

PENILAIAN KUALITAS PELAYANAN PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT DI WILAYAH SUMATERA UTARA, INDONESIA

THE EVALUATION OF SERVICE QUALITY OF PUBLIC HEALTH CENTER
IN NORTH SUMATERA REGION, INDONESIA

Heru Santosa¹, Nor Malina Malek²

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara
Pusat Pengajian Sains Kemasyarakatan, Universiti Sains Malaysia

ABSTRACT

Background: Public Health Center (*"Puskesmas"/Pusat Kesehatan Masyarakat*) is a leading health service facility in the development of community health in Indonesia and plays a vital role to realize the vision of Healthy Indonesia 2010. The objectives to evaluate the health service quality of *Puskesmas*; The quality of *Puskesmas* services was evaluated using Serqual method while the data was collected using quantitative and qualitative methods.

Method and Result: The quantitative analysis indicated that the mean score for quality was 3.79. In addition, the health service quality of *Puskesmas*, on all dimensions, generally shows the scores above 3. This means that the health service quality of *Puskesmas* is at a relatively good level. Stratified by the mean scores, the dimensions of responsiveness and reliability have similar mean scores of 3.85; the dimension of empathy has a mean score of 3.81; and the dimension of assurance has a mean score of 3.79.

Conclusion: The dimension of tangible has the lowest mean score of 3.64. The factors affecting the improvement of health service quality in *Puskesmas* are the input factors, process factors, and environmental factors for achieving the vision of Healthy Indonesia 2010 through the implementation of the North Sumatera Province Health Project-II.

Keywords: public health center, *Puskesmas*

ABSTRAK

Latar Belakang: Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan fasilitas pelayanan kesehatan utama dalam pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia dan mempunyai peranan yang besar dalam mencapai Visi Indonesia Sehat 2010. Tujuan penelitian ini untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas. Penilaian kualitas pelayanan Puskesmas ini melalui kaedah *Serqual*, serta pengumpulan data dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif.

Metode dan Hasil: Analisis kuantitatif memperoleh rata-rata skor persepsi kualitas adalah 3.79. Seterusnya, kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas terhadap semua dimensi secara umum menunjukkan skor melebihi 3. Ini berarti kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas secara relatifnya baik. Diurutkan menurut rata-rata skor, maka dimensi koresponsifan (*responsiveness*) dan kepercayaan (*reliability*) menghasilkan rata-rata skor persepsi 3.85; seterusnya dimensi empati (*empathy*) menunjukkan rata-rata skor persepsi 3.81; dimensi jaminan (*assurance*) pula memperlihatkan rata-rata skor persepsi 3.79.

Kesimpulan: Dimensi bukti nyata (*tangibles*) menunjukkan

rata-rata skor persepsi paling rendah yaitu 3.64. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas pula terdiri daripada faktor masukan, proses, dan lingkungan bagi mencapai Visi Indonesia Sehat 2010 melalui pelaksanaan Projek Kesehatan Provinsi-II Sumatera Utara.

Kata Kunci: pusat pelayanan kesehatan, Puskesmas

PENGANTAR

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan sebuah organisasi di bawah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang berfungsi untuk menyediakan pelayanan kesehatan awam kepada masyarakat di peringkat kecamatan atau daerah (*district*). Pelayanan yang ditawarkan bersifat menyeluruh, berpadu, dapat diterima dan dijangkau oleh masyarakat. Puskesmas juga mengutamakan keterlibatan aktif masyarakat, penggunaan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sesuai dengan upaya dan kemampuan pemerintah serta masyarakat. Rata-rata jumlah penduduk yang memperoleh pelayanan sebuah Puskesmas biasanya mencapai antara 30,000 hingga 50,000 orang dalam sebuah wilayah pelayanan.^{1,2}

Dari segi fungsi didirikannya, Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan dasar dan peringkat pertama. Ini berarti Puskesmas harus berusaha menyediakan pelayanan kesehatan peringkat dasar yang bersifat holistik, komprehensif, terpadu dan terus menerus karena merupakan fasilitas kesehatan utama bagi masyarakat menuju tercapai derajat kesehatan. Sehat adalah keadaan kesehatan yang menyeluruh, baik dari aspek jasmani, rohani maupun kesejahteraan sosial dan tidak hanya terbatas kepada bebas dari penyakit atau kecacatan "*A state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity*".³

Seterusnya, menurut Panduan Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi, pembangunan

kesehatan Indonesia mempunyai visi untuk mencapai "Indonesia Sehat 2010". Visi tersebut merupakan kemauan pemerintah untuk bekerja sama dengan masyarakat bagi mewujudkan lingkungan dan gaya hidup yang sehat, memiliki upaya untuk mencapai taraf pelayanan kesehatan yang berkualitas, adil, dan menyeluruh menuju pencapaian derajat kesehatan yang sangat tinggi.⁴

Sejak pendiriannya, Puskesmas bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan dasar terutama kepada masyarakat kelas menengah dan miskin, baik di perkotaan maupun di pedesaan. Namun dalam pelaksanaannya masih terdapat fakta yang menunjukkan rendahnya kualitas pelayanan. Ini dibuktikan dengan terjadinya kemerosotan jumlah kunjungan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan baik di Indonesia maupun beberapa negara. Selama tahun 1999-2003 di wilayah Sumatera Utara terjadi kemerosotan lamatan penduduk yang berobat ke Puskesmas sebanyak 9.43 per seratus.^{5,6} Seterusnya, dikutip oleh *McLoughlin* dan *Leatherman*⁷, dalam tinjauannya tentang persepsi masyarakat terhadap pelayanan dokter di Australia, Inggris, Amerika Serikat, Kanada dan New Zealand yang dilakukan pada tahun 1998 menunjukkan bahwa sistem kesehatan di negara tersebut memerlukan perubahan dasar dan menyeluruh.

