



**EVALUASI MUTU PELAYANAN DI TEMPAT PENDAFTARAN
PASIEN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS BRANGSONG II
KABUPATEN KENDAL**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat
untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:

Tsalisatul Maulidah

NIM 6411415013

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2019

ABSTRAK

Tsalisatul Maulidah

EVALUASI MUTU PELAYANAN DI TEMPAT PENDAFTARAN PASIEN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS BRANGSONG II KABUPATEN KENDAL

xv + 140 Halaman + 3 tabel + 2 gambar + 14 lampiran

Tempat pendaftaran pasien rawat jalan merupakan unit pelayanan terdepan bagi setiap puskesmas. Pelayanan pendaftaran pasien harus mampu mencakup informasi penting mengenai data sosial pasien. Tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Brangsong II terdapat beberapa permasalahan yaitu, terjadi penumpukan pasien, proses pendaftaran yang terhambat dan pasien menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan. Pasien yang datang harus menunggu kurang lebih 40 menit untuk proses pendaftaran hingga pemberian pelayanan kesehatan. Tujuan peneliti ini yaitu mengevaluasi mutu pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi. Informan utamanya adalah Kepala Puskesmas Brangsong II dan 3 orang petugas di bagian pelayanan rawat jalan. Informan triangulasi yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal bagian seksi Perencanaan dan Sumber Daya Kesehatan dan 6 orang pasien di Puskesmas Brangsong II. Teknik pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi menggunakan pedoman wawancara dan pedoman observasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II belum berjalan dengan baik. Dilihat dari sumber daya manusia yang tugasnya dalam penyampaian informasi masih kurang jelas. Pasien yang berobat tidak membawa kartu sehingga petugas harus mencari terlebih dahulu data melalui komputer sehingga memperlama waktu tunggu, kotak saran tidak dilihat hasilnya oleh petugas Puskesmas sehingga mereka kurang mengetahui keluhan dari pasien.

Kata kunci : Evaluasi, Mutu pelayanan, Pendaftaran Pasien Rawat Jalan
Kepustakaan : 26 (2002-2019)

ABSTRAK

Tsalisatul Maulidah

Service Quality Evaluation at the Outpatient Registration Brangsong II Public Health Center in Kendal Regency

Xv + 140 pages + 3 tables + 2 images + 14 attachments

Outpatient Registration Place is the leading service unit for every Puskesmas. Patient registration services should be able to include important information about the patient's social data. The outpatient registration of Brangsong II is a number of problems, such as the buildup of patients, the inhibited registration process and the patient waiting for a long time to get service. Patients who come must wait approximately 40 minutes for the registration process until the provision of health services. The purpose of this researcher is to evaluate the quality of service in the place of outpatient registration.

This type of research is qualitative research with phenomenological methods. His main informant was Brangsong II's head of health and three officers in the outpatient service. The triangulation informant is the district health Department of Kendal section of the Planning and health resources and 6 patients in the health center of Brangsong II. Data retrieval techniques are conducted with in-depth interviews and observations using interview guidelines and observation guidelines.

The results of the study showed that the outpatient registration service at the Brangsong II Puskesmas did not go well. Judging by the human resources that work in the delivery of information is still less obvious. Patients who have medication do not carry the card so that the officer must first search the data through the computer so that it is time to wait, Suggestion box is not seen results by the Puskesmas officers so they are less aware of complaints from patients.

Keywords: Evaluation, Service quality, outpatient registration

Literatures : 26 (2002-2019)

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis dalam skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan jiplakan 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, 7 Agustus 2019



Tsalisatul Maulidah

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Evaluasi Mutu Pelayanan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Brangsong II Kabupaten Kendal" yang disusun oleh Tsalisatul Maulidah, NIM 6411415013 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Selasa, 23 Juli 2019

tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM B



Panitia Ujian

Sekretaris,

Drs. Bambang Wahyono, M.Kes.
NIP. 195910011987032001

Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
NIP. 196103201984032001

Dewan Penguji

Tanggal

Penguji I

Galuh Nita Prameswari, S.K.M., M.Si.
NIP 198006132008122002

5/8-2019

Penguji II

Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si.
NIP 196012171986011001

6/8

Penguji III

Prof. Dr. dr. Oktia Woro KH, M.Kes.
NIP 195910011987032001

7/8 2019

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

- ❖ *Nothing impossible, anything can happen as long as we believe*

- ❖ Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan (QS. Asy-Syarah: 5-6)

PERSEMBAHAN

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT, skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Ibunda (Maemonah) dan Ayahanda (Mukh Anas), sebagai wujud Dharma Bhakti Ananda

2. Almamater Unnes

PRAKATA

Alhamdulillah, puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan berkah, hidayah, serta rahmat-NYA sehingga penyusunan Skripsi dengan judul “Evaluasi Mutu Pelayanan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Brangsong II Kabupaten Kendal” dapat terselesaikan dengan baik.

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya penelitian sampai penyelesaian penyusunan skripsi ini, penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu M.Pd. atas surat keputusan penetapan Dosen Pembimbing Skripsi.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono., S.KM, M.Kes (epid)
3. Pembimbing Skripsi, Prof. Dr. dr. Oktia Woro Kasmini Handayani, M.Kes , atas bimbingan, arahan serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dosen penguji, Galuh Nita Prameswari, S.KM., M.Si dan Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, dan masukan dalam penyusunan skripsi ini
5. Bapak Ibu Dosen serta staff Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas bekal, ilmu, bimbingan serta bantuannya.

6. Kepala Puskesmas Brangsong II yang telah memberikan ijin untuk melakukan observasi, pengambilan data dan penelitian
7. Kepada orangtua saya (Ibu Maemonah dan Bapak Mukh Anas), Kedua kakak saya M. Faqihuddin S.pd dan Nila Fadlilah S.pd atas doa semangat, motivasi dan dukungan yang diberikan selama ini baik materil maupun spiritual sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini
8. Kepada mbak Dewi Muyasaroh S.KM atas doa, bantuan, semangat dan motivasi yang telah diberikan sampai selesainya skripsi.
9. Semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Selain itu, penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dan keterbatasan pengetahuan serta pengalaman dalam penyusunan skripsi ini, sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, 10 Juni 2019

Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN	iv
PENGESAHAN	v
MOTO dan PERSEMBAHAN	vi
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Khusus	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Bagi Puskesmas Brangsong II	8

1.4.2 Bagi Jurusan IKM	8
1.4.3 Bagi Peneliti	8
1.5 Keaslian Penelitian.....	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	10
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat.....	10
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	10
1.6.3 Ruang Lingkup Materi	10
BAB 2 LANDASAN TEORI	
2.1 Landasan Teori.....	11
2.1.1 Puskesmas	11
2.1.2 Pelayanan Rawat Jalan.....	13
2.1.3 Mutu Pelayanan.....	18
2.1.4 Unsur Pokok Pelayanan Kesehatan.....	29
2.1.5 Evaluasi Pelayanan.....	31
2.2 Kerangka Teori.....	37
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Alur Pikir.....	38
3.2 Fokus Penelitian	39
3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian	39
3.4 Sumber Informasi.....	40
3.4.1 Data Primer	40
3.4.2 Data Sekunder	41

3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	42
3.5.1 Instrumen Penelitian.....	42
3.5.2 Teknik Pengambilan Data.....	43
3.6 Prosedur Penelitian.....	45
3.6.1 Tahap Pra- Penelitian	45
3.6.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian	45
3.6.3 Tahap Pasca Penelitian.....	45
3.7 Keabsahan Data.....	46
3.8 Teknik Analisis Data.....	46
 BAB IV HASIL PENELITIAN	
4.1 Gambaran Umum	49
4.1.1. Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	49
4.1.2. Karakteristik Informan Utama	51
4.1.3 Karakteristik Informan Triangulasi.....	52
4.2 Hasil Penelitian	53
4.2.1 Penerapan Input.....	53
4.2.2 Penerapan Proses.....	68
4.2.3 Penerapan Output	71
 BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Pembahasan.....	75
5.1.1 Input	75
5.1.2 Proses	78

5.1.3 Output.....	80
5.2 Kelemahan Penelitian.....	80
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan	81
6.2 Saran.....	83
6.2.1 Bagi Peneliti Selanjutnya	83
6.2.2 Bagi Pemerintah	83
6.2.3 Bagi Masyarakat.....	83
DAFTAR PUSTAKA	85
LAMPIRAN.....	88

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian.....	9
4.1 Karakteristik Informan Utama	51
4.2 Karakteristik Informan Triangulasi.....	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.2 Kerangka Teori	37
3.1 Alur Pikir	38

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. <i>Ethical Clearance</i>	89
Lampiran 2. Surat Keputusan Penetapan Dosen Pembimbing Skripsi	90
Lampiran 3. Surat Ijin Pengambilan Data Awal dari Fakultas	91
Lampiran 4. Surat Ijin Pengambilan Data Awal dari Dinkes Kab. Kendal ...	92
Lampiran 5. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas	93
Lampiran 6. Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpol Kab. Kendal.....	94
Lampiran 7. Surat Ijin Penelitian dari Dinkes Kab. Kendal	95
Lampiran 8. Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian.....	96
Lampiran 9. Surat Keikutsertaan Responden.....	97
Lampiran 10. Pedoman Wawancara	98
Lampiran 11. Pedoman Observasi	108
Lampiran 12. Hasil Observasi.....	110
Lampiran 13. Transkrip Wawancara	112
Lampiran 14. Dokumentasi.....	138

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

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. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya Kecamatan Sehat. Selain melaksanakan tugas tersebut, Puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama serta sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2017).

Tempat pendaftaran pasien rawat jalan merupakan unit pelayanan terdepan bagi setiap puskesmas. Pelayanan pendaftaran pasien harus mampu mencakup informasi penting mengenai data sosial pasien. Selain itu pemberi pelayanan sebaiknya berpenampilan rapi dan berkomunikasi aktif untuk mendukung pelayanan di puskesmas. Tata cara melayani pasien dapat dinilai baik bilamana dilaksanakan oleh petugas dengan cepat, sikap yang ramah, sopan, tertip dan penuh tanggung jawab. Untuk menciptakan dan menjaga mutu pelayanan medis yang disesuaikan

dengan keinginan masyarakat, maka pihak puskesmas perlu suatu umpan baik dari masyarakat yaitu tanggapan dan penilaian dari para pasien sehingga dijadikan sebagai suatu bahan evaluasi dan gambaran apakah pelayanan yang diberikan telah memenuhi harapan pasien atau belum. Oleh karena itu puskesmas berusaha untuk menghasilkan kinerja sebaik mungkin sehingga dapat memuaskan pasien. Pelayanan sistem rekam medis merupakan dasar terciptanya sistem informasi kesehatan. Hal ini di atur melalui surat keputusan Menteri kesehatan Nomor 269/Menkes, PER/III/2008 tentang rekam medis.

