



**HUBUNGAN MUTU PELAYANAN TERHADAP
MINAT KUNJUNGAN ULANG PASIEN RAWAT
INAP DI PUSKESMAS II TAMBAK
KABUPATEN BANYUMAS 2015**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

UNNES

Disusun oleh :

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

NUR FAJRI ISTIQOMAH

6411411123

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAHAAN
2016**

ABSTRAK

Nur Fajri Istiqomah

Hubungan Mutu Pelayanan terhadap Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015,

VI + 146 halaman + 18 tabel + 7 gambar + 11 lampiran

Mutu pelayanan menunjukkan tingkat kesempurnaan suatu pelayanan kesehatan yang akan berdampak pada kesediaan pasien untuk mau menggunakan ulang pelayanan kesehatan tersebut. Puskesmas II Tambak adalah salah satu Puskesmas di Kabupaten Banyumas yang menyediakan pelayanan rawat inap. Pada tahun 2014 jumlah kunjungan pasien rawat inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas mengalami penurunan cukup signifikan dari tahun sebelumnya.

Jenis penelitian ini adalah survey *eksplanatory* dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik yang digunakan dalam pengambilan sampel adalah *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu. Jumlah sampelnya adalah 50.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara mutu pelayanan dimensi *reliability* ($0,037 < 0,05$), dimensi *responsiveness* ($0,006 < 0,05$), dimensi *assurance* ($0,006 < 0,05$), dimensi *empathy* ($0,034 < 0,05$), dimensi *tangible* ($0,003 < 0,05$) dengan minat kunjungan ulang pasien.

Kesimpulan penelitian ini ada hubungan mutu pelayanan (*reliability, responsiveness, assurance, empathy, dan tangible*) dengan minat kunjungan ulang pasien rawat inap Puskesmas II Tambak 2015. Saran yang dapat diberikan yaitu mempertahankan mutu pelayanan rawat inap Puskesmas II Tambak, mensosialisasikan kepada masyarakat supaya mau memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas II tambak.

Kata Kunci : Mutu Pelayanan, Rawat Inap, Minat Kunjungan Ulang

Kepustakaan : 36(2005 - 2015)

ABSTRACT

Nur Fajri Istiqomah

Relation of Health Service Quality and re-visit interest of hospitalized patient at Tambak II public health center, Banyumas, 2015.

VI + 146 pages + 18 table + 7 image + 11 attachments

Quality of service indicates the level of perfection of a health service which will have an impact on the willingness of the patient to want to re-use the health services. Tambak II public health center in the district of Banyumas Providing inpatient services. In 2014 the number of visits patients at Tambak II public health center decreased significantly from the previous year.

The type of this research is an explanatory survey with cross sectional approach. The techniques used in taking the sample is a purposive sampling which applied certain considerations in taking the sample. The number of sample is 50.

The result of this research show that there is relation between the quality of service dimension of reliability ($0,037 < 0,05$), dimension of responsiveness ($0,006 < 0,05$), dimension of assurance ($0,006 < 0,05$), dimension of empathy ($0,034 < 0,05$), dimension of tangible ($0,003 < 0,05$) with re-visit interest.

The conclusion of this there is relationship between health service quality (reliability, responsiveness, assurance, empathy and tangible) repeat visits to interest inpatient of Tambak II public health center in 2015. Advice given to maintain the service quality of Tambak II public health center. Disseminate to the public that want to take advantage of health services in Tambak II public health center.

Keywords : *Quality of Service, hospitalized patient, re-visit interest.*

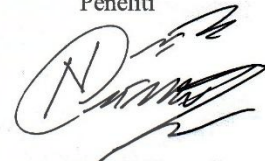
Bibliography : 36 (2005-2015)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi di lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya di dalam daftar pustaka.

Semarang, Desember 2015

Peneliti



Nur Fajri Istiqomah

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Nur Fajri Istiqomah, NIM : 6411411123, dengan judul "Hubungan Mutu Pelayanan terhadap Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015"


Pada hari : Selasa
Tanggal : 19 Januari 2016

Panitian Ujian

Ketua Panitia

Prof. Dr. Tandjwo Rahayu, M.Pd
NIP.19610320.198403.2.001


Sekretaris,


Mardiana, SKM.M.Si
NIP.19800420.200501.2.003

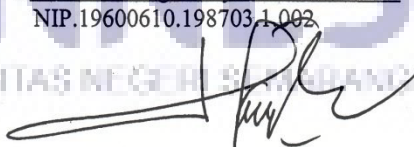
Dewan Penguji

Tanggal persetujuan


Ketua Penguji 1. Drs. Bambang Wahyono SKM.M.Kes
NIP.19600610.198703.1.002


30/1 - 2016

Anggota Penguji 2. dr. Anik Setyowahyuningsih M.Kes
NIP.19740903.200604.2.001


09/1 - 2016

Anggota Penguji (Pembimbing) 3. dr. Fitri Indrawati M.P.H
NIP.19830711.200801.2.008


16/1 - 2016

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

1. Yakinlah rencana Allah lebih baik
2. Jangan berhenti bersabar karena akan ada keindahan di balik itu semua
3. Orang yang hebat adalah orang yang sedang bersedih tetapi tetap berusaha membahagiakan orang lain

Persembahan

1. Bapak dan Ibu tercinta atas segala do'a, perjuangan dan pengorbanannya.
2. Kakakku Achmad Yusuf Sulaiman dan adikku Fikri Nur Ramadhan.
3. Almamater Universitas Negeri Semarang.



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, berkah dan ridhonya sehingga skripsi yang berjudul “Hubungan Mutu Pelayanan terhadap Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015” dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini dapat terselesaikan dengan bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, saya menyampaikan terima kasih kepada :

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas ijin penelitian yang telah diberikan.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs. Tri Rustiasi, M.Kes, atas ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Irwan Budiono, S.KM, M.Kes, atas persetujuan penelitian yang telah diberikan.
4. Dosen pembimbing, Ibu dr. Fitri Indrawati M.P.H, atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama di bangku kuliah.
6. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Bapak Sungatno) dan seluruh staff TU Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang yang

telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perjinan penelitian.

7. Kepala Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas, Bapak dr Harry Widyatomo atas ijin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian.
8. Karyawati TU Puskesmas II Tambak, Ibu Roisah atas ijin dan bantuan dalam penelitian.
9. Segenap karyawan dan staff di Puskesmas II Tambak atas ijin dan bantuan dalam pelaksanaan penelitian.
10. Seluruh pasien rawat inap Puskesmas II Tambak atas kerjasama dan kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian.
11. Bapak, Mamah (Alm), Ibu, Kakakku Achmad Yusuf Sulaiman dan Adikku Fikri Nur Ramadhan atas dorongan dan bantuannya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
12. Sahabat-sahabatku, Ria Rizky Setianingrum, Marliani Eka S, Shinta Ayu R, Ayu Prihantin D, Defi M, Indry G, Kinanti, Lana Izzul A, Husni Oktiasari, Cahya Milia, Oktiavany A, Novia P.
13. Rekan-rekan mahasiswa Ilmu Kesehatan Masyarakat 2011 atas motivasi dalam penyelesaian skripsi ini.
14. Semua pihak yang terlibat yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas segala bantuan.

Penulis sadar bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi yang telah penulis buat ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Semarang, Desember 2015



Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK.....	ii
<i>ABSTRAK</i>	iii
PERNYATAAN.....	iv
PERSETUJUAN.....	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1. Tujuan Umum.....	8
1.3.2. Tujuan Khusus.....	8
1.4. Manfaat Penelitian.....	9
1.4.1. Bagi Ilmu Pengetahuan.....	9
1.4.2. Bagi Puskesmas II Tambak.....	9
1.4.3. Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	9
1.4.4. Bagi Peneliti.....	10

1.5.	Keaslian Penelitian.....	10
1.6.	Ruang Lingkup Penelitian.....	12
1.6.1.	Ruang Lingkup Tempat.....	12
1.6.2.	Ruang Lingkup Waktu	12
1.6.3.	Ruang Lingkup Materi	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....		13
2.1.	Landasan Teori.....	13
2.1.1.	Minat Kunjungan Ulang.....	13
2.1.2.	Mutu Pelayanan Kesehatan	17
2.1.3.	Puskesmas	34
2.1.4.	Pelayanan Rawat Inap	39
2.2.	Kerangka Teori.....	42
BAB III METODE PENELITIAN.....		43
3.1.	Kerangka Konsep	43
3.2.	Variabel Penelitian	43
3.2.1.	Variabel Bebas	44
3.2.2.	Variabel Terikat	44
3.3.	Hipotesis Penelitian.....	45
3.4.	Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	46
3.5.	Jenis dan Rancangan Penelitian	49
3.6.	Populasi dan Sampel Penelitian	49
3.6.1.	Populasi Penelitian.....	49
3.6.2.	Sampel Penelitian.....	50

