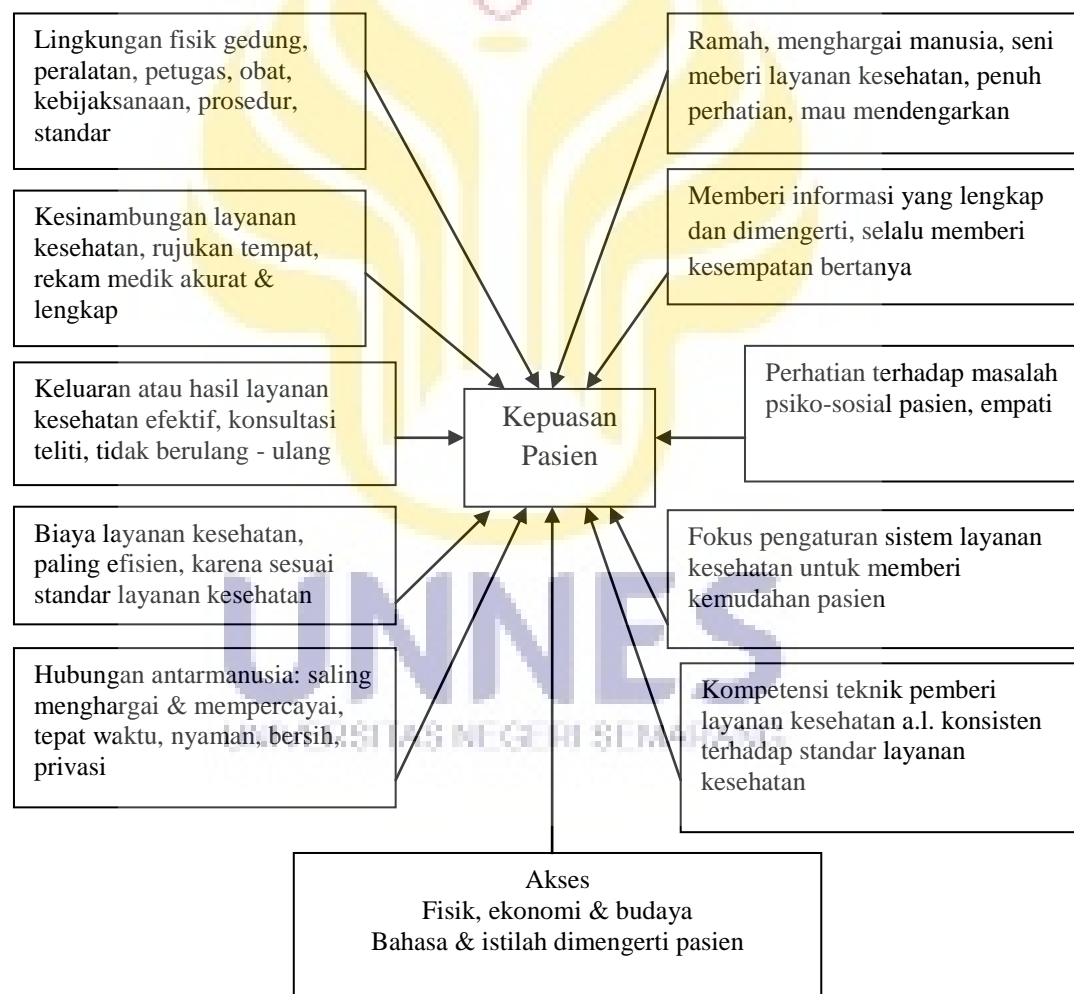
### 2.1.13 Puas Dan Tidak Puas Dalam Layanan Kesehatan

Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Kepuasan pelayanan adalah hasil pendapat dan penilaian masyarakat terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh aparatur penyelenggara pelayanan publik. (KEP/25/M.PAN/2/2004). Menurut Imbalo S. Pohan (2013: 244) pengertian secara umum mengenai kepuasan atau ketidakpuasan konsumen merupakan hasil dari adanya perbedaan-perbedaan antara harapan konsumen dengan kinerja yang dirasakan oleh konsumen tersebut. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dan harapan konsumen ketika melakukan pembelian suatu barang atau jasa, pengalaman masa lalu ketika mengkonsumsi barang atau jasa tersebut serta pengalaman teman-teman yang telah mengkonsumsi barang atau jasa tersebut dan periklanan.