Salah satu bagian yang melayani pasien rawat jalan dan mendaftarkan pasien baru maupun lama baik pasien umum ataupun asuransi yaitu Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ). TPPRJ adalah tempat pendaftaran pasien rawat jalan yang mempunyai tugas pokok menerima pasien yang berobat di rawat jalan dan mencatat pendaftaran pasien (registrasi). Menyediakan formulir-formulir rekam medis dalam folder dokumen rekam medis, memberi informasi tentang pelayanan-pelayanan di rumah sakit yang bersangkutan. Tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2006).

Waktu tunggu pasien dalam pelayanan di TPPRJ merupakan salah satu hal penting yang akan menentukan citra awal pelayanan kesehatan. Waktu tunggu pasien merupakan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan. Pasien akan menganggap pelayanan kesehatan jelek apabila sakitnya tidak sembuh-sembuh, antri lama, dan petugas kesehatan tidak ramah meskipun profesional. Bila waktu tunggu di rekam medis rawat jalan lama maka hal tersebut akan mengurangi

kenyamanan pasien dan berpengaruh pada citra rumah sakit yang dapat mempengaruhi utilitas pasien di masa mendatang (Febrianti, 2013).

Menurut Yu Ying Huang dan Shyh Jane Li (2010), kualitas layanan yang lebih baik untuk mendapatkan kepercayaan pasien. Dengan kata lain, rumah sakit perlu berusaha keras mendapatkan loyalitas pasien dengan meningkatkan kepuasan pelanggan. Akibatnya, rumah sakit secara bertahap menerapkan banyak pendekatan untuk meningkatkan kualitas layanan, termasuk mengurangi kesalahan medis dan meningkatkan efisiensi administrasi. Pasien rawat jalan mengharapkan kualitas layanan yang memuaskan. Karena itu, seberapa baik pasien rawat jalan memahami peran dan tanggung jawab mereka selama proses pemberian layanan juga penting untuk meningkatkan kualitas layanan.

Waktu tunggu adalah prediksi yang kuat tentang kepuasan pasien dan kualitas layanan kesehatan. waktu tunggu yang lama diukur dengan waktu yang dihabiskan difasilitas dari kedatangan hingga penyelesaian kunjungan, terkait dengan tingkat kepuasan yang lebih rendah. Beban rawat jalan sangat tinggi terutama dari daerah pinggiran kota yang kurang terlayani, termasuk sumber daya manusia sehingga mengakibatkan kepuasan pasien yang buruk. Dengan sistem komputer yang hampir tidak ada untuk menangani pasien, terutama dalam catatan penyimpanan dan pengambilan catatan secara manual, pasien terikat untuk terus memiliki waktu tunggu yang lebih lama (Juliet Nabbuye et al, 2011).

Indonesia memiliki beberapa jenis fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu terdiri atas: tempat praktik mandiri tenaga kesehatan, pusat kesehatan masyarakat, klinik,

rumah sakit, apotek, unit transfusi darah, laboratorium kesehatan, optikal, fasilitas pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum, dan fasilitas pelayanan kesehatan tradisional, hal tersebut dijelaskan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Jumlah Puskesmas di Indonesia sampai dengan Desember 2017 adalah 9.825 unit, yang terdiri dari 3.454 unit Puskesmas rawat inap dan 6.371 unit Puskesmas non rawat inap. Mengacu pada Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, diharapkan 6.000 Puskesmas di tahun 2019 dapat memberikan pelayanan sesuai standar (Kemenkes RI, 2017).

Jawa Tengah merupakan Puskesmas yang memberikan pelayanan sesuai standar tertinggi di Indonesia pada tahun 2017. Puskesmas Brangsong II merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama BPJS Kesehatan di Kabupaten Kendal yang memberikan pelayanan rawat jalan dan rawat inap, dan merupakan unit pelaksana Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal yang terletak di Kecamatan Brangsong. Berdasarkan profil kesehatan Dinas Kabupaten Kendal, jumlah kunjungan pelayanan pada Puskesmas Brangsong II dalam tiga tahun terakhir mengalami penurunan. Pada tahun 2014 kunjungan pasien rawat jalan sebanyak 29.169 orang, tahun 2015 kunjungan pasien rawat jalan sebanyak 29.148 orang dan pada tahun 2016 sebanyak 28.784 orang. Jumlah kunjungan di atas belum sepenuhnya menggambarkan pilihan masyarakat Kabupaten Kendal dalam memilih jenis pelayanan kesehatan yang ada mengingat masih ada penduduk Kabupaten Kendal yang memilih untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik dengan berkunjung ke pelayanan kesehatan

yang mempunyai strata lebih baik, seperti Rumah Sakit yang ada di wilayah kerja Kabupaten Kendal.

Berdasarkan laporan hasil survei kepuasan pelanggan Puskesmas Brangsong II dilihat dari pelayanan petugas, sikap petugas, jumlah petugas, prosedur pelayanan dan waktu tunggu pelayanan. Didapatkan lebih banyak pasien merasa tidak puas pada waktu tunggu pelayanan di loket pendaftaran.

Kabupaten Kendal mempunyai 30 puskesmas, yang terdiri dari 19 puskesmas non rawat inap dan 11 puskesmas rawat inap yang mencakup 20 kecamatan. Standar Pelayanan Minimal adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator dan nilai (benchmark). Sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama di wilayah kerjanya, puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan yang wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu, terjangkau, adil dan merata.

Berdasarkan survei awal menurut peneliti di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Brangsong II terdapat beberapa permasalahan yaitu, terjadi penumpukan pasien, proses pendaftaran yang terhambat dan pasien menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan. Pasien yang datang harus menunggu kurang lebih 40 menit untuk proses pendaftaran hingga pemberian pelayanan kesehatan. Alur pendaftaran rawat jalan di Puskesmas Brangsong II yaitu pasien datang kemudian mengambil nomor antrian yang sudah disediakan dan kemudian duduk di kursi tunggu untuk menunggu panggilan. Setelah nomor antrian di panggil, pasien

mendatangi meja yang bertuliskan pendaftaran disana pasien menyebutkan identitas untuk pencarian data rekam medis. Petugas dalam mencari rekam medis tidak cepat karena hanya dikerjakan satu orang yang bertugas sebagai pencatat dan pencari rekam medis, setelah data rekam medis sudah didapatkan oleh petugas maka pasien kembali duduk untuk selanjutnya dipanggil lagi untuk ditensi sebelum memasuki ruang pemeriksaan.

Dibagian pencatatan rekam medis terjadi penumpukan berkas, sehingga pasien terlalu lama menunggu di ruang tunggu dan tidak segera diberikan pelayanan oleh dokter. Terkadang dalam pemberian berkas pemeriksaan mengalami kesalahan, dimana berkas tidak di balik tumpukannya sehingga mengakibatkan pemanggilan pasien tidak sesuai dengan nomor antrian pasien pada awal pendaftaran. Petugas sering mendapatkan komplain karena kesalahan tersebut mengakibatkan semakin lamanya pasien harus menunggu dan pasien yang datang lebih awal justru mendapatkan pelayanan terakhir.

Lokasi Puskesmas Brangsong II terletak strategis di Jalan Letnan Suyono No. 10 Rt 06. Rw. 02, Kecamatan Brangsong, Kabupaten Kendal, Jawa Tengah. Letak yang strategis ini menjadi keunggulan pada Puskesmas Brangsong II, berdasarkan survey dan pengamatan Puskesmas ini menjadi pelayanan kesehatan tingkat pertama karena lokasinya yang mudah di jangkau oleh kendaraan umum dan terletak tidak jauh dari SMP N 1 Brangsong dan SMK 4 Kendal, sehingga menjadikan kunjungan pengobatan pertama yang dilakukan terhadap siswa, guru maupun masyarakat kecamatan Brangsong. Hal ini menjadi daya tarik bagi Puskesmas Brangsong II

dalam menarik jumlah pasien, sehingga mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Brangsong II harus tetap terjamin untuk memenuhi kebutuhan pasien dan dapat memberikan kepuasan pasien (Dinkes Kendal, 2016).

Selama ini sudah tersedia Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang pendaftaran yang berlaku di Puskesmas maupun Rumah Sakit di Kabupaten Kendal. Oleh karena itu peneliti bermaksud menilai kegiatan pelayanan dalam penerimaan pasien, sehingga judul penelitian ini adalah “evaluasi mutu pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II Kabupaten Kendal”

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang masalah, maka rumusan masalah yang akan diteliti adalah “Bagaimana Evaluasi Mutu Pelayanan Di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Brangsong II?”

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui evaluasi mutu pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Brangsong II.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui input pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Brangsong II.

- 2) Mengetahui proses pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Brangsong II.
- 3) Mengetahui output pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Brangsong II.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi Puskesmas Brangsong II

Sebagai bahan evaluasi bagi puskesmas guna peningkatan mutu pelayanan khususnya di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di masa datang.

1.4.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menambah bahan masukan pada pengkajian dan pengembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan terutama berhubungan dengan evaluasi mutu pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II Kabupaten Kendal.