3.6.3.	Kriteria Sampel	51
3.7.	Sumber Data Penelitian	52
3.7.1.	Data Primer	52
3.7.2.	Data Sekunder	52
3.8.	Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	53
3.8.1.	Instrumen Penelitian	53
3.8.2.	Teknik Pengambilan Data	56
3.9.	Prosedur Penelitian	57
3.9.1.	Tahap Pra Penelitian	57
3.9.2.	Tahap Pelaksana Perolehan Data	57
3.9.3.	Tahap Pasca Pengambilan Data	58
3.10.	Teknik Analisis Data	58
3.10.1.	<i>Editing</i>	58
3.10.2.	<i>Coding</i>	58
3.10.3.	<i>Entry</i>	58
3.10.4.	Analisa Data	59
BAB IV	HASIL PENELITIAN	61
4.1.	Gambaran Umum	61
4.2.	Hasil Penelitian	63
4.2.1.	Analisis Univariat	63
4.2.2.	Analisis Bivariat	69
BAB V	PEMBAHASAN	76
5.1.	Pembahasan	76

5.1.1.	Hubungan Mutu Pelayanan Dimensi <i>Reliability</i> (Dapat Dipercaya) dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas Tahun 2015	76
5.1.2.	Hubungan Mutu Pelayanan Dimensi <i>Responsiveness</i> (Daya Tanggap) dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas Tahun 2015	78
5.1.3.	Hubungan Mutu Pelayanan Dimensi <i>Assurance</i> (Jaminan) dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas Tahun 2015	79
5.1.4.	Hubungan Mutu Pelayanan Dimensi <i>Empathy</i> (Empati) dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas Tahun 2015	81
5.1.5.	Hubungan Mutu Pelayanan Dimensi <i>Tangible</i> (Bukti Langsung) dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas Tahun 2015	82
5.2.	Hambatan dan Kelemahan Penelitian	84
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....		85
6.1.	Simpulan.....	85
6.2.	Saran.....	86
DAFTAR PUSTAKA.....		87
LAMPIRAN.....		90

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini	10
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	46
Tabel 4.1 Distribusi Jenis Kelamin Responden	63
Tabel 4.2 Distribusi Umur Responden	63
Tabel 4.3 Distribusi Pendidikan Responden	64
Tabel 4.4 Distribusi Pekerjaan Responden	65
Tabel 4.5 Distribusi Lama Perawatan	65
Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan <i>Reliability</i> (Dapat Dipercaya).....	66
Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan <i>Responsiveness</i> (Daya Tanggap)	66
Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan <i>Assurance</i> (Jaminan).....	67
Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan <i>Empathy</i> (Empati).....	67
Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan <i>Tangible</i> (Bukti Fisik)	68
Tabel 4.11 Distribusi Responden Berdasarkan Minat Kunjungan Ulang	68
Tabel 4.12 Hubungan antara <i>Reliability</i> (Dapat Dipercaya) terhadap Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas.....	69
Tabel 4.13 Hubungan antara <i>Responsiveness</i> (Daya Tanggap) terhadap Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas.....	70
Tabel 4.14 Hubungan antara <i>Assurance</i> (Jaminan) terhadap Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas	72

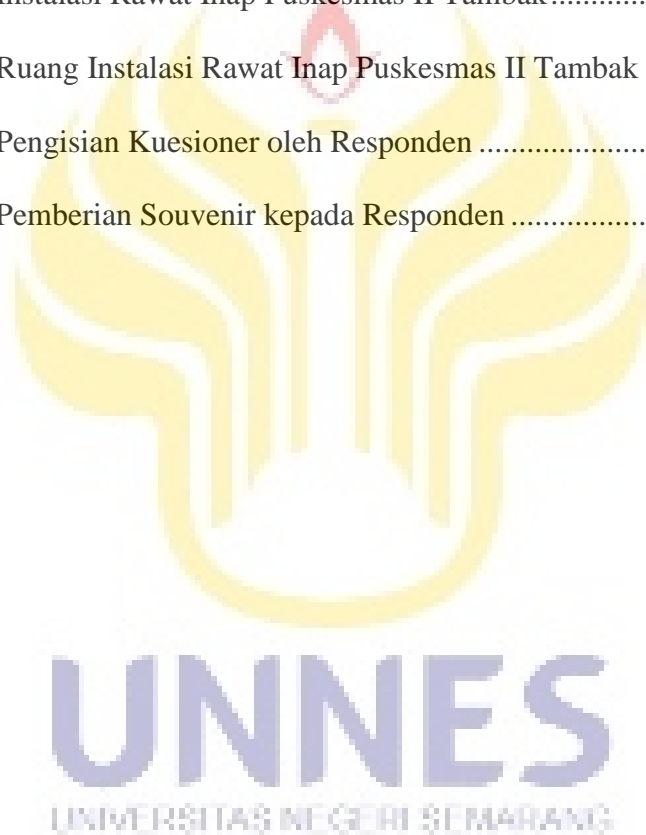
Tabel 4.15 Hubungan antara *Empathy* (Empaty) terhadap Minat Kunjungan Ulang
Pasien Rawat Inap PuskesmasII Tambak Kabupaten Banyumas..... 73

Tabel 4.16 Hubungan antara *Tangible* (Bukti Langsung) terhadap Minat
Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap Puskesmas II Tambak
Kabupaten Banyumas..... 74



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alur Pelayanan Pasien Rawat Inap Puskesmas II Tambak	41
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	42
Gambar 7.1 Puskesmas II Tambak.....	144
Gambar 7.2 Instalasi Rawat Inap Puskesmas II Tambak.....	144
Gambar 7.3 Ruang Instalasi Rawat Inap Puskesmas II Tambak	145
Gambar 7.4 Pengisian Kuesioner oleh Responden	145
Gambar 7.5 Pemberian Souvenir kepada Responden	146



DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Surat Tugas Pembimbing	92
LAMPIRAN 2 Surat Ijin Validitas.	93
LAMPIRAN 3 Surat Ijin Penelitian.....	95
LAMPIRAN 4 Surat Ijin Penelitian dari Tempat Penelitian	97
LAMPIRAN 5 <i>Ethical Clearance</i>	101
LAMPIRAN 6 Daftar Sampel Penelitian.....	102
LAMPIRAN 7 Instrumen Penelitian.....	105
LAMPIRAN 8 Data Mentah Hasil Penelitian.....	109
LAMPIRAN 9 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	123
LAMPIRAN 10 Hasil Uji Statistik	130
LAMPIRAN 11 Dokumentasi	144

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan di bidang kesehatan merupakan salah satu bagian yang penting dari pembangunan nasional. Tujuan utama dari pembangunan di bidang kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dengan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih luas, merata dan dapat terjangkau, baik oleh masyarakat perkotaan maupun masyarakat pedesaan. Derajat kesehatan yang tinggi, diharapkan akan meningkatkan kualitas sumber daya manusia itu sendiri (Armen dan Azwar, 2013:2).

Sektor kesehatan dianggap sektor jasa besar bagi negara karena memainkan peran penting untuk mengembangkan dan mempertahankan sumber daya manusia yang sehat untuk mencapai tujuan nasional. Di banyak negara di seluruh dunia, sektor kesehatan juga menjadi industri jasa tumbuh sangat kompetitif dan cepat. Pelanggan adalah evaluator kunci yang memainkan peran penting dalam mengukur kualitas pelayanan atau produk. Dalam bidang kesehatan sektor pelanggan adalah pasien, dan persepsi mereka dianggap indikator utama saat menilai kualitas layanan (Irfan, S.M. dkk, 2012:1).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 mendefinisikan 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.

Untuk mempertahankan pelanggan, pihak puskesmas dituntut selalu menjaga kepercayaan konsumen dengan memperhatikan secara cermat kebutuhan konsumen sebagai upaya untuk memenuhi keinginan dan harapan atas pelayanan yang diberikan. Konsumen puskesmas dalam hal ini pasien yang mengharapkan pelayanan kesehatan di puskesmas, bukan saja mengharapkan pelayanan medik dan keperawatan tetapi juga mengharapkan kenyamanan, akomodasi yang baik dan harmonisasi antara pegawai puskesmas dan pasien, dengan demikian perlu adanya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas (Supranto, 2006).

Puskesmas II Tambak merupakan pusat pelayanan kesehatan dasar, yang berada di wilayah timur jauh (tenggara) dari Kabupaten Banyumas. Pelayanan yang diberikan di Puskesmas II Tambak antara lain Pemeriksaan umum, Kesehatan Gigi dan Mulut, KIA-KB, Rawat Inap, Farmasi, IGD 24 jam, dan Persalinan (Profil Puskesmas II Tambak 2014).

Peningkatan kualitas pelayanan adalah salah satu isu yang sangat krusial dalam manajemen, baik dalam sektor pemerintah maupun sektor swasta. Hal ini terjadi karena di satu sisi tuntutan masyarakat terhadap perbaikan kualitas pelayanan dari tahun menjadi semakin besar, sedangkan disisi lain praktek penyelenggaraan pelayanan tidak mengalami perbaikan yang berarti (Purwoastuti dan Walayani, 2015:1).