### 2.1.13.1 Pengukuran Kepuasan Pasien

Telah disebutkan bahwa kepuasan pasien adalah keluaran dari layanan kesehatan dan suatu perubahan dari sistem layanan kesehatan yang ingin dilakukan tidak mungkin tepat sasaran. Karena hasil pengukuran kepuasan pasien akan digunakan sebagai dasar untuk mendukung perubahan sistem layanan kesehatan, perangkat yang digunakan untuk mengukur kepuasan pasien itu harus handal dan dapat dipercaya.



Gambar 2.2 Konsep multidimensi kepuasan pasien

Kesimpulan yang dapat dibuat dari pola pikir di atas, antara lain:

1. Komponen kepuasan dari mutu layanan kesehatan menjadi salah satu komponen utama atau penting.
2. Kepuasan pasien adalah keluaran (*outcome*) layanan kesehatan. Dengan demikian, kepuasan pasien merupakan salah satu tujuan dari peningkatan mutu layanan kesehatan.
3. Dapat dibuktikan bahwa pasien dan/atau masyarakat yang mengalami kepuasan terhadap layanan kesehatan yang diselenggarakan cenderung mematuhi nasehat, setia, atau taat terhadap rencana pengobatan yang telah disepakati.
4. Sebaliknya, pasien dan/atau masyarakat yang tidak merasakan kepuasan atau kekecewaan sewaktu menggunakan layanan kesehatan cenderung tidak mematuhi rencana pengobatan, tidak mematuhi nasehat, tidak mematuhi rencana pengobatan, berganti dokter atau pindah ke fasilitas layanan kesehatan lain.
5. Ujicoba membuktikan bahwa kepuasan pasien berdampak pada keluaran dari layanan kesehatan, artinya berdampak pada status kesehatan (Imbalo S. Pohan, 2013: 144).

Menurut Satrianegara, M. fais (2009: 141) hubungan antara kepuasan, harapan, dan persepsi pasien terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diterima, antara lain ialah:

1. Komunikasi dari mulut ke mulut

Informasi yang diperoleh dari pasien atau masyarakat yang memperoleh pelayanan yang memuaskan ataupun tidak, akan menjadi informasi yang dapat digunakan sebagai referensi untuk menggunakan atau memiliki jasa pelayanan kesehatan tersebut.

2. Kebutuhan pribadi

Pasien atau masyarakat selalu membutuhkan pelayanan kesehatan yang tersedia sebagai kebutuhan. Pasien atau masyarakat mengharapkan adanya kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan baik dalam keadaan biasa ataupun gawat darurat.