1.4.3 Bagi Peneliti

Sebagai sarana pembelajaran melakukan penelitian ilmiah sekaligus mengaplikasikan ilmu yang sudah di dapat selama menempuh perkuliahan, dan semoga penelitian ini bermanfaat bagi peneliti selanjutnya.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

No.	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1	Dwi Yossi Ardiyanti (Ardiyanti, 2015)	Evaluasi Pelayanan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Di TPPRJ RSUD Bendan Kota Pekalongan Tahun 2016	<i>Cross sectional</i>	Pelayanan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan.	Kepatuhan petugas terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) sudah sepenuhnya patuh, namun masih ada beberapa prosedur yang tidak dilakukan yaitu memberikan informasi kepada pasien tentang ruang dimana pasien akan di periksa dan langkah selanjutnya setelah dari pendaftaran rawat jalan.
2	(Kurniawan, 2012)	Evaluasi Mutu Pelaksanaan Pelayanan Di Tempat Penerimaan Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Islam Klaten	<i>Cross sectional</i>	Mutu pelaksanaan pelayanan di tempat penerimaan pasien rawat jalan bagian poliklinik	Hasil dari penelitian ini adalah menunjukkan masih adanya petugas yang dalam melayani pasien bersikap kurang ramah dan kurang sopan. Hal tersebut dikarenakan pekerjaan yang banyak sedangkan jumlah petugas terbatas. Selain itu masih adanya petugas yang kurang bertanggung jawab terhadap pasien karena masih adanya petugas yang melakukan pekerjaan yang tidak ada hubungannya dengan tugasnya di bagian Poliklinik. Masih adanya petugas di bagian rawat jalan dalam bekerja tidak sesuai dengan kebijakan-kebijakan yang ada di rumah sakit dikarenakan petugas tidak mengetahui isi dari kebijakan-kebijakan tersebut.
3	Nur Aini Ariyanti (Ariyanti, 2013)	Prosedur Pelayanan Data Rekam Medik (DRM) di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) RSUD Sunan Kalijaga Demak	<i>Cross sectional</i>	Prosedur Pelayanan DRM	Hasil penelitian yang diperoleh yaitu Kartu Indeks Berobat (KIB) yang ada di bagian pendaftaran tidak langsung diberikan kepada pasien setelah mendaftar, tapi setelah pasien diperiksa oleh dokter.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian dilakukan di Puskesmas Brangsong II pada bagian Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian dilakukan pada bulan Desember 2018 sampai Mei 2019

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini merupakan penelitian dalam ilmu Kesehatan Masyarakat bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan khususnya mengenai evaluasi mutu pelayanan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Puskesmas

2.1.1.1 Pengertian Puskesmas

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa 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. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya Kecamatan Sehat. Selain melaksanakan tugas tersebut, Puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama serta sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2017).

Adanya Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang: memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat; mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat; dan memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Permenkes RI, 2014).

Pelayanan kesehatan yang dikenal murah seharusnya menjadikan puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan utama bagi masyarakat, namun pada kenyataannya banyak masyarakat yang lebih memilih pelayanan kesehatan pada dokter praktek atau petugas kesehatan praktek lainnya. Kondisi ini didasari oleh persepsi awal yang negatif dari masyarakat terhadap pelayanan puskesmas, seperti pelayanan yang terkesan seadanya, artinya puskesmas tidak cukup memadai dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, baik dilihat dari sarana dan prasarannya maupun dari tenaga medis serta kurang ramahnya pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dan ditambah lagi kurang disiplinnya petugas kesehatan puskesmas sehingga pasien masih harus menunggu lama dalam menerima pelayanan.

2.1.1.2 Tugas dan Fungsi Puskesmas

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas (UPTD) kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan disuatu wilayah. Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan, yang meliputi pelayanan kesehatan perorang (*private goods*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*) (Sanah, 2017).

Menurut Mubarak dan Chayatin dalam Nor Sanah (2017), puskesmas memiliki tiga fungsi, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan yang berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama. Sebagai langkah awal dari program keperawatan kesehatan masyarakat, fungsi dan peran

puskesmas bukan saja persoalan teknis medis tetapi juga berbagai keterampilan sumber daya manusia yang mampu mengorganisir model sosial yang ada di masyarakat, juga sebagai lembaga kesehatan yang menjangkau masyarakat di wilayah terkecil dan membutuhkan strategi dalam hal pengorganisasian masyarakat untuk terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan secara mandiri.

Dalam melakukan fungsinya, puskesmas melakukan beberapa cara, yaitu merangsang masyarakat untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri, memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya secara efektif dan efisien, memberikan bantuan yang bersifat bimbingan dan rujukan medis kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan tidak menimbulkan ketergantungan, memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat, bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program kesehatan.

2.1.2 Pelayanan Rawat Jalan

2.1.2.1 Definisi Rawat Jalan

Instalasi Rawat Jalan secara sederhana didefinisikan meliputi prosedur terapik dan diagnostik serta pengobatan yang diberikan kepada pasien dalam lingkungan yang tidak membutuhkan rawat inap (Kemenkes RI, 2011). Membagi rawat jalan tingkat pertama dan tingkat lanjutan, rawat jalan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat umum oleh pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan pelayanan kesehatan lainnya, tingkat lanjutan adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat

spesialistik atau subspecialistik dan dilaksanakan oleh para pemberi pelayanan kesehatan tingkat lanjutan sebagai rujukan dari pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama, untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis, dan/atau pelayanan medis lainnya tanpa menginap diruang perawatan.

Rawat jalan merupakan pelayanan medis kepada seseorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap dan yang diselenggarakan oleh poliklinik, balai pengobatan, puskesmas, ataupun praktek dokter perseorangan (Azrul Azwar, 2010).

Rawat Jalan merupakan salah satu unit kerja di puskesmas yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik. Pada waktu yang akan datang, rawat jalan merupakan bagian terbesar dari pelayanan kesehatan di Puskesmas. Pertumbuhan yang cepat dari rawat jalan ditentukan oleh tiga faktor yaitu (Wulandari, 2015):

- 1) Penekanan biaya untuk mengontrol peningkatan harga perawatan kesehatan dibandingkan dengan rawat inap;
- 2) Peningkatan kemampuan dan sistem *reimbursement* untuk prosedur di rawat jalan;
- 3) Perkembangan secara terus menerus dari teknologi tinggi untuk pelayanan rawat jalan akan menyebabkan pertumbuhan rawat jalan.

2.1.2.2 Tujuan Pelayanan Rawat Inap

Menurut Wulandari (2015) menjelaskan mengenai tujuan dan beberapa tenaga pelayanan dirawat jalan sebagai berikut, tujuan pelayanan rawat jalan diantaranya untuk menentukan diagnosa penyakit dengan tindakan pengobatan, untuk rawat inap atau untuk tindakan rujukan, untuk memberikan konsultasi kepada pasien yang memerlukan pendapat dari seorang dokter spesialis, dengan tindakan pengobatan atau tidak dan untuk menyediakan tindak lanjut bagi pasien rawat inap yang sudah diijinkan pulang tetapi masih harus dikontrol kondisi kesehatannya.

Tenaga pelayanan di rawat jalan adalah tenaga yang langsung berhubungan dengan pasien, yaitu:

- 1) Tenaga administrasi (non medis) yang memberikan pelayanan penerimaan pendaftaran dan pembayaran;
- 2) Tenaga keperawatan (paramedis) sebagai mitra dokter dalam memberikan pelayanan pemeriksaan / pengobatan;
- 3) Tenaga dokter (medis) pada masing-masing poliklinik yang ada.

Rawat jalan hendaknya memiliki lingkungan yang nyaman dan menyenangkan bagi pasien. Hal ini penting untuk diperhatikan karena dari rawat jalanlah pasien mendapatkan kesan pertama mengenai puskesmas tersebut. Lingkungan rawat jalan yang baik hendaknya cukup luas dan memiliki sirkulasi udara yang lancar, tempat duduk yang nyaman perabotan yang menarik dan tidak terdapat suara-suara yang mengganggu. Diharapkan petugas yang berada di rawat jalan menunjukkan sikap yang sopan dan suka menolong.

2.1.2.3 Definisi Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

Menurut modul Aep Nurul Hidayat menjelaskan bahwa pendaftaran pasien rawat jalan dinamakan TPPRJ (Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan). Fungsi utamanya adalah menerima pasien untuk berobat ke poliklinik yang dituju masing-masing pasien tersebut. Prosedur penerimaan pasien dapat disesuaikan dengan sistem yang dianut oleh masing-masing rumah sakit. Dilihat dari jenis kedatangannya pasien dapat dibedakan menjadi 2, yaitu:

1) Pasien Baru

Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan. Setiap pasien baru diterima di tempat penerimaan pasien dan akan diwawancarai oleh petugas guna mendapatkan informasi mengenai data identitas sosial pasien yang harus diisikan formulir ringkasan riwayat klinik.

2) Pasien Lama

Pasien lama adalah pasien yang pernah berobat/datang sebelumnya ke rumah sakit, maka pasien mendatangi tempat pendaftaran pasien lama atau ke tempat penerimaan pasien yang telah ditentukan.

2.1.2.4 Prosedur Penerimaan Pasien Rawat Jalan

Berdasarkan Depkes RI tahun (2006), prosedur penerimaan pasien rawat jalan yaitu :

- 1) Menyiapkan formulir dan catatan serta nomor rekam medik yang diperlukan untuk pelayanan. Formulir dan catatan yang perlu disiapkan yaitu:

- (1) Formulir-formulir dokumentasi rekam medis (DRM) rawat jalan baru yang telah diberi nomer rekam medik;
- (2) Buku register pendaftaran pasien rawat jalan;
- (3) Buku ekpedisi untuk serah terima DRM;
- (4) Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP);

Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) adalah kartu katalog yang berisi identitas pasien baru dan nomor rekam medis serta sebagai salah satu cara untuk menunjang kelancaran pelayanan terhadap pasien. KIUP digunakan sebagai kunci untuk memperoleh rekam medis pasien, terutama apabila pasien lupa membawa KIB (Kartu Identitas Berobat) yang disimpan oleh sarana pelayanan kesehatan dan disusun berdasarkan alfabet;

- (5) Kartu Indeks Berobat (KIB);
 - (6) Buku catatan penggunaan nomor rekam medik;
 - (7) Karcis pendaftaran pasien.
- 2) Menanyakan kepada pasien yang akan datang apakah sudah pernah berobat atau belum. Bila belum berarti pasien baru dan bila sudah berarti pasien lama.
 - 3) Pelayanan pasien baru meliputi:
 - (1) Menanyakan identitas pasien lengkap untuk di catat pada formulir rekam medis rawat jalan KIB, KIUP dan DRM;
 - (2) Menyerahkan KIB kepada pasien dengan pesan untuk dibawa kembali bila datang berobat berikutnya;
 - (3) Menyiapkan KIUP sesuai urutan abjad (alfabetik);

- (4) Menanyakan keluhan utamanya guna memudahkan mengarahkan pasien ke poliklinik yang sesuai;
 - (5) Menanyakan apakah membawa surat rujukan, bila membawa maka proses yang dilakukan yaitu menempelkan pada formulir rekam medic rawat jalan, baca isinya ditunjukkan kepada dokter siapa atau diagnosisinya guna mengarahkan pasien menuju ke poliklinik yang sesuai, mempersilahkan DRM ke poliklinik yang sesuai dengan menggunakan buku ekspedisi.
- 4) Pelayanan pasien lama meliputi:
- (1) Menanyakan terlebih dahulu membawa KIB atau tidak;
 - (2) Bila membawa KIB, maka catat nama dan no rekam mediknya pada tracer untuk dimintai DRM lama ke bagian filing;
 - (3) Bila tidak membawa KIB, maka tanyakan nama dan alamatnya untuk di cari KIUP;
 - (4) Mencatat nama dan nomor rekam medik yang ditemukan di KIUP pada tracer untuk dimintakan DRM lama ke bagian filing.
- 5) Mempersilahkan pasien baru atau lama membayar ke loket pembayaran

Pelayanan pasien asuransi kesehatan di sesuaikan dengan peraturan dan prosedur asuransi penanggung biaya pelayanan kesehatan.