Upaya kesehatan ditujukan untuk peningkatan kualitas pelayanan, pemerataan dan jangkauan pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan kesehatan

masyarakat perlu terus ditingkatkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat karena terwujudnya keadaan sehat adalah kehendak semua pihak, untuk mewujudkan keadaan sehat tersebut banyak hal perlu dilakukan, salah satu upaya yang dinilai mempunyai peranan yang cukup penting adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Keberhasilan upaya tersebut dapat dinilai melalui peningkatan kualitas pelayanan pada tingkat primer (Anggraini dan Rohmani, 2012:155).

Lewis dan Booms (1983) mendefinisikan mutu pelayanan sebagai ukuran seberapa bagus tingkat layanan yang diberikan mampu sesuai dengan ekspektasi konsumen. Berdasarkan definisi ini, kualitas layanan dapat diwujudkan melalui pemenuhan kebutuhan dan keinginan pasien serta ketepatan penyampaiannya untuk mengimbangi harapan pasien. Dengan demikian terdapat dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas layanan, yaitu layanan yang diharapkan dan layanan yang dirasakan (Tjiptono, 2005:93).

Mengukur mutu jasa berarti mengevaluasi atau membandingkan kinerja suatu jasa dengan seperangkat standar atau yang telah ditetapkan terlebih dahulu untuk model pengukuran. Parasuraman dan kawan-kawan telah membuat sebuah skala multi-item yang diberi nama SERVQUAL. Alat ini dimaksudkan untuk mengukur harapan dan persepsi pelanggan, dan kesenjangan (gap) yang ada pada model mutu suatu jasa. Dimensi mutu yang dikur dalam SERVQUAL adalah *reliability*, *assurance*, *tangible*, *responsiveness* dan *empathy*. Pengukuran dapat dilakukan dengan skala likert atau semantic diferensial, dimana responden cukup

memilih derajat kesetujuan atau ketidaksetujuannya atas pernyataan mutu suatu jasa (Sangadji dan Sopiah, 2013:103)

Kualitas pelayanan dinilai berdasarkan lima dimensi yaitu ; (1) keandalan pelayanan (*reliability*) yaitu kemampuan puskesmas memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya, (2) bukti langsung (*tangibles*) yaitu kemampuan puskesmas menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik puskesmas yang dapat diandalkan keadaan lingkungan sekitarnya merupakan bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa, (3) Daya tanggap (*responsiveness*) yaitu suatu kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada pasien ,dengan penyampaian informasi yang jelas, (4) Jaminan (*assurance*) yaitu pengetahuan, kesopansantunan dan kemampuan para pegawai puskesmas menumbuhkan rasa percaya para pasien dan (5) Empati (*empathy*) yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan pasien (Lupioadi, 2006).

Membeli barang atau jasa merupakan kegiatan tertentu dari proses tersebut, dan bahkan ia seringkali bukanlah bagian terpenting. Guna menerangkan pembelian tertentu, perlu kita memahami latar belakang pembeli yang bersangkutan, dan juga harus mengetahui pengalaman orang itu dengan produk atau merek yang bersangkutan (Winardi (1991) dalam Sunyoto (2013:7)). Pada intinya beraneka macam faktor masa lalu dan masa sekarang mempengaruhi konsumen. Keputusan-keputusan masa mendatang akan dipengaruhi oleh perilaku

sekarang. Andaikata seorang konsumen puas dengan merek yang dibelinya, maka ia cenderung membelinya kembali (Sunyoto, 2013:7).

Kajian teoritis tentang pemanfaatan ulang pendapat Zeithalm *et al.* (2006) bahwa minat beli ulang (*future intention*) menekankan bahwa pentingnya mengukur minat beli kembali pelanggan untuk mengetahui keinginan pelanggan yang tetap setia atau meninggalkan suatu pelayanan jasa. Konsumen yang merasa senang dan puas akan jasa yang telah dimanfaatkannya, akan berpikir untuk membeli ulang kembali jasa tersebut. Pembelian yang berulang akan membuat konsumen menjadi loyal terhadap suatu pelayanan jasa.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional mendefinisikan rawat inap tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas tentang jumlah kunjungan rawat inap di sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Banyumas diketahui jumlah kunjungan Rawat Inap pada tahun 2012 sebesar 205.370 kunjungan, tahun 2013 sebesar 228.775 kunjungan dan tahun 2014 sebesar 253.274 kunjungan (Profil Kesehatan Kabupaten Banyumas).

Kunjungan rawat inap di Puskesmas II Tambak pada tahun 2012 sebesar 922 kunjungan (39%), 502 kunjungan pasien laki-laki dan 420 kunjungan pasien

perempuan. Tahun 2013 jumlah kunjungan sebesar 1011 kunjungan (44%), dengan jumlah pasien laki-laki sebanyak 512 pasien dan kunjungan pasien perempuan sebesar 499 pasien. Tahun 2014 jumlah kunjungan rawat inap di Puskesmas II Tambak sebesar 398 kunjungan (17%), dengan 190 kunjungan pasien laki-laki dan 208 kunjungan pasien perempuan (Profil Kesehatan Puskesmas II Tambak).

Berdasarkan data Puskesmas II Tambak, pada tahun 2012 jumlah sepuluh besar penyakit di Puskesmas II Tambak adalah 7276 kasus (30%). Pada tahun 2013, sepuluh besar penyakit sejumlah 8018 kasus (32%) dan pada tahun 2014 naik menjadi 9550 kasus (38%).

Berdasarkan data BOR dan LOS Puskesmas II Tambak, tahun 2012, BOR Puskesmas II Tambak sebesar 54,2% dan LOS sebesar 3 hari. Pada tahun 2013 angka BOR Puskesmas II Tambak sebesar 64,4% dan LOS sebesar 4 hari, dan pada tahun 2014 BOR sebesar 50,4% dan LOS sebesar 3 hari. Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa presentase BOR di Puskesmas II Tambak 3 tahun terakhir bersifat fluktuasi atau naik turun dan masih dibawah standar dari tahun ke tahun (<75%). Nilai LOS Puskesmas II Tambak memiliki nilai LOS yang masih kurang ideal atau di bawah standar dari tahun ke tahun (6-9 hari).

Sementara itu data jumlah kunjungan rawat inap di Puskesmas I Tambak yang terletak dalam satu kecamatan dengan Puskesmas II Tambak menunjukkan kenaikan dari tahun ke tahun pada tahun 2012 jumlah kunjungan pasien rawat inap yaitu sebesar 179 pasien, tahun 2013 sebanyak 231 pasien dan tahun 2014 sebanyak 437 pasien (Profil Kesehatan Puskesmas I Tambak).

Hasil wawancara dengan 7 orang pasien rawat inap pada tanggal 18 Juni 2015 di instalasi rawat inap Puskesmas II Tambak didapatkan bahwa 57% pasien tidak bersedia menggunakan ulang jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas II Tambak dikarenakan kondisi fisik bangunan yang kurang nyaman, pelayanan yang lama serta keterlambatan dokter saat melakukan visit kepada pasien rawat inap. 43% lainnya menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan yang mereka dapatkan dan bersedia menggunakan ulang jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas II Tambak.

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Evi Febrianty S, M. Alitnin dan Irwandy tentang faktor yang berhubungan dengan minat pemanfaatan kembali pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2013 menunjukkan ada hubungan antara kepercayaan, pengetahuan, sikap, kualitas pelayanan, tarif/biaya, fasilitas, pelayanan personil dalam pemanfaatan pelayanan rawat inap Rumah Sakit dan variabel yang tidak berhubungan adalah jarak, lokasi, dan informasi dalam pemanfaatan pelayanan rawat inap Rumah Sakit Stella Maris.

Berdasarkan uraian kajian diatas peneliti ingin melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Mutu Pelayanan dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015”.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah tersebut, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut: “Hubungan Mutu Pelayanan

terhadap Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan mutu pelayanan terhadap minat kunjungan ulang pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui hubungan antara dimensi *reability* (dapat dipercaya) dengan minat kunjungan ulang pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015.
- 2) Mengetahui hubungan antara dimensi *responsiveness* (jaminan) dengan minat kunjungan ulang pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015.
- 3) Mengetahui hubungan antara dimensi *assurance* (nyata/tampak) dengan minat kunjungan ulang pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015.
- 4) Mengetahui hubungan antara dimensi *empathy* (empati) dengan minat kunjungan ulang pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015.

- 5) Mengetahui hubungan antara dimensi *tangible* (kehandalan) dengan minat kunjungan ulang pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi ilmu pengetahuan

Penelitian ini merupakan proses pembelajaran untuk dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama ini dan diharapkan dapat menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan mengenai hubungan kualitas pelayanan kesehatan terhadap minat kunjungan ulang pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015.