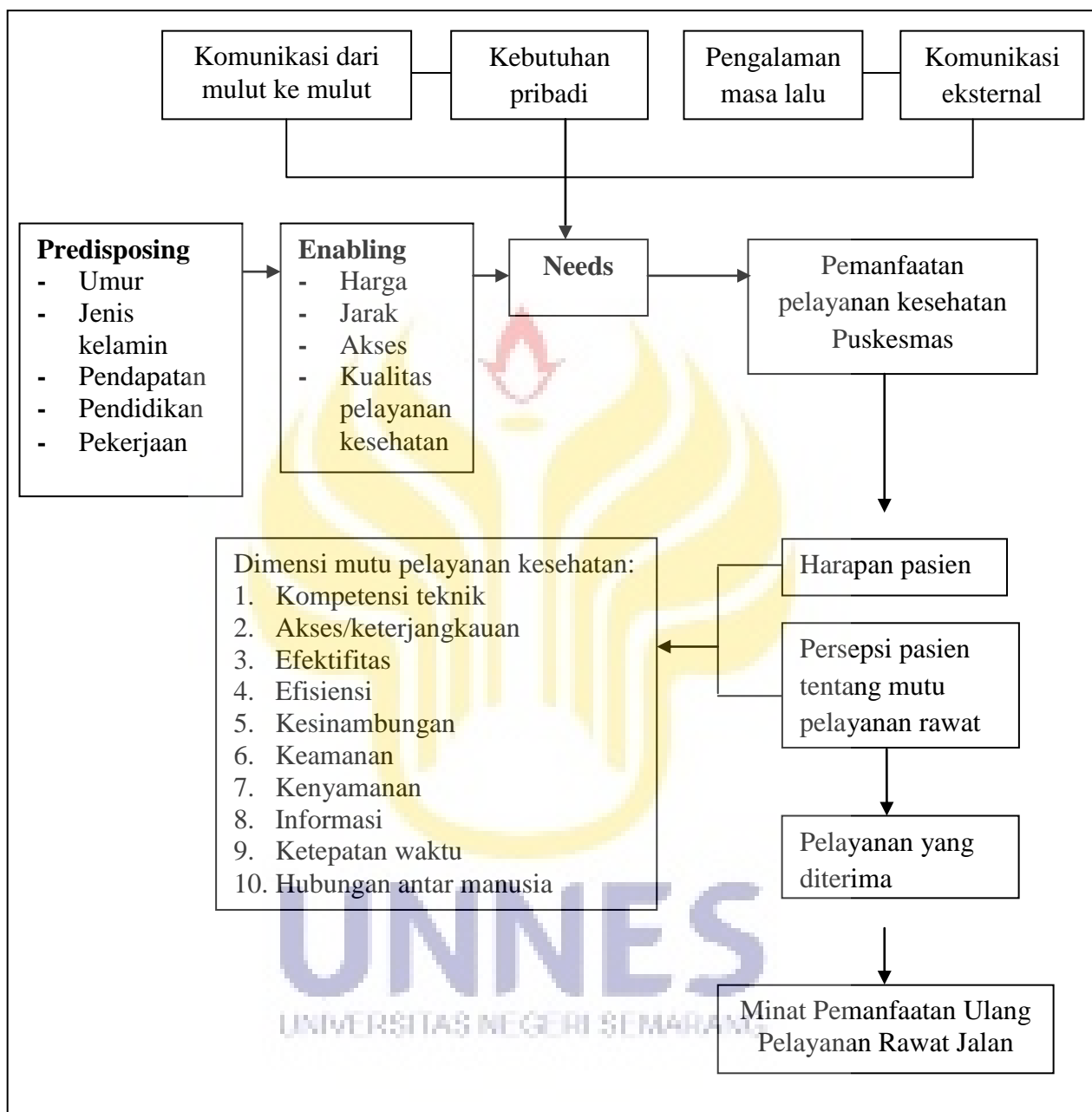
3. Pengalaman masa lalu

Pasien atau masyarakat yang pernah mendapatkan pelayanan kesehatan yang memuaskan akan kembali ke pelayanan kesehatan yang terdahulu untuk memperoleh layanan yang memuaskan sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan pengalaman masa lalu.

4. Komunikasi eksternal

Sosialisasi yang luas dari sistem pelayanan kesehatan mengenai fasilitas, sumber daya manusia, serta kelebihan-kelebihan yang dimiliki suatu instansi pelayanan kesehatan akan memengaruhi pemakaian jasa pelayanan oleh masyarakat atau pasien.

## 2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

(Sumber: Modifikasi dari Satrianegara, M. fais<sup>1)</sup>, Priyoto<sup>2)</sup>, dan Imbalo S. Pohan<sup>3)</sup>)

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti mengenai persepsi pasien tentang mutu pelayanan kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Poncol didapatkan hasil bahwa:

1. Sebagian besar pasien yang memanfaatkan pelayanan rawat jalan berjenis kelamin perempuan, kelompok umur 36-45 tahun, berpendapatan Rp 1.000.000-1.500.000 perbulannya, berpendidikan SD sampai SMA, dan bekerja sebagai ibu rumah tangga.
2. Persepsi pasien terhadap mutu pelayanan kompetensi teknik dan hubungan interpersonal/antarmanusia dalam kategori baik. Dan persepsi pasien tentang mutu pelayanan akses keterjangkauan, efisinsi, kenyamanan, dan ketersediaan informasi dalam kategori sedang.
3. Terdapat 65 responden yang menyatakan minat untuk melakukan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang, dan 31 responden yang menyatakan tidak minat untuk melakukan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang.
4. Tidak ada hubungan antara persepsi pasien tentang kompetensi teknik petugas kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang dengan  $p\ value = 0,796$ .