2.1.3 Mutu Pelayanan

2.1.3.1 Pengertian Mutu

Mutu barang atau jasa dapat kita definisikan sebagai keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan

konsumen, baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat (Imbalo, 2013).

2.1.3.2 Definisi Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Elishabeth dan Endang (2015:5), secara umum pengertian 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.

Selain itu mutu pelayanan kesehatan diartikan berbeda sebagai berikut:

- 1) Menurut pasien/masyarakat empati, menghargai, dan tanggap sesuai kebutuhan dan ramah.
- 2) Menurut petugas kesehatan adalah bebas melakukan segala sesuatu secara professional sesuai dengan ilmu pengetahuan, ketrampilan, dan peralatan yang memenuhi standar.
- 3) Menurut manajer/administrator adalah mendorong manager untuk mengatur staf dan pasien/masyarakat yang baik.
- 4) Menurut yayasan atau pemilik adalah menuntut pemilik agar memiliki tenaga professional yang bermutu dan cukup.

Mutu pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat pelayanan dalam menimbulkan rasa puas pada diri pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan.

2.1.3.3 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Lori Di Prete Brown, yang di kutip oleh Djoko Wijoyo (2008) dalam Elisabeth dan Endang ada 8 dimensi mutu pelayanan, yaitu:

1) Kompetensi teknis (*Technical competence*)

Adalah terkait dengan keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, manajer dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standart pelayanan yang telah di tetapkan dalam hal: kepatuhan, ketepatan (*accuracy*), kebenaran (*reliability*), dan konsistensi.

2) Akses terhadap pelayanan (*access to service*)

Adalah pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa.

3) Efektivitas (*effectiveness*)

Adalah kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada.

4) Efisiensi (*Efficiency*)

Adalah dimensi yang penting dari kualitas karena efisiensi akan memengaruhi hasil pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Pelayanan yang efisien pada umumnya akan memberikan perhatian yang optimal kepada pasien dan masyarakat. Petugas akan memberikan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki.

5) Kontinuitas (*Continuity*)

Adalah klien akan menerima pelayanan yang lengkap yang dibutuhkan (termasuk rujukan) tanpa mengulangi prosedur diagnose dan terapi yang tidak perlu.

6) Keamanan (*Safety*)

Adalah mengurangi resiko cedera, infeksi atau bahkan lain yang berkaitan dengan pelayanan. Keamanan pelayanan melibatkan petugas dan pasien.

7) Hubungan antar manusia (*Interpersonal relations*)

Adalah interaksi antara petugas kesehatan dan pasien, manajer dan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsive, dan memberikan perhatian.

8) Kenyamanan (*Amenities*)

Adalah pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya. Kenyamanan juga berkaitan dengan penampilan fisik dari fasilitas kesehatan, persolin dan peralatan medis maupun non medis.

2.1.3.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan menurut Alimul Azis (2007) dalam Elisabeth dan Endang (2015), ada 5 faktor yaitu:

1) Ilmu pengetahuan dan teknologi baru

Meningkat perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka akan diikuti oleh perkembangan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyakit-penyakit yang sulit dapat digunakan penggunaan alat seperti laser, terapi penggunaan gen dan lain-lain.

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 memberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara professional 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 dapat mempengaruhi dalam sistem 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 system pelayanan.

Direferensi menurut Djoko Wijono (2005:10) menyebutkan mutu produk dan jasa pelayanan secara langsung di pengaruhi oleh 9 area fundamental (9M) yaitu:

- 1) *Men*: kemajuan teknologi, komputer dan lain-lain memerlukan pekerjaan spesialis yang makin banyak.
- 2) *Money*: meningkatnya kompetisi di segala bidang memerlukan penyesuaian pembiayaan yang luar biasa termasuk untu mutu.
- 3) *Material*: bahan-bahan yang semakin terbatas dan berbagai jenis material yang diperlukan.
- 4) *Machines dan mechanization*: selalu perlu penyesuaian-penyesuaian seiring dengan kebutuhan kepuasan pelanggan.
- 5) *Machines information method*: kecepatan kemajuan teknologi komputer yang harus selalu di ikuti.
- 6) *Markets*: tuntutan pasar yang semakin tinggi dan luas.
- 7) *Management*: tanggung jawab manajemen mutu oleh perusahaan.
- 8) *Motivation*: meningkatnya mutu yang kompleks perlu kesadaran mutu bagi pekerja-pekerja.
- 9) *Mounting product requitment*: persyaratan produk yang meningkat yang diminta pelanggan perlu penyesuaian mutu terus menerus.

2.1.3.5 Dimensi Yang Mempengaruhi Penilaian Kualitas Pelayanan

Mutu pelayanan dapat di nilai melalui identifikasi sepuluh pokok kualitas jasa pelayanan yang sudah di kembangkan oleh beberapa ahli pemasaran, Zeithaml, dan Berry (1985) sebagaimana dikutip Tjiptono & Chandra (2011:196-197) berhasil mengidentifikasi sepuluh dimensi pokok kualitas jasa:

1) Reliabilitas

Meliputi dua aspek utama yaitu konsistensi kinerja (*performance*) dan sifat dapat dipercaya (*Dependability*). Hal ini berarti perusahaan mampu menyampaikan jasanya secara benar sejak awal, memenuhi janjinya secara akurat dan andal, menyimpan data secara tepat dan mengirimkan tagihan yang akurat.

2) Responsivitas atau daya tangkap

Yaitu kesediaan dan kesiapan para karyawan yang membantu para pelanggan dan menyampaikan jasa secara cepat.

3) Kompetensi

Yaitu penguasaan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat menyampaikan jasa sesuai dengan kebutuhan pelanggan.

4) Akses

Meliputi kemudahan untuk dihubungi atau ditemui (*approachability*) dan kemudahan kontak. Hal ini berarti lokasi fasilitas jasa mudah dijangkau, waktu mengantri atau menunggu tidak terlalu lama, saluran komunikasi mudah dihubungi, dan jam operasi nyaman.

5) Kesopanan (*Courtesy*)

Meliputi sikap santun, respek, atensi, dan keramahan para karyawan kontak.

6) Komunikasi

Artinya menyampaikan informasi kepada para pelanggan dalam bahasa yang mudah mereka pahami, serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan.

7) Kredibilitas

Yaitu sifat jujur dan dapat dipercaya. Kredibilitas mencakup nama perusahaan, reputasi perusahaan, karakter pribadi karyawan kontak, dan interaksi dengan pelanggan.

8) Keamanan (*Security*)

Yaitu bebas dari bahaya, resiko atau keragu-raguan. Termasuk di dalamnya adalah keamanan secara fisik, keamanan finansial, privasi dan kerahasiaan.

9) Kemampuan memahami pelanggan

Yaitu berupaya memahami pelanggan dan kebutuhan spesifik mereka, memberikan perhatian individual, dan mengenal pelanggan regular.

10) Bukti fisik (*tangibles*)

Meliputi penampilan fasilitas fisik, peralatan, personil dan bahan-bahan komunikasi perusahaan.

2.1.3.6 Presepsi Mutu Pelayanan

Menurut Endang dan Elisabeth (2015:9) menjelaskan terdapat enam presepsi mutu pelayanan, yaitu:

1) Menurut pasien/masyarakat

Pasien/ masyarakat melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakan dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap serta mampu menyembuhkan keluhan serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit.

Pandangan pasien ini sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali. Dimensi mutu layanan kesehatan yang berhubungan dengan kepuasan pasien dapat memengaruhi kesehatan masyarakat dan kesejahteraan masyarakat. Pasien atau masyarakat sering menganggap bahwa dimensi efektivitas, akses, hubungan antar manusia, berkesinambungan, dan kenyamanan sebagai suatu dimensi mutu layanan kesehatan yang sangat penting.

2) Menurut pemberian pelayanan

Pemberi layanan kesehatan mengaitkan layanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam setiap melakukan layanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana keluaran atau layanan kesehatan tersebut.

Sebagai profesi layanan kesehatan membutuhkan dan mengharapkan adanya dukungan teknis, administrasi, dan layanan pendukung lainnya yang efektif serta efisien dalam menyelenggarakan layanan kesehatan yang bermutu tinggi.

3) Menurut penyambung dana/asuransi

Penyandang dana/asuransi menganggap bahwa layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang efisien dan efektif. Pasien diharapkan dapat disembuhkan dalam waktu yang sesingkat mungkin sehingga biaya layanan kesehatan dapat menjadi efisien. Selanjutnya, upaya promosi kesehatan pencegahan penyakit akan digalakkan agar pengguna layanan kesehatan semakin berkurang.

4) Menurut pemilik sarana layanan kesehatan

Pemilik sarana layanan kesehatan berpandangan bahwa layanan kesehatan yang bermutu merupakan layanan kesehatan yang menghasilkan pendapatan yang mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan, tetapi dengan tarif layanan kesehatan yang masih terjangkau oleh pasien atau masyarakat, yaitu pada tingkat biaya ketika belum terdapat keluhan pasien masyarakat.

5) Menurut administrator kesehatan/pemerintah

Administrator layanan kesehatan tidak langsung memberikan layanan kesehatan, tetapi ikut bertanggung jawab dalam masalah mutu layanan kesehatan. Kebutuhan akan supervise, kebutuhan keuangan dan logistik akan memberikan suatu tantangan dan terkadang administrator layanan kesehatan kurang memperhatikan prioritas sehingga timbul persoalan dalam layanan kesehatan pemusatan perhatian terhadap beberapa dimensi mutu pelayanan kesehatan tertentu akan membantu administrator layanan kesehatan dalam menyusun prioritas dan dalam menyediakan apa yang menjadi kebutuhan dan harapan pasien, serta pemberi layanan kesehatan.