1.4.2 Bagi Puskesmas II Tambak

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan sebagai dasar pertimbangan dalam usaha perbaikan puskesmas pada umumnya dan diharapkan dapat memberikan masukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas.

1.4.3 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Diharapkan hasil penelitian ini dapat sebagai bahan masukan serta dijadikan referensi bagi mahasiswa lain dalam penelitian selanjutnya.

1.4.4 Bagi Peneliti

Merupakan sarana penerapan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh selama pendidikan yang meliputi, mutu pelayanan kesehatan dan administrasi kesehatan.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 : Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan tempat penelitian	Metodologi Penelitian	Hasil
1.	Hubungan Kepuasan Pasien dengan Minat Pasien dalam Pemanfaatan Ulang Pelayanan Kesehatan pada Praktek Dokter Keluarga	Anggraini dan Rohmani	2012. Praktek Dokter Keluarga di Klinik Sayung Husada.	Penelitian deskriptif dengan random sampling. Variabel bebas : kepuasan pasien Variabel terikat : minat pemanfaatan ulang.	Terdapat hubungan yang bermakna antara kepuasan pelayanan dokter , pelayanan tenaga medis dan pelayanan sarana prasarana dengan minat pasien kembali berkunjung ke klinik dokter. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kepuasan tenaga administrasi dengan minat pasien kembali berkunjung pasien kembali berkunjung ke klinik dokter keluarga.
2.	Pengaruh kepuasan layanan terhadap minat beli ulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Tanjung Pura tahun 2012	Muhklis.	2012. RSUD Tanjung Pura.	- Variabel bebas : kepuasan pasien rawat inap - Variabel terikat : minat pemanfaatan ulang di RSUD Tanjung Pura	Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel kepuasan layanan (tampilan fisik, keandalan, daya tanggap, jaminan dan empati) berpengaruh terhadap minat beli ulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Tanjung Pura baik secara uji serempak (Uji F)

					maupun secara uji parsial (Uji t).
3.	Faktor yang berhubungan dengan minat pemanfaatan kembali pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2013	Sugiono E. dkk.	2013. Di RS Stella Maris Makassar.	<ul style="list-style-type: none"> - Desain : cross sectional dengan teknik <i>proportional stratified random sampling</i>. - Variabel bebas : faktor kepercayaan, sikap, pengetahuan, kualitas pelayanan, jarak, tarif, fasilitas, pelayanan personil, lokasi, kecepatan pelayanan dan informasi - Variabel terikat : minat kunjungan ulang 	Diperoleh ada hubungan antara kepercayaan, pengetahuan, sikap, kualitas pelayanan, tarif/biaya, fasilitas, pelayanan personil dalam pemanfaatan pelayanan rawat inap Rumah Sakit dan variabel yang tidak berhubungan adalah jarak, lokasi, dan informasi dalam pemanfaatan pelayanan rawat inap Rumah Sakit Stella Maris.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian– penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Variabel yang berbeda dengan penelitian terdahulu, yaitu variabel terikat : minat kunjungan ulang, variabel bebas : mutu pelayanan
2. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* yaitu penelitian yang menggali, menganalisis dan menjelaskan Hubungan Mutu

Pelayanan terhadap minat kunjungan ulang pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas.

3. Penelitian ini menggunakan teknik *Purpose Sampling* yaitu pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya.

1.6 Ruang Lingkup Keilmuan

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas yang beralamatkan di Jl Balai Desa Pesantren no.28 Tambak Banyumas.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September-Oktober 2015.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Materi yang dapat dipaparkan adalah materi yang berkenaan dengan bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat yang mencakup tentang Administrasi Kebijakan Kesehatan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Minat Kunjungan Ulang

2.1.1.1 *Pengertian Minat Kunjungan Ulang*

Menurut Crow dan Crow dalam Djaali (2013:121) mengatakan bahwa minat berhubungan dengan gaya gerak yang mendorong seseorang untuk menghadapi atau berurusan dengan orang, benda, kegiatan, pengalaman yang dirangsang oleh kegiatan itu sendiri. Menurut Gerungan dalam Djaali (2013:122) menyebutkan minat merupakan penerahan perasaan dan menafsirkan untuk sesuatu hal (ada unsur seleksi). Disamping itu, minat merupakan bagian dari ranah afeksi, mulai dari kesadaran sampai pada pilihan nilai. Minat tidak timbul sendirian, ada unsur kebutuhan.

Djaali (2013:122) menyimpulkan bahwa minat memiliki unsur afeksi, kesadaran sampai pilihan nilai, penerahan perasaan, seleksi, dan kecenderungan hati. Minat dapat diekspresikan melalui pernyataan yang menunjukkan bahwa pasien lebih menyukai suatu hal daripada hal lainnya, dapat pula dimanifestasikan melalui partisipasi dalam suatu aktivitas.

Kajian teoritis tentang pemanfaatan ulang pendapat Zeithalm et all. (2006) bahwa minat beli ulang (*future intention*) menekankan bahwa pentingnya mengukur minat beli kembali pelanggan untuk mengetahui keinginan pelanggan yang tetap setia atau meninggalkan suatu pelayanan jasa. Dari pengalaman yang

dapat dicatat, sasaran pembelian ulang barang atau jasa adalah jumlah dan kualitas barang atau jasa yang dibeli jangan sampai kurang. Hal lain yang masih terkait dengan pembelian ulang adalah menjaga mutu barang atau jasa agar tidak menurun (Nitisusastro, 2012:245).

Pembelian ulang yang terus-menerus dari suatu jasa yang sama akan menunjukkan loyalitas pasien terhadap jasa tersebut. Tingkat kepuasan pasien akan mempengaruhi derajat kualitas pelayanan, semakin puas seorang pasien terhadap suatu jasa pelayanan akan semakin loyal terhadap jasa pelayanan tersebut. Namun loyalitas seringkali bukan disebabkan oleh kepuasan pasien tetapi karena keterpaksaan dan ketiadaan pilihan (Sunyoto, 2013:142).

Sikap dalam perilaku terbentuk dalam suatu proses komunikasi dimana dengan adanya proses komunikasi yang informatif kognitif akan timbul sikap yang mempertimbangkan segala informasi terkait yang sebelumnya sudah ada sesuai dengan kemampuan maupun kecerdasan seseorang dalam hal menganalisa, ketepatan naluri dan kesadaran akan kebutuhan yang diperlukannya pada kondisi tertentu dan pada tahap selanjutnya seseorang melakukan tindakan sesuai dengan dorongan motivasi yang dikendalikan oleh sikap serta emosi dimana tindakan yang serupa dilakukan berulang maka hal tersebut dapat dikatakan perilaku dalam kehidupan (Liliweri, 2007).

2.1.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Minat Kunjungan Ulang

Menurut Azwar (1996) dalam Mahdani (2009:26-27), suatu pelayanan harus mempunyai persyaratan pokok, hal ini dimaksudkan adalah persyaratan pokok itu

dapat memberi pengaruh kepada pasien dalam menentukan keputusannya terhadap penggunaan ulang pelayanan kesehatan.

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat serta bersifat berkesinambungan. Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat dibutuhkan.

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan yang baik adalah yang dapat diterima oleh masyarakat serta bersifat wajar artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan, adat istiadat, kebudayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah di capai

Syarat pokok ketiga adalah mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Bila fasilitas ini mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat penggunaan dimasa lalu dan kecendrungan merupakan indikator

terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa yang akan datang.

4. Terjangkau

Syarat pokok keempat pelayanan yang baik adalah terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud disini terutama dari sudut biaya untuk dapat mewujudkan harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal yang hanya dapat dinikmati oleh sebagian masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

5. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan yang baik adalah bermutu (Quality) yaitu yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan dipihak lain tata cara penyelenggaraan sesuai kode etik serta standar yang telah ditetapkan

Menurut pendapat Payne (2001) dalam Mukhlis (2012:32) untuk meningkatkan minat beli ulang perlu diperhatikan serta dipahami empat kunci pemasaran meliputi :

1. Produk yaitu sejauh mana jasa yang ingin ditawarkan.
2. Harga yaitu sejauh mana harga yang dibayarkan dan cara-cara atau syarat-syarat yang berhubungan dengan sarana dan prasarana yang ada.

3. Promosi yaitu program komunikasi yang berhubungan dengan pemasaran produk atau jasa.
4. Tempat yaitu fungsi distribusi dan logistik yang dilibatkan dalam rangka menyediakan produk dan jasa.

2.1.2 Mutu Pelayanan Kesehatan

2.1.2.1 Pengertian Mutu

Mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan (Bustami, 2011:3). Menurut Purwoastuti dan Walyani (2015:2), mutu (*quality*) dapat didefinisikan sebagai keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuan dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat.