5. Tidak ada hubungan antara persepsi pasien tentang akses keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang dengan  $p\ value = 0,187$ .
6. Tidak ada hubungan antara persepsi pasien tentang efisiensi kelangsungan pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang dengan  $p\ value = 0,275$ .
7. Ada hubungan yang signifikan antara persepsi pasien tentang kenyamanan pelayanan kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang dengan  $p\ value = 0,012$ .
8. Ada hubungan yang signifikan antara persepsi pasien tentang ketersediaan informasi pelayanan kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang dengan  $p\ value = 0,008$ .
9. Ada hubungan yang signifikan antara persepsi pasien tentang hubungan antarmanusia petugas kesehatan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang dengan  $p\ value = 0,000$ .

## 6.2 SARAN

Berdasarkan pada simpulan hasil penelitian tersebut maka peneliti memberikan saran – saran sebagai berikut:

### 6.2.1 Bagi Petugas Kesehatan

1. Memperbaiki hubungan antara petugas kesehatan dengan pasien dengan memberikan pelayanan secara tidak membedakan pasien.
2. Lebih tanggap dengan keluhan pasien agar pasien merasa puas akan pelayanan yang diberikan oleh petugas.

3. Tindak lanjut rujukan untuk pasien disesuaikan dengan diagnosis dokter sebelumnya sehingga dapat menjadi keselarasan diagnosis dan tindakan.
4. Dokter atau petugas kesehatan lebih detail menjelaskan penyakit yang diderita pasien, agar pasien tidak mengabaikan nasihat dokter dan menghindari kekecewaan pasien yang sudah datang berobat.

### **6.2.2 Bagi Puskesmas Poncol**

1. Sebaiknya sarana penunjang di ruang tunggu lebih diperhatikan lagi, dengan menyediakan fasilitas yang memadai, agar pasien tidak jenuh pada saat menunggu antrian pelayanan kesehatan, dan memperhatikan banyaknya kabel yang bergantung agar lebih ditata rapih untuk menghindari terjadinya kecelakaan pada pasien yang sedang menunggu di ruang tunggu.
2. Lebih memperhatikan tingkat kebersihan toilet, bak mandi toilet lebih ditinggikan lagi agar air tetap higienis dan tidak sejajar lagi dengan WC.
3. Memperhatikan tata letak tong sampah di setiap sudut ruang dan menambahkan jumlah tong sampah, agar memudahkan pasien menjangkaunya.

### **6.2.3 Bagi Masyarakat**

Lebih minat lagi untuk memanfaatkan pelayanan rawat jalan di Puskesmas Poncol Kota Semarang, dan diharapkan dapat terus ikut serta dalam penilaian mutu yang ada di Puskesmas, agar Puskesmas terus berbenah menjadi pusat pelayanan dasar yang sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang masyarakat harapkan.

#### 6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Apabila akan melakukan penelitian yang serupa, dapat mengembangkan penelitian dengan menggunakan desain penelitian yang lain seperti mengenai kualitas pelayanan rawat jalan, yang lebih bisa menggambarkan persepsi pasien tentang mutu pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang pelayanan kesehatan.
2. Bagi peneliti selanjutnya dapat menggunakan variabel dimensi mutu atau teori lainnya yang berkaitan dengan persepsi dan minat pemanfaatan ulang pelayanan kesehatan.
3. Dapat menggunakan populasi pasien baru sebagai sampel penelitian, agar hasil penelitian lebih efektif untuk menilai terhadap mutu yang ada di Puskesmas, karena dengan pasien baru suatu layanan kesehatan akan menjadi kesan pertama bagi pasien untuk menentukan pasien baru tersebut apakah mempunyai minat untuk melakukan pemanfaatan ulang.



## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Assaf, A, f, 2013, *Mutu Pelayanan Kesehatan Perspektif Internasional*. Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Budiarto, Eko, 2001, *Biostatistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2013, *Profil Kesehatan Indonesia*, diakses pada tanggal 21 Maret 2015 (<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2013.pdf>)
- Diana Zahrotul, F, 2007, *Hubungan Antara Persepsi Pasien Tentang Manajemen Pelayanan Dengan Kepuasan Pasien Baru Rawat Jalan Di Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan Tahun 2006*, Skripsi, Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2013, *Profil Kesehatan Kota Semarang*, Dinas Kesehatan Kota Semarang, Semarang, diakses pada tanggal 21 Maret 2015, (<http://www.depkes.go.id/resources/download/profil-dkk/profil-kesehatan-2013.html.pdf>)
- Djoko Wijono, 2000, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University Press, Yogyakarta.
- Fill Hendra Hasbi, 2012, *Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2012*, Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.
- Herri Zan Pieter, 2010, *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*, Kencana, Jakarta.
- Imbalo S. Pohan 2013, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*, Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara, 2004, *Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah*, diakses 18 Mei 2015 (<http://fapet.ub.ac.id/wp-content/uploads/2013/03/Kep-Men-PAN-25-Th-2004-Ttg-Pedoman-Umum-Penyusunan-IKM.pdf>)

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2003, *Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*, diakses pada tanggal 7 Juni 2015 (<http://fabet.ub.ac.id/wp-content/uploads/KepMen.RI/1457/Menkes/SK/X-2003-Standar-Pelayanan-Minimal-SPM.pdf>)

Menteri Kesehatan RI, 2014, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*, diakses pada tanggal 21 Maret 2015. (<http://www.depkes.go.id/resources/download/peraturan/PMK-No-75-Th-2014-ttg-Puskesmas.pdf>)

Moh. Nazir, 2009, *Metode Penelitian*, Ghalia Indonesia, Bogor.

Mumpun Sari. K, 2014, *Analisis Hubungan Persepsi Mutu Pelayanan Antenatal Terhadap Kepuasan Ibu Hamil Di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang*, Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.

Notoatmodjo, S, 2007, *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*, Rineka Cipta. Jakarta.

\_\_\_\_\_, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.

\_\_\_\_\_, 2012, *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.

Oluwole Adeyemi Babatunde, 2013, *Primary Health Care Consumers' Perception Of Quality Of Care And Its Determinants In North-Central Nigeri*, Journal of Asian Scientific Research, Vol 3 (7): 775=785, diakses 18 Mei 2016, ([http://www.aessweb.com/pdf-files/jasr-3\(7\)-775-785.pdf](http://www.aessweb.com/pdf-files/jasr-3(7)-775-785.pdf))

Prayitno, Duwi, 2010, *Paham Analisa Statistik Data Dengan SPSS*, Mediakom, Yogyakarta.

Priyoto, 2014, *Teori Sikap Dan Perilaku Dalam Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta.

Profil Puskesmas Poncol, 2014, *Laporan Rutin Akhir Tahun Puskesmas Poncol*.

Raharjo, 2013, *Uji Validitas dan Reliabilitas*, diakses 18 Mei 2015, (<http://statistikpendidikan.com/wp-content/uploads/2013/04/validitas-reliabilitas.raharjo.pdf>)

- Resti Dwijayati, 2014, *Hubungan Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Kunjungan Ulang Pasien Diabetes Mellitus Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Karya Asih Palembang*, Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya. diakses 12 Oktober 2015. ([http://www.akademik.unsri.ac.id/paper12/download/paper/TA\\_10101001\\_046.pdf](http://www.akademik.unsri.ac.id/paper12/download/paper/TA_10101001_046.pdf))
- Riyanto, Agus, 2011, *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Saifuddin Azwar, 2012, *Penyusunan Skala Psikologi*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Satrianegara, M.Fais dan Saleha, Siti, 2009, *Buku Ajar Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Kebidanan*, Salemba Medika. Jakarta.
- Subaris, Heru, 2009, *Teknik Sampling Untuk Penelitian Kesehatan*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Sugiyono, 2011, *Metodologi Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, Alfabeta, Bandung.
- Wathek S Ramez, 2012, *Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain*, International Journal of Business and Social Science, Vol\_3\_No\_18\_Special\_Issue\_September 2012, diakses 18 Mei 2015, (<http://ijbssnet.com/journals>)
- Wawan, A, 2011, *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Manusia*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Yuliasuti, Tri, 2009, *Hubungan Antara Persepsi Terhadap Kualitas Pelayanan Dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Jalan Di Ruang Okupasi Terapi RSOS Tahun 2009*, Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.