6) Menurut ikatan profesi

Keberhasilan penerapan pendekatan jaminan mutu pelayanan kesehatan akan menimbulkan kepuasan pasien. Dengan demikian, tugas pelayanan kesehatan selama ini dianggap suatu beban yang berat dan nada kalanya disertai dengan keluhan/kritikan pasien dan/masyarakat akan berubah menjadi suatu kepuasan kerja. Jaminan mutu pelayanan kesehatan akan menghindarkan terjadinya mutu pelayanan kesehatan akan menghindarkan terjadinya malpraktik sehingga dokter dapat terhindar dari tuntutan pasien.

2.1.3.7 Hubungan Antara Kepuasan, Harapan dan Presepsi Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Yang di Terima

Kepuasan terhadap pelayanan kesehatan akan dinyatakan melalui beberapa hal-hal sebagai berikut (Elishabeth, Endang, 2015):

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 untuk sebagai referensi untuk menggunakan atau memilih jasa pelayanan kesehatan tersebut.

2) Kebutuhan pribadi

Pasien atau masyarakat selalu membutuhkan pelayanan kesehatan yang tersedia sebagai kebutuhan pribadi yang tersedia pada waktu dan tempat sesuai dengan kebutuhan. Pasien atau masyarakat mengharapkan adanya kemudahan dalam

memperoleh pelayanan kesehatan yang baik dalam keadaan bisa 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 kesehatan yang memuaskan sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan pengalaman yang lalu.

4) Komunikasi eksternal

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

2.1.4 Unsur Pokok Pelayanan Kesehatan

Menurut Azul Azwar (2010:53), unsur-unsur pokok yang berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1) *Input* (unsur masukan)

Unsur masukan adalah semua hal yang diperlukan untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan. Unsur masukan ini banyak macamnya, yang terpenting adalah tenaga (*man*), dana (*money*), dan sarana (*material*). Secara umum disebutkan apabila tenaga dan sarana (kuantitas dan kualitas) tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan, serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan.

2) *Environment* (unsur lingkungan)

Unsur lingkungan adalah keadaan sekitar yang mempengaruhi pelayanan kesehatan. Untuk suatu institusi kesehatan, keadaan sekitar yang terpenting adalah kebijakan, organisasi dan manajemen. Secara umum disebutkan apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar atau tidak bersifat mendukung, maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan.

3) *Prosess* (unsur proses)

Unsur proses adalah semua tindakan yang dilakukan pada pelayanan kesehatan. Tindakan tersebut secara umum dapat dibedakan menjadi dua yaitu tindakan medis (*medical procedures*) yaitu tindakan yang bersifat penyembuhan, misalnya perawatan, pemeriksaan di laboratorium, pengobatan pasien, dan lain-lain. Yang kedua yaitu tindakan non-medis (*non-medical procedures*) yang meliputi pelayanan administrasi, pelayanan apotek, dan lain-lain. Secara umum apabila kedua tindakan ini tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan, maka sulit di harapkan baiknya mutu pelayanan.

4) *Output* (unsur keluaran)

Unsur keluaran adalah yang menunjukan pada pelayanan kesehatan yang diselenggarakan (*performance*). Penampilan yang dimaksud di sini banyak macamnya. Secara umum dapat dibedakan atas dua macam pertama penampilan aspek medis (*medical performance*). Kedua, penampilan aspek non-medis (*non-medical performance*). Secara umum disebutkan apabila kedua penampilan ini tidak

sesuai dengan standar yang telah ditetapkan maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan bukan pelayanan yang bermutu.

2.1.5 Evaluasi Pelayanan

2.1.5.1 Definisi Evaluasi

Evaluasi adalah suatu penilaian itu ditunjukkan pada orang yang lebih tinggi atau yang lebih tahu kepada orang yang lebih rendah, baik itu dari jabatan strukturnya atau orang yang lebih rendah keahliannya (Bruhn, 2014). Evaluasi merupakan suatu pemeriksaan terhadap pelaksanaan suatu program yang telah dilakukan dan yang akan digunakan untuk meramalkan, memperhitungkan, dan mengendalikan pelaksanaan program kedepannya agar jauh lebih baik. Evaluasi lebih bersifat melihat kesalahan-kesalahan dimasa lalu, dan ditunjukkan pada upaya peningkatan kesempatan demi keberhasilan program, dengan demikian misi dari evaluasi itu adalah perbaikan atau penyempurnaan dimasa mendatang atas suatu program. Evaluasi suatu program harus menilai apakah program yang dilaksanakan sesuai dengan rancangan dan karakteristik dari sasaran yang berkaitan dengan tingkat kepatuhan yang dicapai.

Evaluasi merupakan suatu usaha untuk mengukur dan sumber nilai secara objektif dari pencapaian hasil-hasil yang direncanakan sebelumnya, dimana hasil evaluasi tersebut dimaksudkan menjadi umpan balik untuk perencanaan yang akan dilakukan di depan. Dalam hal ini menitikberatkan kajian evaluasi dari segi manajemen, dimana evaluasi itu merupakan salah satu fungsi atau unsur manajemen, yang isinya adalah untuk memperbaiki fungsi atau sosial manajemen lainnya, yaitu perencanaan.

Laporan akhir evaluasi harus menjelaskan tujuan program, rencana, pendanaan, kepegawaian, operasional dan hasil secara objektif (Stufflebeam and Coryn, 2014). Dalam kajiannya, evaluasi diarahkan kepada keluaran (*output*), hasil (*outcomes*), dan dampak (*impact*) dari pelaksanaan rencana strategis. Oleh karena itu dalam pelaksanaan yang transparandan akuntabel dan harus disertai dengan penyusunan sosial kinerja pelaksanaan rencana yang sekurang-kurangnya meliputi sosial masukan, sosial keluaran, sosial hasil.

Evaluasi berusaha mengidentifikasi mengenai apa sebenarnya yang terjadi pada pelaksanaan atau penerapan program. Dalam konteks ini dapat diartikan, sebagai proses penilaian terhadap pentingnya suatu pelayanan sosial. Penelitian ini dibuat dengan cara membandingkan berbagai bukti yang berkaitan dengan program yang telah sesuai dengan kriteria yang di tetapkan dan bagaimana seharusnya program tersebut harus dibuat dan diimplementasikan,dengan demikian evaluasi bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat pencapaian tujuan, mengukur dampak langsung yang terjadi pada kelompok sasaran, mengetahui dan menganalisa konsekuensi-konsekuensi lain yang mungkin terjadi diluar sosial.

2.1.5.2 Fungsi Evaluasi

Fungsi dalam proses pengembangan atau penilaian suatu program berfungsi untuk (Daryanto, 2012):

- 1) Perbaiki program

Dalam hal ini evaluasi lebih bersifat konstruktif, karena hasil penilaian dijadikan input bagi perbaikan-perbaikan yang diperlukan. Evaluasi lebih merupakan

kebutuhan yang datang dari dalam program karena evaluasi dipandang sebagai faktor yang memungkinkan tercapainya hasil pengembangan yang optimal dari program yang bersangkutan.

2) Pertanggungjawaban kepada pemerintah dan masyarakat

Dalam pertanggungjawaban kepada pemerintah dan masyarakat tentang hasil yang di capai, pihak pengembang atau pelaksana program perlu mengemukakan kekuatan dan kelemahan dari program yang sedang dikembangkan serta usaha lebih lanjut yang diperlukan untuk mengatasi kelemahan-kelemahan tersebut. Untuk menghasilkan informasi mengenai kekuatan dan kelemahan yang diperlukan kegiatan evaluasi.

3) Penentuan tindak lanjut hasil pengembangan

Tindak lanjut hasil pengembangan program ini untuk menentukan apakah program perlu perbaikan atau tidak.

Berdasarkan fungsi-fungsi evaluasi yang telah dikemukakan, maka dapat disimpulkan tentang nilai evaluasi merupakan suatu proses yang dilakukan oleh seseorang untuk melihat sejauh mana keberhasilan sebuah program. Keberhasilan program itu sendiri dapat dilihat dari dampak atau hasil yang di capai oleh program tersebut. Program kesehatan masyarakat harus melakukan evaluasi sehingga umpan balik dapat digunakan untuk lebih meningkatkan hasil intervensi (Bruhn, 2014:69).

2.1.5.3 Tujuan Evaluasi

Menurut Supriyanto (1988) menjelaskan tiga tujuan evaluasi, yaitu:

1) Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program. Sehubungan dengan ini perlu adanya kegiatan-kegiatan yang dilakukan antara lain memeriksa kembali kesesuaian dari program dalam hal perubahan-perubahan kecil yang terus-menerus, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan, menentukan sebab dan faktor di dalam maupun di luar yang mempengaruhi pelaksanaan suatu program.

2) Sebagai alat untuk memperbaiki kebijaksanaan perencanaan dan pelaksanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi akan memberikan pengalaman mengenai hambatan dari pelaksanaan program yang lalu dan selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang akan datang.

3) Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana dan sumber daya manajemen saat ini serta di masa mendatang.

2.1.5.4 Model Evaluasi

1) CIPP (*Context, Input, Process, Product*)

Menurut Stufflebeam dalam Yusuf Farida T, merumuskan evaluasi “*the process of delineating, obtaining, dan providing useful information for judging cision alternative*” (Fitz Petrick, 2004:89). Definisi ini memberikan tekanan pada tiga hal yaitu pertama bahwa evaluasi merupakan proses sistematis yang terus menerus. Kedua proses ini terdiri atas 3 langkah, yaitu (1) menyatakan pernyataan yang menentukan jawaban dan informasi yang spesifik untuk di gali, (2) membangun data yang relevan, dan (3) menyediakan informasi hasil kesimpulan yang menjadi bahan pertimbangan

mengambil keputusan. Ketiga evaluasi memberikan dukungan pada proses mengambil keputusan dengan memilih salah satu alternative pilihan dan melakukan tindak lanjut atas keputusan tersebut.

(1) Evaluasi konteks (*context*)

Dimaksud untuk menilai kebutuhan, masalah, asset dan peluang guna membantu pembuat kebijakan menetapkan tujuan dan prioritas. Serta membantu kelompok pengguna lainnya untuk mengetahui tujuan, peluang dan hasilnya.

(2) Evaluasi masukan (*input*)

Dilaksanakan untuk menilai alternative pendekatan, rencana tindakan, rencana staf dan pembiayaan bagi kelangsungan program dalam memenuhi kebutuhan kelompok sasaran serta mencapai tujuan yang ditetapkan. Evaluasi ini berguna bagi pembuat kebijakan untuk memilih rancangan, bentuk pembiayaan, alokasi sumber daya, pelaksanaan dan jadwal kegiatan yang sesuai bagi kelangsungan program.