Mubarak dan Chayatin (2009:135) mutu atau kualitas adalah kesesuaian dengan kebutuhan pasar atau konsumen. Menurut Feigen Baum dalam Mubarak dan Chayatin (2009:135), suatu produk dikatakan bermutu apabila dapat memberikan kepuasan, sesuai dengan apa yang diharapkan konsumen. Mutu atau kualitas yaitu suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan (Goetsch dan Davis (1994) dalam Sari (2010:53)).

Deming dalam Bustami (2011) mengemukakan bahwa mutu dapat dilihat dari aspek konteks, persepsi pasien, serta kebutuhan dan keinginan pasien. Dari aspek konteks, mutu adalah suatu karakteristik atau atribut dari suatu produk atau jasa. Dari aspek persepsi pasien, mutu adalah penilaian subjektif pasien. Persepsi

pasien dapat berubah karena pengaruh berbagai hal seperti iklan, reputasi produk atau jasa yang dihasilkan, pengalaman dan sebagainya. Dari aspek kebutuhan dan keinginan pasien, mutu adalah apa yang dikehendaki dan dibutuhkan oleh pasien.

Mutu memerlukan suatu proses perbaikan terus menerus dengan individual yang dapat diukur dan pencapaian performa yang diinginkan. Apabila dikelola dengan tepat, mutu dapat berkontribusi positif terhadap terwujudnya kepuasan dan kunjungan ulang pasien. Kualitas memberikan nilai plus berupa motivasi khusus bagi para pasien untuk menjalin ikatan relasi saling menguntungkan dalam jangka panjang dengan puskesmas/rumah sakit. Ikatan emosional semacam ini memungkinkan puskesmas/rumah sakit untuk memahami dengan seksama harapan dan kebutuhan spesifik pasien. Pada gilirannya Puskesmas dapat meningkatkan kepuasan pasien, dimana puskesmas memaksimalkan pengalaman pasien yang menyenangkan dan meminimumkan atau meniadakan pengalaman pasien yang kurang menyenangkan yang akan berdampak pada keputusan pasien untuk melakukan kunjungan ulang (Deming dalam Bustami (2011)).

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan dari berbagai aspek pelayanan seperti peningkatan mutu fasilitas kesehatan, peningkatan kualitas profesionalisme sumber daya manusia dan peningkatan mutu manajemen rumah sakit/puskesmas. Pelayanan yang berkualitas harus dijaga dan dapat dilakukan dengan melakukan pengukuran sejauh mana mutu pelayanan kesehatan yang telah diberikan secara terus menerus dan berkala, agar diketahui kelemahan dan kekurangan dari jasa pelayanan yang diberikan dan dibuat tindak lanjut sesuai prioritas permasalahan yang ada di lapangan. (Supranto, 2006).

2.1.2.2 Dimensi Mutu

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Parasuraman dkk (1988) dalam Bustami (2011:5-6), mereka menggabungkan beberapa dimensi menjadi satu, yaitu kompetensi, kesopanan, keamanan, dan kredibilitas yang disatukan menjadi jaminan (*assurance*). Dimensi komunikasi, akses, dan kemampuan memahami pelanggan digolongkan sebagai empati (*empathy*). Akhirnya jadilah lima dimensi utama, yaitu reliabilitas, daya tanggap, jaminan, empati, dan bukti fisik atau bukti langsung.

1. Reliabilitas (*reliability*)

Menurut pendapat Parasuraman dkk (1988) dalam Bustami (2011:5-6) reliabilitas (*reliability*) adalah kemampuan memberikan pelayanan dengan segera, tepat (akurat), dan memuaskan. Secara umum dimensi reliabilitas merefleksikan konsistensi dan kehandalan (hal yang dapat dipercaya dan dipertanggungjawabkan) dari penyedia pelayanan. Dengan kata lain, reliabilitas berarti sejauh mana jasa mampu memberikan apa yang telah dijanjikan kepada pelanggannya dengan memuaskan. Hal ini berkaitan erat dengan apakah perusahaan/instansi memberikan tingkat pelayanan yang sama dari waktu ke waktu, apakah perusahaan/instansi memenuhi janjinya, membuat catatan yang akurat, dan melayani secara benar.

Menurut Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1998) dalam Khasanah dan Pertiwi (2010:119) kehandalan (*reliability*) yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan apa yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan

konsumen yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan tanpa kesalahan, sikap yang simpatik, dan dengan akurasi yang tinggi.

Dibandingkan dengan empat dimensi kualitas pelayanan lainnya dimensi keandalan sering dipersepsikan menjadi yang paling penting bagi pelanggan dari beragam industri jasa. Karena apabila konsumen merasakan bahwa keandalan suatu perusahaan jasa sangat sesuai dengan harapan, maka mereka akan bersedia mengeluarkan biaya tambahan agar perusahaan melaksanakan transaksi seperti yang dijanjikan.

2. Daya tanggap (*responsiveness*)

Menurut pendapat Parasuraman dkk (1988) dalam Bustami (2011:5-6) daya tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan para karyawan/staf membantu semua pelanggan serta berkeinginan dan melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap. Dimensi ini menekankan pada sikap dari penyedia jasa yang penuh perhatian, cepat dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan, dan masalah dari pelanggan. Dimensi ketanggapan ini merefleksikan komitmen perusahaan atau instansi untuk memberikan pelayanan yang tepat pada waktunya dan persiapan perusahaan /instansi sebelum memberikan pelayanan.

Khasanah dan Pertiwi (2010:119) mendefinisikan dimensi daya tanggap merupakan dimensi yang paling dinamis. Harapan konsumen hampir dapat dipastikan akan berubah seiring dengan kecepatan daya tanggap dari pemberi jasa.

Menurut Parasuraman, Zeithaml dan Barry (1998) dalam Khasanah dan Pertiwi (2010 : 119) daya tanggap (*responsiveness*) berkenaan dengan kesediaan dan kemampuan para karyawan untuk membantu para konsumen dan merespon permintaan mereka, serta menginformasikan kapan jasa akan diberikan dan kemudian memberikan jasa secara cepat. Tingkat kesediaan atau kepedulian ini akan dilihat sampai sejauh mana pihak perusahaan dalam membantu konsumennya. Adapun bentuknya bisa dilakukan dengan penyampaian informasi yang jelas, tindakan yang dapat dirasakan manfaatnya oleh pelanggan.

3. Jaminan (*assurance*)

Menurut pendapat Parasuraman dkk (1988) dalam Bustami (2011:5-6) jaminan (*assurance*) artinya karyawan/staf memiliki kompetensi, kesopanan dan dapat dipercaya, bebas dari bahaya, serta bebas dari risiko dan keraguan. Dimensi-dimesi ini merefleksikan kompetensi perusahaan, keramahan (sopan, santun) kepada pelanggan, dan keamanan operasinya. Kompetensi ini berkaitan dengan pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan jasa.

Menurut Parasuraman, Zeithaml dan Barry (1998) dalam Khasanah dan Pertiwi (2010:119) jaminan (*assurance*) adalah jaminan kepada konsumen mencakup kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki oleh para staf, bebas dari bahaya atau resiko keraguan, perilaku para karyawan diharapkan mampu menumbuhkan kepercayaan dan perusahaan diharapkan dapat menumbuhkan rasa aman bagi pelanggannya.

Jaminan yakni perilaku karyawan mampu menumbuhkan kepercayaan pelanggan terhadap perusahaan dan perusahaan bisa menciptakan rasa aman bagi pelanggannya. Jaminan juga berarti bahwa para karyawan selalu bersikap sopan dan menguasai pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan untuk menangani setiap pertanyaan atau masalah pelanggan (Purwoastuti dan Walyani, 2015:9).

4. Empati (*empathy*)

Menurut pendapat Parasuraman dkk (1988) dalam Bustami (2011:5-6) empati (*empathy*) dalam hal ini karyawan/staf mampu menempatkan dirinya pada pelanggan, dapat berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para pelanggannya, serta dapat memahami kebutuhan dari pelanggan. Dimensi ini menunjukkan derajat perhatian yang diberikan kepada setiap pelanggan dan merefleksikan kemampuan pekerja (karyawan) untuk menyelami perasaan pelanggan.

Menurut Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1998) dalam Khasanah dan Pertiwi (2010:119), empati yaitu memberikan sikap yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan konsumen. Empati berarti perusahaan memahami masalah para pelanggannya dan bertindak demi kepentingan pelanggan dan memiliki jam operasi yang nyaman (Purwoastuti dan Walyani, 2015:9).

5. Bukti fisik atau bukti langsung (*tangible*)

Menurut pendapat Parasuraman dkk (1988) dalam Bustami (2011:5-6) bukti fisik (*tangible*) dapat berupa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan karyawan/staf yang menyenangkan. Bukti fisik berkenaan dengan daya tarik kualitas fisik, perlengkapan, dan material yang digunakan perusahaan, serta penampilan karyawan (Purwoastuti dan Walyani, 2015:9).

Sedangkan menurut Kotler (2001) dalam Khasanah dan Pertiwi (2010:119) mendefinisikan wujud fisik (*tangible*) sebagai kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak luar. Penampilan dan kemampuan sarana serta prasarana fisik perusahaan dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa. Fasilitas fisik tersebut meliputi gedung, perlengkapan dan peralatan yang dipergunakan (teknologi), serta penampilan pegawainya. Wujud fisik yang baik akan mempengaruhi persepsi konsumen. Semakin bagus fasilitas fisik yang disediakan bagi konsumen maka semakin besar pula harapan konsumen pada perusahaan pemberi jasa tersebut.

Kelima dimensi tersebut dikenal sebagai *service quality* (SERVQUAL). Dimensi-dimensi ini diperoleh melalui wawancara terhadap para pelanggan untuk mengetahui atribut apa saja yang diharapkan para pelanggan dari perusahaan atau instansi tertentu (Bustami, 2011:6). Gaspersz (1997) dalam Bustami (2011:6-7) mengemukakan bahwa terdapat beberapa dimensi mutu yang harus diperhatikan dalam pelayanan, yaitu:

1. Ketepatan waktu pelayanan, misalnya waktu tunggu pasien, waktu pelaksanaan (proses) pelayanan.
2. Akurasi pelayanan, berkaitan dengan reliabilitas pelayanan dan bebas dari kesalahan.
3. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan.
4. Tanggung jawab, berkaitan dengan penanganan keluhan dari pasien (pelanggan).
5. Kelengkapan, menyangkut dengan ketersediaan sarana pendukung pelayanan.
6. Kemudahan mendapat pelayanan, berkaitan dengan petugas dan tersedianya pola baru dalam pelayanan.
7. Variasi model pelayanan, berhubungan dengan inovasi untuk memberikan pola baru dalam pelayanan.
8. Pelayanan pribadi, berkaitan dengan fleksibilitas petugas.
9. Kenyamanan dalam mendapatkan pelayanan, berkaitan dengan lokasi, ruang, kemudahan menjangkau, tempat parkir kendaraan, ketersediaan informasi, dan sebagainya.
10. Atribut pendukung pelayanan lainnya seperti lingkungan, fasilitas AC, dan sebagainya.

Harapan konsumen terhadap layanan yang dijabarkan kedalam lima dimensi kualitas layanan harus bisa dipahami oleh perusahaan dan diupayakan untuk bisa diwujudkan. Tentunya hal ini merupakan tugas berat bagi perusahaan, sehingga dalam kenyataannya sering muncul keluhan yang dilontarkan konsumen karena

layanan yang diterima tidak sesuai dengan layanan yang mereka harapkan. Hal inilah yang disebut dengan *gap* (kesenjangan) kualitas pelayanan (Purnama, 2006:33). Terdapat 5 *gap* kualitas pelayanan yaitu :

1. *Gap* 1 antara harapan konsumen dengan persepsi manajemen, yang disebabkan oleh kesalahan manajemen dalam memahami harapan konsumen.
2. *Gap* 2 antara persepsi manajemen atas harapan konsumen dengan spesifikasi kualitas layanan, yang disebabkan oleh kesalahan manajemen dalam menterjemahkan harapan konsumen ke dalam tolak ukur atau standar kualitas layanan.
3. *Gap* 3 antara spesifikasi kualitas layanan dengan layanan yang diberikan, yang disebabkan oleh ketidakmampuan sumber daya manusia (SDM) perusahaan dalam memenuhi standar kualitas layanan yang telah ditetapkan.
4. *Gap* 4 antara layanan yang diberikan dengan komunikasi eksternal yang disebabkan ketidakmampuan perusahaan untuk memenuhi janji yang telah dikomunikasikan secara eksternal.
5. *Gap* 5 antara harapan konsumen dengan layanan yang diterima (dirasakan) konsumen yang disebabkan tidak terpenuhinya harapan konsumen.

2.1.2.3 Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Mubarak dan Chayatin,

2009:132). Pelayanan adalah kualitas pelayanan birokrat terhadap masyarakat (Sinambela dkk, 2010). Menurut Levey dan Loomba dalam Ade O., Suswitaroza dan Aulia P. (2012:15) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan.

Purwoastuti dan Walyani (2015:15) mendefinisikan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas (Pusat Kesehatan masyarakat), pelayanan kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan dan dituangkan dalam suatu sistem. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) mendefinisikan penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan berupa fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Hodgetts dan Cascio (1983) dalam Mubarak dan Chayatin (2009:140) ada dua macam jenis pelayanan kesehatan :

1. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

2. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan menurut Purwoastuti dan Walayani (2015 : 5) yaitu :

1. Ilmu pengetahuan dan teknologi baru

Meningkatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka akan diikuti oleh perkembangan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyakit-penyakit yang sulit.

2. Nilai masyarakat

Dengan beragamnya masyarakat, maka dapat menimbulkan pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan yang berbeda. Masyarakat yang

sudah maju dengan pengetahuan yang tinggi, maka akan memiliki kesadaran yang lebih, dalam penggunaan atau pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan, demikian juga sebaliknya.

3. Aspek legal dan etik

Dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan atau pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan, maka akan semakin tinggi pula tuntutan hukum dan etik dalam pelayanan kesehatan, sehingga pelaku pemberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dengan memperhatikan nilai-nilai hukum dan etika yang ada di masyarakat.

4. Ekonomi

Semakin tinggi ekonomi seseorang, pelayanan kesehatan akan lebih diperhatikan dan mudah dijangkau, begitu juga sebaliknya, keadaan ekonomi ini yang akan dapat mempengaruhi dalam system pelayanan kesehatan.

5. Politik

Kebijakan pemerintah melalui system politik yang ada akan semakin berpengaruh sekali dalam system pemberian pelayanan kesehatan. Kebijakan-kebijakan yang ada dapat memberikan pola dalam sistem pelayanan.

2.1.2.4 Syarat Pelayanan Kesehatan

Mubarak dan Chayatin (2009:142-143) menyatakan suatu pelayanan kesehatan dikatakan baik apabila memenuhi syarat-syarat berikut :

1. Tersedia (*available*) dan berkesinambungan (*continous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.
2. Dapat diterima (*acceptable*) dan bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, kepercayaan masyarakat, dan bersifat tidak wajar bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.
3. Mudah dicapai (*accessible*). Ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja dan itu tidak ditemukan di daerah pedesaan bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.
4. Mudah dijangkau (*affordable*). Keterjangkauan yang dimaksudkan adalah terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini, harus diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayan kesehatan yang baik.
5. Bermutu (*quality*). Mutu yang dimaksud disini adalah yang merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, tata cara

penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menjelaskan untuk dapat melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat rujukan harus memenuhi persyaratan yang telah ditentukan. Persyaratan yang harus dipenuhi oleh fasilitas tingkat pertama sebagai berikut :

- 1) Untuk praktik dokter atau dokter gigi harus memiliki :
 1. Surat Ijin Praktik;
 2. Nomor Induk Wajib Pajak (NPWP); perjanjian kerja sama dengan laboratorium, apotek, dan jejaring layanan; dan
 3. Surat pernyataan kesediaan memenuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- 2) Untuk Puskesmas atau yang setara harus memiliki :
 1. Surat Ijin Operasional;
 2. Surat Ijin Praktik (SIP) bagi dokter/doketr gigi, Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA) bagi apoteker, dan Surat Ijin Praktik atau Surat Ijin;
 3. Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain; perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan; dan surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- 3) Untuk klinik Pratama atau yang setara harus memiliki :
 1. Surat Ijin Operasional;

2. Surat Ijin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi dan Surat Ijin Praktik atau Surat Ijin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain;
 3. Surat Ijin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker dalam hal klinik menyelenggarakan pelayanan kefarmasian;
 4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 5. Perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan; dan
 6. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- 4) Untuk Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara harus memiliki :
1. Surat Ijin Operasional;
 2. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 3. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 4. Perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan; dan
 5. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

Selain harus memenuhi persyaratan tersebut, fasilitas kesehatan tingkat pertama juga harus telah terakreditasi.

Dan bagi fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan persyaratan yang harus dipenuhi terdiri atas:

- 1) Untuk klinik utama atau yang setara harus memiliki :
 1. Surat Ijin Operasional;
 2. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 3. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;

4. Perjanjian kerja sama dengan laboratorium, radiologi, dan jejaring lain jika diperlukan; dan
 5. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- 2) Untuk rumah sakit harus memiliki:
1. Surat Ijin Operasional;
 2. Surat Penetapan Kelas Rumah Sakit;
 3. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik;
 4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
 5. Perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
 6. Sertifikat akreditasi; dan
 7. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

2.1.2.5 Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Aswar (1996) dalam Purwoastuti dan Walayani (2015:2), mutu pelayanan kesehatan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap jasa pemakai pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi. Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan secara norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan

kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen (Purwoastuti dan Walayani, 2015:3).