(3) Evaluasi proses (*process*)

Ditujukan untuk menilai implementasi dari rencana yang telah ditetapkan guna membantu para pelaksana dalam menjalankan kegiatan dan kemudian akan dapat membantu kelompok pengguna lainnya untuk mengetahui program kerja dan memperkirakan hasilnya.

(4) Evaluasi hasil

Dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi dan menilai hasil yang dicapai diharapkan dan tidak diharapkan, jangka pendek dan jangka panjang, baik

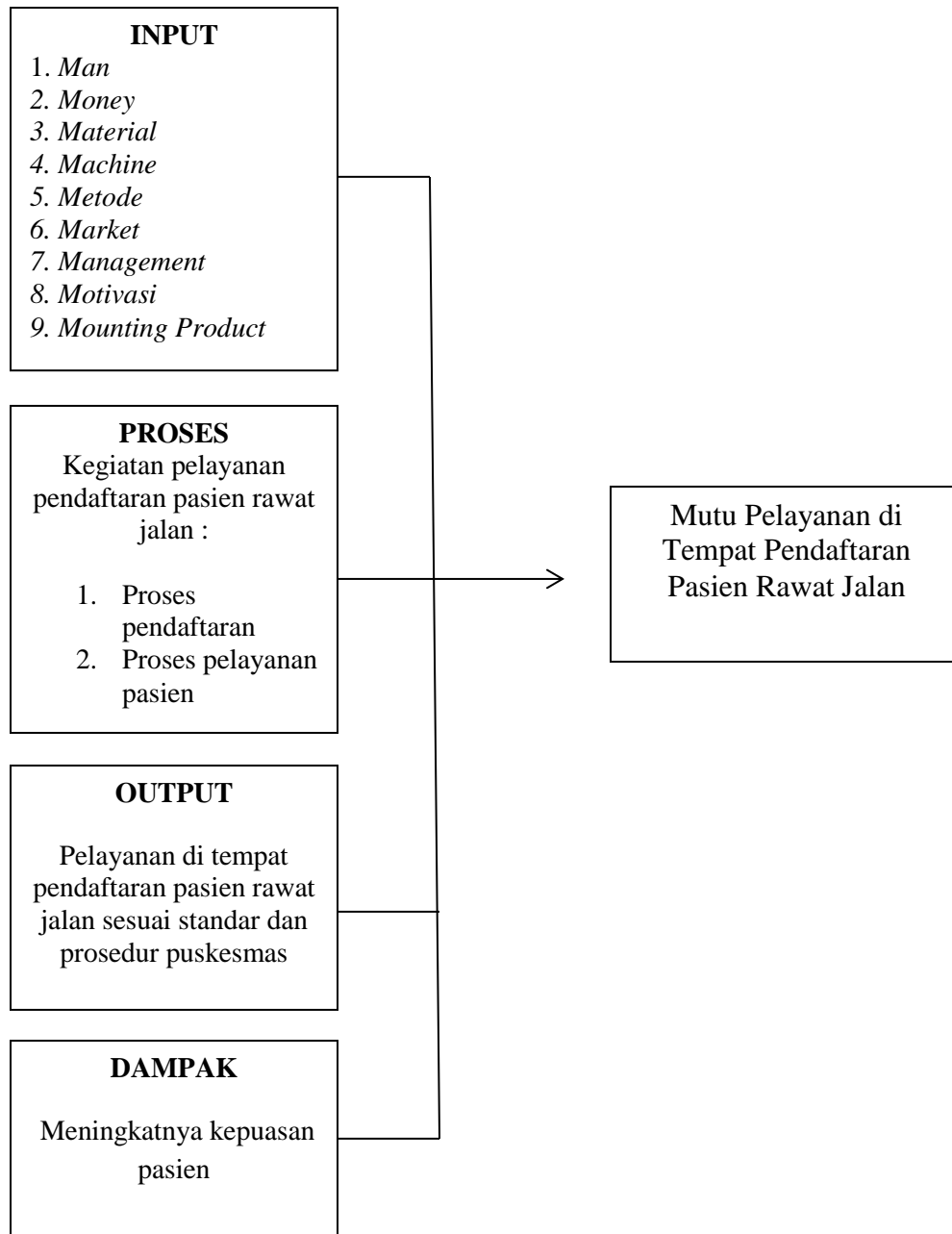
bagi pelaksana kegiatan agar dapat memfokuskan diri dalam mencapai sasaran program maupun bagi pengguna lainnya dalam menghimpun upaya untuk memenuhi kebutuhan kelompok sasaran. Evaluasi ini dapat di bagi kedalam penilaian terhadap dampak, efektivitas, keberlanjutan, dan daya adaptasi (Yusuf Farida T, 2008:14).

1) *Input-Process-Output (IPO)*

Input-Proses-Output (IPO) merupakan proses yang menciptakan suatu produk dengan cara mengubah input menjadi output. Input merupakan suatu proses awal yang menjadi bahan dasar yang menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya, baik sumber dana, tenaga dan ataupun sumber sarana. Proses dititik beratkan pada pelaksanaan program, apakah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Kemudian, Output adalah penilaian terhadap hasil yang di capai dari dilaksanakannya suatu program.

Efisiensi ini merupakan indikator input dalam mengolah sumber daya yang digunakan sesuai dengan ketentuan atau standar yang digunakan. Sedangkan efektifitas merupakan indikator output dalam menghasilkan produk sesuai dengan tujuan atau target yang telah direncanakan. Untuk menjalankan proses input yang efisien dan menghasilkan proses output yang efektif, maka bagian proses pada sistem IPO merupakan aktivitas evaluasi dalam melakukan kegiatan untuk menjadi lebih baik (Azrul Azwar, 2010).

2.2 KERANGKA TEORI



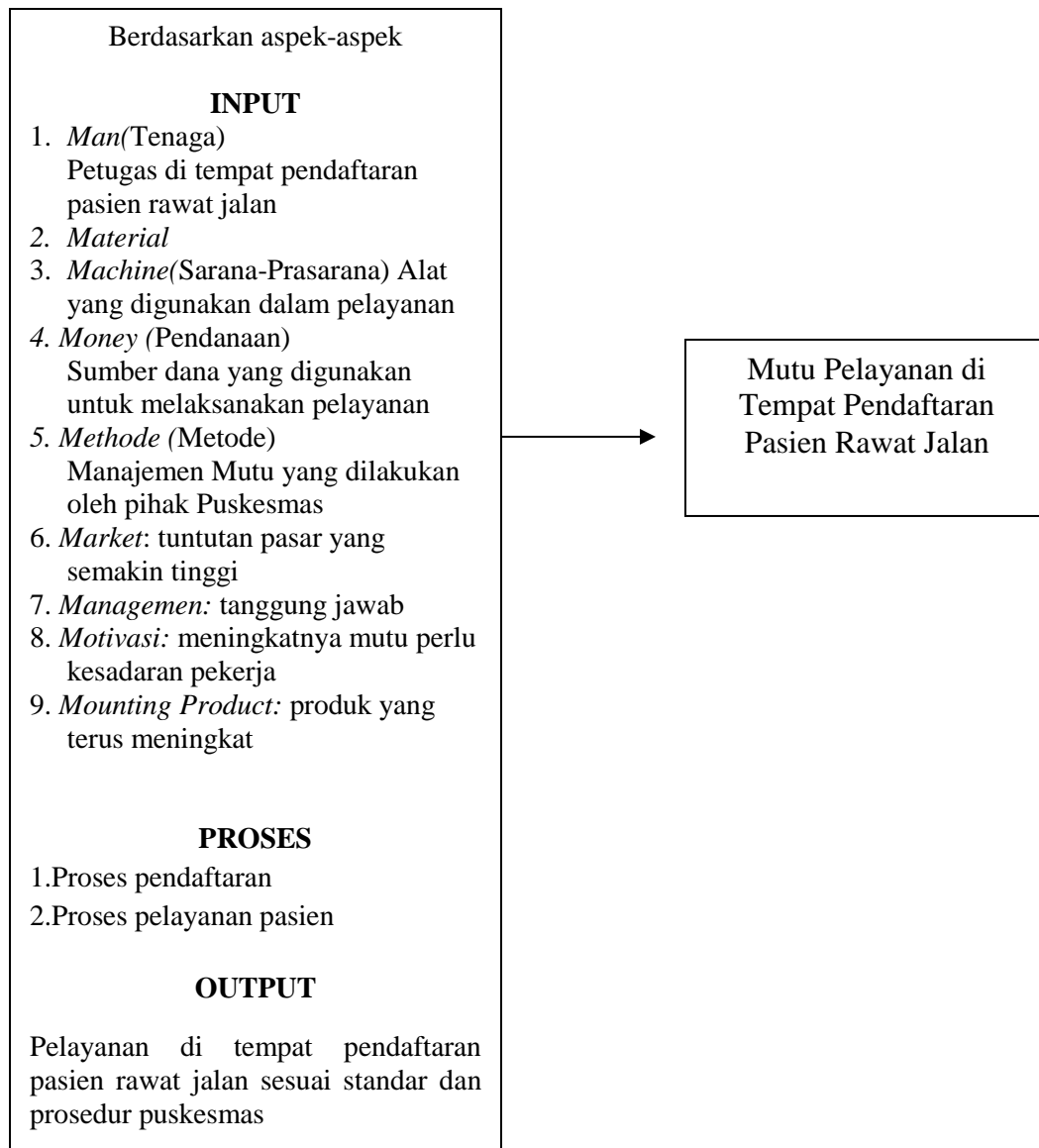
Gambar 2.1. Kerangka Teori (Sumber : Djoko Wijono, 2005; Azrul Azwar, 2010)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 ALUR PIKIR

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka dapat disusun skema alur pikir dalam penelitian ini, adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1. Bagan Alur Pikiran Penelitian

3.2 FOKUS PENELITIAN

Masalah dalam penelitian kualitatif disebut fokus. Pentingnya fokus penelitian dalam penelitian kualitatif adalah untuk membatasi studi dan bidang kajian penelitian (Moleong, 2011). Fokus penelitian yang menjadi pusat perhatian dalam penelitian ini yaitu bagaimana Pelayanan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Brangsong II yang dimulai berdasarkan aspek-aspek *input, proses, output*.