Pelayanan kesehatan, baik di puskesmas, rumah sakit, atau institusi pelayanan kesehatan lainnya, merupakan suatu sistem yang terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, saling tergantung, dan saling mempengaruhi antara satu dengan lainnya. Mutu pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek pelayanan (Bustami, 2011:17).

Mutu pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kualitas sarana fisik, jenis tenaga yang tersedia, obat dan alat kesehatan, serta proses pemberian pelayanan. Oleh karena itu, peningkatan mutu faktor-faktor tersebut termasuk sumber daya manusia dan profesionalisme diperbolehkan agar pelayanan kesehatan yang bermutu dan pemerataan pelayanan kesehatan dapat dinikmati oleh seluruh lapisan masyarakat (Bustami, 2011:16).

Supranto (2006) mengemukakan bahwa peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dapat diupayakan dari berbagai aspek pelayanan seperti peningkatan kualitas fasilitas kesehatan, peningkatan kualitas profesionalisme sumber daya manusia dan peningkatan kualitas manajemen. Pelayanan yang berkualitas harus dijaga dengan melakukan pengukuran sejauh mana kualitas pelayanan kesehatan yang telah diberikan secara terus menerus dan berkala, agar diketahui kelemahan dan kekurangan dari jasa pelayanan yang diberikan dan dibuat tindak lanjut sesuai prioritas permasalahan yang ada di lapangan.

2.1.3 Puskesmas

2.1.3.1 *Pengertian Puskesmas*

Menurut pendapat Mubarak dan Chayatin (2009), Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan, serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu.

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota (UPTD). Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten atau kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Sulastomo, 2007).

Puskesmas hanya bertanggung jawab untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota sesuai dengan kemampuannya. Secara nasional, standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan. Tetapi apabila disatu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa, kelurahan, RW), dan masing-

masing puskesmas tersebut secara operasional bertanggung jawab langsung kepada dinas kesehatan kabupaten/ kota (Sulastomo, 2007).

Sumber daya manusia Puskesmas terdiri atas tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang jenis dan jumlahnya dihitung berdasarkan analisis beban kerja, dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk dan persebarannya, karakteristik wilayah kerja, luas wilayah kerja, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan pembagian waktu kerja (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014:10).

Jenis tenaga kesehatan Puskesmas paling sedikit terdiri atas :

1. Dokter atau dokter layanan primer
2. Dokter gigi
3. Perawat
4. Bidan
5. Tenaga kesehatan masyarakat
6. Tenaga kesehatan lingkungan
7. Ahli teknologi laboratorium medik
8. Tenaga gizi
9. Tenaga kefarmasian

Dalam konteks otonomi daerah saat ini, puskesmas mempunyai peran yang sangat vital. Sebagai institusi pelaksana teknis, puskesmas dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. peran tersebut ditunjukkan dalam bentuk keikutsertaan untuk

menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan yang matang, tatalaksana kegiatan-kegiatan yang tersusun rapi, serta sistem evaluasi dan pemantauan yang akurat (Mubarak dan Chayatin, 2009:43).

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah geografis, dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas (Mubarak dan Chayatin, 2009:44).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun (2014:8) syarat lokasi pendirian Puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Geografis
2. Aksesibilitas untuk jalur transportasi
3. Kontur tanah
4. Fasilitas parkir
5. Fasilitas keamanan
6. Ketersediaan utilitas publik
7. Pengelolaan kesehatan lingkungan, dan
8. Kondisi lainnya.

2.1.3.2 Fungsi Puskesmas

Menurut Notoatmodjo (2003) dalam Alamsyah (2012:43-44), fungsi Puskesmas dalam melaksanakan dapat mewujudkan empat misi pembangunan kesehatan yaitu menggerakkan pembangunan kecamatan yang berwawasan pembangunan, kemandirian masyarakat dan keluarga untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan

terjangkau serta memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, kelompok dan masyarakat serta lingkungannya.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 puskesmas mempunyai fungsi sebagai berikut :

- 1) Penyelenggaraan Unit Kesehatan Masyarakat tingkat pertama di wilayah kerjanya
 1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
 2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
 3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
 4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
 5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
 6. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
 7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
 8. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan

9. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.
- 2) Penyelenggaraan Unit Kesehatan Perseorangan tingkat pertama di wilayah kerjanya
1. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu
 2. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
 3. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
 4. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung
 5. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi
 6. Melaksanakan rekam medis
 7. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan
 8. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan
 9. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya, dan
 10. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

2.1.4 Pelayanan Rawat Inap

2.1.4.1 Pengertian Pelayanan Rawat Inap

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 828/Menkes/SK/IX/2008 mendefinisikan rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik, tinggal di ruang rawat inap di sarana kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional mendefinisikan rawat inap tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya di rawat inap paling singkat 1 (satu) hari.

2.1.4.2 Pelayanan Rawat Inap Puskesmas

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan ruangan dan fasilitas untuk menolong penderita gawat darurat, baik berupa tindakan operatif terbatas maupun rawat inap sementara (Mubarak dan Chayatin, 2009: 49-50).

Mubarak dan Chayatin (2009:50) mengungkapkan ada beberapa kriteria puskesmas perawatan yaitu :

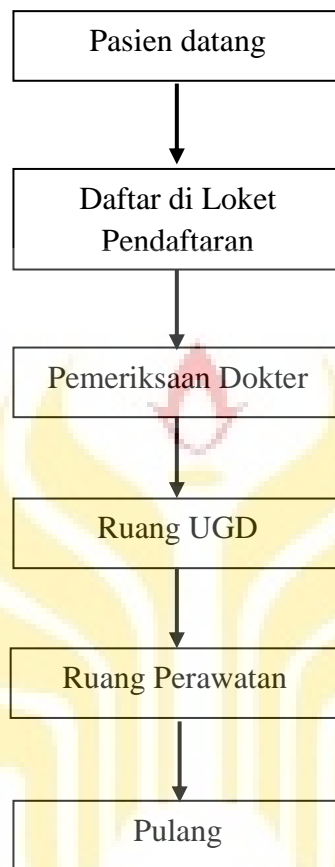
1. Puskesmas terletak kurang lebih 20 km dari rumah sakit.
2. Puskesmas mudah dicapai dengan kendaraan bermotor.
3. Puskesmas dipimpin oleh dokter dan telah mempunyai tenaga yang memadai.

4. Jumlah kunjungan puskesmas minimal 100 orang per hari.
5. Penduduk wilayah kerja puskesmas dan penduduk wilayah 3 puskesmas sekitarnya.
6. Pemerintah daerah “bersedia” menyediakan dana rutin yang memadai.

Pelayanan Rawat Inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional pasal 18 mencakup :

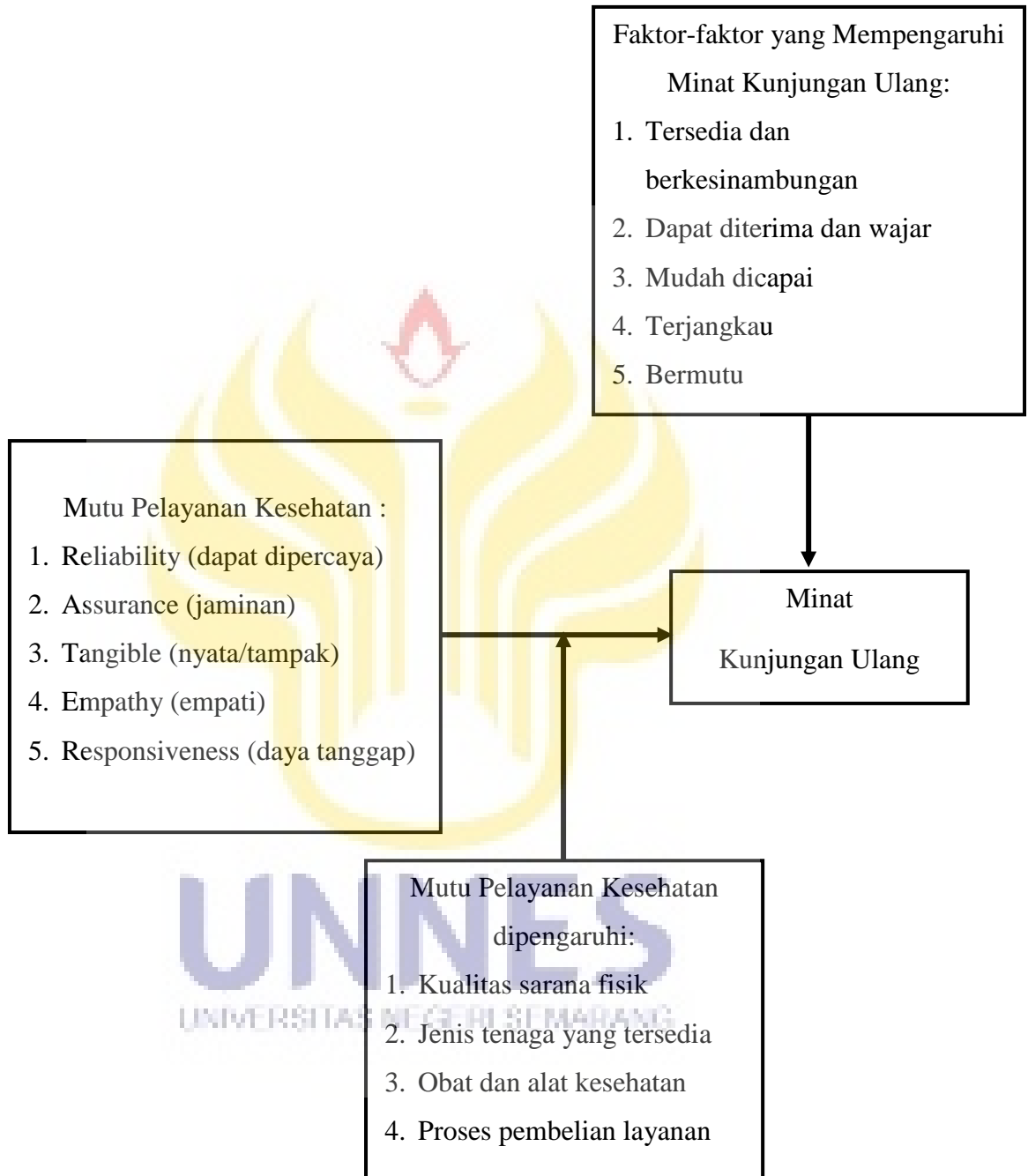
1. Rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
2. Pertolongan persalinan pervaginaan bukan risiko tinggi;
3. Pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginaan bagi Puskesmas PONED;
4. Pertolongan neonatal dengan komplikasi; dan
5. Pelayanan tranfusi darah sesuai kompetensi Fasilitas Kesehatan dan/atau kebutuhan medis

2.1.4.3 Alur Pelayanan Pasien Rawat Inap Puskesmas II Tambak



Gambar 2.1 Alur Pelayanan Pasien Rawat Inap Puskesmas II Tambak Banyumas
(Profil Puskesmas II Tambak 2014)

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi dari Bustami (2011) Mahdani (2009) dan Purwoastuti dan Walyani (2015).

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Adapun simpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 6.1.1 Ada hubungan antara mutu pelayanan dimensi *reliability* (dapat dipercaya) dengan minat kunjungan ulang pasien rawat inap Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas Tahun 2015, dengan *p value* (0,037).
- 6.1.2 Ada hubungan antara mutu pelayanan dimensi *responsiveness* (daya tanggap) dengan minat kunjungan ulang pasien rawat inap Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas Tahun 2015, dengan *p value* (0,006).
- 6.1.3 Ada hubungan antara mutu pelayanan dimensi *assurance* (jaminan) dengan minat kunjungan ulang pasien rawat inap Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas Tahun 2015, dengan *p value* (0,006).
- 6.1.4 Ada hubungan antara mutu pelayanan dimensi *emphaty* (empati) dengan minat kunjungan ulang pasien rawat inap Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas Tahun 2015, dengan *p value* (0,034).
- 6.1.5 Ada hubungan antara mutu pelayanan dimensi *tangible* (bukti fisik) dengan minat kunjungan ulang pasien rawat inap Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas Tahun 2015, dengan *p value* (0,003).

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Melakukan penelitian lanjutan secara kualitatif guna memahami lebih mendalam hasil kuantitatif.
2. Bagi peneliti lain yang ingin meneliti hubungan antara dimensi mutu pelayanan dengan minat menggunakan ulang pelayanan hendaknya memperhatikan aspek-aspek metodologi penelitian yang menjadi kelemahan skripsi ini.

6.2.2 Bagi Puskesmas II Tambak

1. Mempertahankan dan meningkatkan seluruh dimensi mutu pelayanan kesehatan di rawat inap Puskesmas II Tambak.
2. Sosialisasi kepada masyarakat supaya mau memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas II Tambak.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, Dedi. 2012. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Anggraini, Merry Tyas dan Afiana Rohmani. 2012. “Hubungan Kepuasan Pasien dalam Pemanfaatan Ulang Pelayanan Kesehatan pada Praktek Dokter Keluarga”. *Jurnal Hasil Penelitian*. ISBN : 978-602-18809-0-6.
- Ariani, Ayu Putri. 2014. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Bustami. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*. Jakarta : Erlangga.
- Djaali. 2013. *Psikologi Pendidikan*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Ghozali, Imam. 2011. *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS 19*. Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Irfan, S.M., Aamir Ijaz dan M.M. Farooq. 2012. “Patient Satisfaction and Service Quality of Public Hospital in Pakistan : An Empirical Assessment”. *Middle-East Journal of Scientific Research* 12 (6) : 870-877.
- Khasanah, Imroatul dan Octarina Dina Pertiwi. 2010. “Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Konsumen RS St. Elisabeth Semarang” *Jurnal Jurusan Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro* 12(2) : 117-124.
- Liliweri, Alo. 2007. *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Lupioadi, R. 2006. *Manajemen Pemasaran Jasa*. Jakarta : Salemba Empat.
- Lupiyoadi, Rambat dan A. Hamdani. 2009. *Manajemen Pemasaran Jasa (Edisi 2)*. Jakarta : Salemba Empat.
- Mahdani. 2009. “Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Keputusan Kunjungan Ulang Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Sigli”. *Skripsi Kesehatan Masyarakat*. Universitas Sumatera Utara.
- Mukhlis. 2012. Pengaruh Kepuasan Layanan terhadap Minat Beli Ulang Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Tanjung Pura tahun 2012. *Tesis Kesehatan Masyarakat*. Universitas Sumatera Utara.

- Mubarak, Iqbal W. dan Nurul Chayatin. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika.
- Mukti, Ali Ghufron. 2007. *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan : Konsep Implementasi*. Yogyakarta : PT Karya Husada Mukti.
- Nasution, Huwainan Nisa. 2013. “Pengaruh Mutu Pelayanan terhadap Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap Non Obstetri dan Ginekologi di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara.” *Tesis Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Sumatera Utara*.
- Nitisusastro, Mulyadi. 2012. *Perilaku Konsumen dalam Perspektif Kewirausahaan*. Bandung : Alfabeta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : Salemba Medika.
- Octavia, A., Suswitaroza dan Aulia P. 2012. “Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap Bangsal Jantung di RSUD Raden Mattaher Jambi.” *Jurnal Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Jambi*, Vol.1 No 1 : 2302-4682.
- Pohan, Imbalo S. 2006. *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan, Dasar-Dasar Pengertian*. Jakarta : Kesaint Blanc.
- Purnama, Nursya'bani. 2006. *Manajemen Kualitas Perspektif Global*. Yogyakarta : Penerbit Ekonisia Fakultas Ekonomi UII.
- Puskesmas I Tambak. 2014 Profil Kesehatan Puskesmas I Tambak Banyumas.
- Puskesmas II Tambak. 2014 Profil Kesehatan Puskesmas II Tambak Banyumas.
- Puwoastuti, Endang dan Elisabeth Siwi Walyani. 2015. *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Republik Indonesia, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 75 tentang Puskesmas, Jakarta : Kementerian Kesehatan.
- _____, 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 71 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, Jakarta : Kementerian Kesehatan.
- _____, 2004. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 128 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. Jakarta : Kementerian Kesehatan.

- _____, 2008. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 828 tentang Jakarta : Kementrian Kesehatan.
- Riyanto, Agus. 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Sari, Irine Diana. 2010. *Manajemen Pemasaran Usaha Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Sangadji, Etta Mamang dan Sopiah. 2013. *Perilaku Konsumen Pendekatan Praktis Disertai : Himpunan Jurnal Penelitian*. Yogyakarta : Andi Offset.
- Saryono dan Mekar Dwi Anggraeni. 2013. *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Sinambela, Lijan Poltak dkk. 2010. *Reformasi Pelayanan Publik*. Jakarta : PT Bumi Aksara.
- Siregar, Syofian. 2014. *Statistic Parametrik untuk Penelitian Kuantitatif*. Jakarta : PT Bumi Aksara.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & RND*. Bandung : Alfabeta.
- Supranto, J. 2006. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan : Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Sulastomo. 2007. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : Gramedia Pustaka.
- Sunyoto, Danang. 2013. *Perilaku Konsumen (Panduan Riset Sederhana untuk Mengenal Konsumen)*. Yogyakarta : Center of Academic Publishing Service (CAPS).
- Supranto, J. 2006. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan : Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta : Rinneka Cipta.
- Tjiptono, Fandy. 2005. *Pemasaran Jasa. Edisi pertama*. Malang : Banyumedia publishing.
- _____. 2006. *Manajemen Jasa*. Yogyakarta : CV Andi Offset.
- _____. 2012. *Service Management*. Yogyakarta : Andi.
- Zeithaml, MA et all. 2006. *Service Marketing : Integrating Customer Focus Across The Firm*. Boston : McGraw Hill.