3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Untuk mengetahui evaluasi mutu pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II, maka jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi. Menurut Moleong (2011: 15), metode fenomenologi dalam penelitian kualitatif merupakan pandangan berpikir yang menekankan fokus kepada penelitian sosial termasuk psikologi, sosiologi, dan pekerjaan sosial, serta pengalaman-pengalaman subjektif manusia. Dalam pandangan fenomenologis, peneliti berusaha arti peristiwa dan kaitan-kaitannya terhadap orang yang berada dalam situasi-situasi tertentu, sehingga mereka mengerti apa dan bagaimana suatu pengertian yang dikembangkan oleh mereka di sekitar peristiwa dalam kehidupannya sehari-hari.

Penggunaan metode fenomenologi dalam penelitian ini dikarenakan peneliti bermaksud ingin memahami situasi sosial secara mendalam yaitu evaluasi mutu pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II.

Dimana data yang nantinya diperoleh merupakan informasi dalam bentuk deskripsi yang dikaji secara lebih mendalam.

3.4 SUMBER INFORMASI

Menurut Lofland dalam Moleong (2011: 157), sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Jenis data tersebut dibagi ke dalam data primer dan data sekunder.

3.4.1 Sumber Data Primer

Data primer merupakan sumber-sumber dasar yang terdiri dari bukti-bukti atau saksi utama dari kejadian (fenomena) objek yang diteliti dan gejala yang terjadi di lapangan. Data primer diperoleh dengan menggunakan wawancara secara mendalam (*Indepth interview*) kepada informan dan observasi (pengamatan) langsung. Teknik penentuan informan tersebut menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2016). Pertimbangan yang dimaksud adalah informan yang dianggap paling terlibat dalam pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II.

Informan awal dengan teknik *purposive sampling*, didapatkan 11 informan yaitu 4 informan utama dan 7 informan triangulasi. Informan triangulasi adalah informan pembanding, yaitu sebagai pembanding atau *crosscheck* informasi yang didapatkan dari informan utama. Didapatkan 4 informan utama yaitu Kepala

Puskesmas Brangsong II dan 3 petugas di bagian pelayanan rawat jalan Puskesmas Brangsong II. Penentuan jumlah informan utama adalah dari pertimbangan yang telah ditentukan. Pertimbangan yang dimaksud adalah informan yang dianggap paling mengetahui mengenai pelayanan pasien rawat jalan, masa jabatan kurang lebih satu tahun, dan bersedia menjadi informan.

Informan triangulasi terdiri dari 1 petugas bagian Seksi Pelayanan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal dan 6 pasien di Puskesmas Brangsong II. Penentuan petugas di bagian Seksi Pelayanan Sumber Daya Kesehatan Kabupaten Kendal sebagai informan triangulasi adalah karena informan tersebut bertugas menilai kinerja Puskesmas dan dianggap mengetahui tentang mutu pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan.

Didapatkan informan tambahan dengan teknik *snowball*. Informan tambahan ini dilakukan untuk mendapatkan informasi / data yang lebih luas atau bisa disebut sebagai informasi / data tambahan.

3.4.2 Sumber Data Sekunder

Data sekunder digunakan sebagai pelengkap dan penunjang data primer. Data sekunder yaitu berupa data-data yang sudah tersedia dan dapat diperoleh oleh peneliti dengan cara membaca, melihat atau mendengarkan. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari sumber buku-buku, literatur-literatur penelitian, dokumen dan sumber yang relevan, diantaranya yaitu dokumen dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal dan Puskesmas Brangsong II.

3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.5.1 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri atau apa yang disebut sebagai human instrument. Kedudukan peneliti dalam penelitian kualitatif adalah sebagai perencana, pelaksana pengumpulan data, analis, penafsir data, dan pelapor hasil penelitiannya (Moleong, 2011: 168). Untuk membantu dalam pelaksanaan pengumpulan data, peneliti menggunakan alat bantu berupa pedoman wawancara, dan alat perekam.

3.5.1.1 Pedoman Wawancara Mendalam

Pedoman wawancara yang digunakan dalam penelitian ini berupa daftar pertanyaan mengenai pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II.

3.5.1.2 Alat Perekam

Alat perekam berguna sebagai alat bantu pada saat wawancara agar peneliti dapat berkonsentrasi pada proses pengambilan data tanpa harus berhenti untuk mencatat jawaban-jawaban dari informan. Alat perekam digunakan selama peneliti melakukan wawancara mendalam atau selama peneliti mengajukan pertanyaan pada partisipan (Moleong, 2011).

3.5.1.3 Pedoman Observasi

Pedoman observasi berguna untuk membantu proses observasi di lapangan. Pedoman observasi dalam penelitian ini berisi tentang keadaan pelayanan di tempat

pendaftaran pasien rawat jalan yang sesuai dengan standar acuan, yaitu standar operasional prosedur rawat jalan dan untuk melengkapi data yang ditemukan.

3.5.1.4 Lembar Studi Dokumentasi

Lembar studi dokumentasi digunakan untuk memudahkan peneliti dalam pengumpulan data berkaitan dengan studi dokumen di lapangan. Lembar studi dokumentasi berupa: catatan, transkrip, agenda, literature, profil Kesehatan Kabupaten Kendal, SOP, dan dokumen lain.

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.5.2.1 Wawancara mendalam (*indepth interview*)

Salah satu teknik pengumpulan data kualitatif dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam. Alat bantu yang digunakan yaitu pedoman wawancara. Dalam penelitian ini untuk mengetahui pelayanan di tempat pendaftaran rawat jalan di Puskesmas Brangsong II maka peneliti melakukan wawancara mendalam terhadap informan utama yaitu Kepala Puskesmas, petugas di bagian pelayanan rawat jalan Puskesmas Brangsong II yang berjumlah 3 orang, dan wawancara mendalam terhadap informan triangulasi yaitu Petugas di bagian Seksi Pelayanan Sumber Daya Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal serta 6 orang pasien. Wawancara mendalam terhadap informan dilakukan tidak hanya sekali namun dilakukan untuk mendapatkan informasi / data sampai jenuh.

3.5.2.2 Observasi

Pedoman observasi digunakan agar peneliti dapat melakukan pengamatan sesuai dengan tujuan penelitian. Pedoman observasi disusun berdasarkan hasil observasi terhadap perilaku selama wawancara dan observasi terhadap lingkungan atau setting wawancara, serta pengaruhnya terhadap perilaku subjek dan informasi yang muncul pada saat berlangsungnya wawancara.

Observasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah observasi partisipatif yang bersifat pasif, dimana dalam hal ini peneliti datang di tempat kegiatan orang diamati, tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut dengan mengamati dan menganalisis kegiatan pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Brangsong II.

3.5.2.3 Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang terjadi dapat berupa pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara. Dokumentasi dapat berupa catatan lapangan yang terekam dalam *tape recorder*, kamera, tulisan, gambar, brosur, dan lain-lain.

3.5.2.4 Studi Pustaka

Studi pustaka merupakan teknik pengumpulan data dengan mempelajari buku-buku referensi, laporan-laporan, jurnal-jurnal dan media lainnya yang berkaitan dengan masalah penelitian. Khususnya yang berkaitan dengan mutu pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II guna memperkuat data dalam penelitian.

3.6 PROSEDUR PENELITIAN

Prosedur penelitian dalam penelitian ini dibagi menjadi 3 tahap yaitu tahap pra penelitian, pelaksanaan penelitian, dan pasca penelitian.

3.6.1 Tahap Pra-Penelitian

Pada tahap pra penelitian, kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan studi psutaka dengan mencari data awal melalui dokumen-dokumen yang relevan, sehingga didapatkan rumusan masalah yang ingin diteliti.
- 2) Penyusunan rancangan awal penelitian.
- 3) Melakukan koordinasi dan proses perijinan penelitian dengan petugas Dinas Kesehatan Kabupaten Kendan dan Puskesmas Brangsong II.
- 4) Pemantapan desain penelitian, fokus penelitian dan pemilihan informan.
- 5) Mempersiapkan instrument penelitian.

3.6.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian

Pada tahap ini, peneliti melakukan pengambilan data di lapangan dengan metode wawancara terhadap informan di Puskesmas Brangsong II. Wawancara dalam penelitian ini bersifat mendalam dan menggunakan jenis pertanyaan semi terstruktur yang terdapat di pedoman wawancara. Dokumentasi dalam penelitian ini di dapat direkam dalam catatan lapangan dengan metode *camera digital* dan *handphone*.

3.6.3 Tahap Pasca Penelitian

Pada tahap ini, peneliti telah memperoleh data dari hasil wawancara mendalam, maka selanjutnya dilakukan analisis data. Kemudian dilakukan penyajian data secara deskriptif dan penarikan kesimpulan dari hasil penelitian.

3.7 KEABSAHAN DATA

Keabsahan data merupakan salah satu bagian yang sangat penting di dalam penelitian kualitatif yaitu untuk mengetahui derajat kepercayaan dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Untuk memeriksa keabsahan data dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Moleong, 2011:324).

Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi dengan sumber. Triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek bahwa derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda (Moleong, 2011:330). Triangulasi sumber yang digunakan adalah dengan cara membandingkan informasi yang diperoleh dari informan utama dengan pedoman mutu pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan, serta membandingkan pula dengan hasil wawancara mendalam kepada informan triangulasi.

3.8 TEKNIK ANALISIS DATA

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan akan dipelajari serta membuat kesimpulan, sehingga mudah dipahami diri sendiri maupun orang lain.

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menganalisis semua bentuk komunikasi misalnya data yang berasal dari jawaban wawancara, data dari dokumen naskah, gambar, foto dan jenis-jenis data lainnya yang bersifat informatif. Proses analisis dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung, dan setelah pengumpulan data dalam periode tertentu. Bila jawaban informan yang diwawancarai setelah dianalisis belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi, sampai tahap tertentu, diperoleh data yang dianggap kredibel (Sugiyono, 2016).

Tahap analisis data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut (Moleong, 2011):

3.8.1 Pengumpulan Data

Setelah wawancara mendalam selesai, peneliti mencatat semua data secara objektif dan apa adanya sesuai dengan hasil wawancara mendalam di lapangan untuk memudahkan dalam melakukan tahap berikutnya.

3.8.2 Menelaah Data

Menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber yaitu hasil wawancara mendalam. Bagian ini dilakukan oleh peneliti setelah pengumpulan data di lapangan dimana dalam pengumpulan tersebut, peneliti memperoleh data hasil wawancara dengan narasumber tentang pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II.

3.8.3 Reduksi Data

Reduksi data yaitu memilih hal-hal pokok yang sesuai dengan fokus peneliti. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan mengorganisasikan data-data yang direduksi memberikan gambaran yang lebih tajam tentang hasil pengamatan dan mempermudah peneliti untuk mencari sewaktu-waktu diperlukan. Kegiatan reduksi ini dilakukan setelah peneliti menelaah data hasil wawancara mendalam.

3.8.4 Penyajian Data

Penyajian data merupakan analisis hasil penelitian yang dikemukakan dalam bentuk narasi atau kalimat dilengkapi dengan gambar, maupun table yang bertujuan untuk memudahkan pembaca dalam memahaminya.

3.8.5 Pengambilan Simpulan

Setelah tahapan diatas sudah dilalui, kemudian peneliti menarik simpulan. Penarikan simpulan ini dibuat didasarkan pada pemahaman data-data yang telah disajikan dengan menggunakan kalimat yang mudah dipahami dan mengacu pada pokok permasalahan yang diteliti.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian evaluasi mutu pelayanan ditempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Brangsong II Kabupaten Kendal dapat disimpulkan :

- 1) Gambaran input dalam pelaksanaan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II Kabupaten Kendal, yang terdiri dari *man* (tenaga), *material-machine* (sarana prasana), *money* (pendanaan), *methode* (metode). Masih terdapat kendala pada segi *man* (tenaga). Tenaga yang ada dilihat dari penyampaian informasi kurang jelas sehingga pasien terkadang merasa kebingungan. Seharusnya petugas dalam menyampaikan informasi kepada pasien jelas agar pasien puas mendapatkan pelayanan yang diberikan. Hal tersebut ditegaskan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lestari Handayani, dkk (2010) yang menyatakan bahwa Puncak karir dicapai dengan menggunakan talenta yang paling dihargai oleh diri sendiri. Talenta yang berpotensi melakukan sesuatu dengan sangat baik dan memberikan kepuasan ketika melaksanakannya. Kepuasan kerja petugas kesehatan dalam menjalankan perannya sesuai tupoksi menunjukkan bahwa proses pembelajaran yang berkelanjutan terlaksana dan mencapai adaptasi kerja dengan identitas diri yang jelas.

- 2) Dalam segi proses, pelaksanaan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Brangsong II Kabupaten Kendal sudah terdapat alur dan persyaratan bagi pasien. Alur pendaftaran sendiri diletakkan di sebelah meja pendaftaran yang menghadap kursi tunggu pasien, diharapkan pasien memahami dengan mudah alur yang ada. Persyaratan pasien untuk berobat yaitu bagi pasien baru menyiapkan data identitas (KK/KTP/SIM) dan BPJS. Dan bagi pasien lama yaitu hanya perlu membawa kartu berobat yang sudah di buat oleh pihak Puskesmas. Kartu tersebut dibawa kembali untuk melakukan pendaftaran pengobatan yang akan datang. Menurut pasien sendiri alur dan syarat yang ditetapkan oleh Puskesmas tidak berbelit-belit dan tidak susah. Namun dilihat dari mudahnya persyaratan yang ada tapi masih terjadi masalah terhadap pasien yang akan berobat, dimana mereka tidak membawa kartu berobat yang sudah ada. Hal tersebut mengakibatkan petugas harus mencari data pasien lama terlebih dahulu melalui komputer dan buku bantuan. Kejadian tersebut mengakibatkan waktu tunggu pasien menjadi lama karena yang seharusnya jika membawa kartu dan langsung di tulis oleh petugas, namun petugas harus terlebih dahulu mencari data identitas mereka.
- 3) Berdasarkan fokus penelitian, output dari penelitian ini adalah evaluasi pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Brangsong II Kabupaten Kendal. Menurut hasil penelitian di Puskesmas Brangsong II kotak saran dan kritikan yang disediakan tidak dilihat hasilnya oleh petugas, hal tersebut mengakibatkan pihak Puskesmas tidak mengetahui keluhan yang di

sampaikan oleh pasien, sehingga tidak ada perubahan atau evaluasi yang dilakukan pihak Puskesmas. Keluhan dari pasien sendiri yaitu lamanya waktu pendaftaran pasien di Puskesmas Brangsong II.

6.2 SARAN

6.2.1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi mahasiswa atau peneliti selanjutnya yang akan melanjutkan penelitian ini diharapkan dapat mengambil ruang lingkup tempat yang lebih luas. Sehingga diharapkan semakin banyak gambaran mengenai pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan yang semakin berkualitas.

6.2.2. Bagi Pemerintah/Dinas Kesehatan

Diharapkan lebih memperhatikan lagi setiap pelaksanaan pelayanan yang ada di Puskesmas. Lebih sering dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan yang ada di setiap Puskesmas tidak hanya pada saat Puskesmas tersebut mengalami masalah.

6.2.3. Bagi Masyarakat

Dengan adanya penelitian ini masyarakat telah mengetahui bahwa pelayanan pendaftaran memiliki alasan penyebab lamanya waktu tunggu pasien. Masyarakat diharapkan lebih peduli untuk memanfaatkan dan mengikuti peraturan yang telah ada dan tidak perlu khawatir bahwa fasilitas umum

setingkat puskesmas sekarang ini telah dapat memenuhi setiap kebutuhan akan pelayanan kesehatan dengan kualitas yang memadai.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifudin, S. M. (2017). *Evaluasi Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia Pada Penempatan Kerja di UPT Puskesmas Lambasada*. Promotif Jurnal Kesehatan Masyarakat, 1-14
- Azrul Azwar. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Bustami. (2011). *Penjaminan Mutu pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga.
- Bruhn, J. G. (2014). *Culture and Health Disparities Evaluation of Interventions and Outcomes in the U.S. Mexico Border Region*, Springer, London. 74.
- Daryanto. (2012). *Evaluasi Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Rekam Medik Departemen Kesehatan RI.
- Dinkes Kendal. (2014). *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal*. Jawa Tengah: Dinas Kesehatan.
- Dinkes Kendal. (2015). *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal*. Jawa Tengah: Dinas Kesehatan.
- Dinkes Kendal. (2016). *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal*. Jawa Tengah: Dinas Kesehatan.
- Eka, Indrayani, dkk (2010). *Tinjauan Alur Prosedur Pelayanan Pasien Rawat Jalan Peserta Jamkesmas Di Rsud Kabupaten Karanganya*. Jurnal Kesehatan Vol IV, No. 2, diakses tanggal 28 Desember 2018, (<https://ejurnal.stikesmhk.ac.id/index.php/rm/article/view/13>)
- Elishabeth, Endang. (2015). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Yogyakarta: PUSTAKABARUPRESS.
- Febrianti. (2013). *Deskripsi Faktor-faktor yang Mempengaruhi Waktu Tunggu Pendaftaran di TPPRJ RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013*. Universitas Dian Nuswantoro, diakses tanggal 28 Desember 2018, (<http://eprints.dinus.ac.id/7822/>)
- Handayani, Lestari dkk. (2010). *Peran Tenaga Kesehatan Sebagai Pelaksana Pelayanan Pelayanan Kesehatan Puskesmas*. Buletin Penelitian Sistem

- Kesehatan, 12-20. *Jurnal Kesehatan* diakses tanggal 30 Mei 2019, (<https://media.neliti.com/media/publications/21298-ID-peran-tenaga-kesehatan-sebagai-pelaksana-pelayanan-kesehatan-puskesmas.pdf>)
- Imbalo, S. P. (2013). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Juliet Nabbuye et al. (2011). *Patient Satisfaction With Services in Outpatient Clinic at Mulago Hospital, Uganda*. *International Journal for Cuality in Health Care*, 516-523. *Jurnal Internasional* diakses tanggal 28 Desember 2018, (<https://sci-hub.tw/10.1093/intqhc/mzr040>)
- Kemenkes RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI, 2011. *Promosi kesehatan di daerah bermasalah kesehatan panduan bagi petugas kesehatan di puskesmas*, Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes Republik Indonesia. diakses tanggal 28 Desember 2018, (<http://www.depkes.go.id/resources/download/promosi-kesehatan/panduanpromkes-dbk.pdf>)
- Moleong. (2011). *Metode Penelitian Kualitatif (Edisi Revisi)*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Nurul, Aep. (2016). *Modul Konsep Pendaftaran Pasien Rawat Jalan. Rekam Medis & Informasi Kesehatan*, diakses tanggal 30 Desember 2018, (<https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2016/08/27/konsep-pendaftaran-pasien-rawat-jalan-by-aep-nurul-hidayah/>)
- Permenkes RI. (2014). Pusat Kesehatan Masyarakat. In Permenkes RI, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 75 Tahun 2014* (pp. 1-24). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, diakses tanggal 30 Desember 2018, (www.depkes.go.id/resources/.../peraturan/PMK-No-75-Th-2014-ttg-Puskesmas.pdf)
- Sanah, N. (2017). *Pelaksanaan Fungsi Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan*. *ejournal Ilmu Pemerintahan*, 305-304, diakses tanggal 30 Desember 2018, (<http://ejournal.ip.fisip-unmul.ac.id/site/?p=2370>)
- Stufflebeam and Coryn. (2014). *Evaluation Theory, Models and Applications. Second Edition*, Jossey-Bass. *United States of America*, 16.
- Sitohang, R. S., K. (2015). Implementasi Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2010 Tentang Sistem Informasi Keuangan Daerah pada Pemerintah Kabupaten Dairi. *Jurnal Administrasi Publik USU*, 6(2), 132–153.

- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Wardani, R. (2017). The Analysis of Interest to Treatment Outpatients Back Based on Management Resource Approach. Proceeding of Surabaya International Health Conference July 13-14 , 2017, 99–106.
- Wijono, Djoko. (2005). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori Strategi dan Aplikasi*. Airlangga University Press.
- Wulandari, N. (2015). *Hubungan Layanan Keperawatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ungaran Kabupaten Semarang. 2015*.
- Wulansari, T. (2015). Studi Deskriptif Implementasi Program Posyandu Lanjut Usia di RW IV Kelurahan Tanah Kali Kedinding Kecamatan Kenjeran Surabaya. *Kebijakan Manajemen Publik*, 3(April), 1–9.
- Yu-Ying Huang, Pdh and Shyh-Jane Li. (2010). *Understanding Quality Perception Gaps Among Executives, Frontline Employees, and Patients: The Outpatient Services in Taiwan Hospitals*. International Journal for Q Manage Health Care, 173-184. Jurnal Internasional diakses tanggal 28 Desember 2018, (<https://sci-hub.tw/10.1097/QMH.0b013e3181db647f>)