Penilaian yang dilakukan telah menunjukkan tidak adanya kepercayaan masyarakat di negara tersebut terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh klinik-klinik kesehatan. Ini bermakna jika kualitas pelayanan kesehatan di negara-negara maju telah mengalami kemerosotan, maka apalagi dengan negara-negara sedang membangun seperti Indonesia, yang kemerosotan kualitas pelayanan kesehatannya mungkin jauh lebih signifikan.^{8,9}

Tabel 1. Persentase kemerosotan kunjungan penduduk berobat Puskesmas tahun 1999-2003 di Wilayah Sumatera Utara

Wilayah	Persentase
Sibolga	0,82
Binjai	3,09
Karo	6,48
Simalungun	6,64
Wilayah Sumatera Utara	9,43

Tabel 2. Persentase para dokter di kelima negara yang menyatakan kemerosotan kualitas pelayanan kesehatan

Negara	Persentase
Australia	38
Inggris	46
New Zealand	53
Amerika Serikat	57
Canada	59

Secara teoritik banyak faktor mempengaruhi rendahnya kualitas pelayanan kesehatan, contohnya keterbatasan fasilitas, lokasi, manajemen, profesionalisme dan lingkungan dalam pelayanan.^{10,11,12} Oleh karena itu, tulisan ini akan memberikan gambaran sejauhmana pencapaian kualitas pelayanan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sebagai hasil kajian di wilayah Sumatera Utara, Indonesia.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penyelidikan dilakukan di wilayah Sumatera Utara dengan pemilihan empat kluster kajian yaitu Puskesmas Sambas; Puskesmas Binjai Kota, Puskesmas Tiga Binaga dan Puskesmas Tiga Dolok. Tujuannya adalah untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas, mengetahui pengaruh faktor masukan, proses dan lingkungan terhadap kualitas pelayanan, mengkaji perbedaan kualitas pelayanan kesehatan antara Puskesmas perkotaan dan pedesaan, mengkaji permintaan dan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan Puskesmas, serta merancang instrumen penilaian kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas. Responden adalah kepala keluarga yang mendapat perawatan berobat di Puskesmas. Sejumlah 200 kepala keluarga terpilih mewakili empat kluster Puskesmas dengan masing-masing jumlah responden 50 responden dan dianggap representatif.^{13,14,15} Penilaian kualitas adalah melalui kaedah *Service Quality (Serqual)* manakala pengutipan data dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif.^{16,17}

Penilaian kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas dalam penyelidikan ini menggunakan kaedah kuantitatif dengan pemakaian dimensi kualitas pelayanan yang merujuk kepada skala penilaian tertentu. Skala penilaian merupakan satu instrumen yang mana penilai atau pemerhati memberi jenis pernyataan untuk dinilai kepada satu atau lebih kategori atau petanda atau dimensi. Penilaian tersebut berarti merupakan tahap daripada ciri yang dimiliki oleh sesuatu objek yang diberikan kepada pasien.¹⁸ Skala penilaian dalam kajian ini menggunakan kaedah skala *Likert*. Kategori yang menjadi dimensi dalam skala *Likert* yang digunakan dalam kajian ini merupakan hasil modifikasi dan pengembangan kaedah *Serqual* yang menyangkut lima dimensi penting, yaitu: bukti nyata (*tangibles*), reliabiliti (*reliability*), koresponsifan (*reponsiveness*), jaminan (*assurance*) dan empati (*empathy*).

Skala *Likert* digunakan karena merupakan suatu alat ukur yang boleh mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau sekelompok

masyarakat tentang sesuatu kejadian atau gejala sosial. Dari segi statistik, skala *Likert* dengan lima keragaman skor atau tahap (dari 1 hingga 5) adalah lebih tinggi keandalannya daripada skala dengan dua skor atau tahap. Seterusnya, dengan menggunakan skala *Likert*, maka kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas sebagai variabel dinilai dengan lima subvariabel dan seterusnya dikembangkan menjadi 25 jenis pernyataan (Tabel 3).

Setiap jenis pernyataan dalam instrumen penilaian kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas menyediakan lima tahap atau pilihan jawaban sebagaimana berikut: 1) Skor "5" untuk jawaban "sangat baik" (*Excellent*), 2) Skor "4" untuk jawaban "baik" (*Good*), 3) Skor "3" untuk jawaban "sederhana" (*Average*), 4) Skor "2" untuk jawaban "tidak baik" (*Poor*), dan 5) Skor "1" untuk jawaban "sangat tidak baik" (*Very Poor*).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kualitas pelayanan

Hasil penelitian ini mendapati bahwa tahap kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas adalah baik yaitu dengan rata-rata skor persepsi 3.79. Skor persepsi tahap kualitas ini berkedudukan di atas rata-rata skor persepsi secara keseluruhan, yaitu 3. Pada awalnya diasumsikan bahwa persepsi masyarakat terhadap tahap kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas akan menunjukkan pada skor di bawah 3 yang menggambarkan betapa rendahnya kualitas pelayanan yang diberikan. Hal tersebut didasari oleh adanya asumsi bahwa merosotnya kunjungan pasien yang berobat di Puskesmas dalam tempo 1999-2003 adalah karena rendahnya kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Namun, penelitian ini mendapati tidak ada kesesuaian antara permasalahan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas dengan persepsi yang diberikan masyarakat pengguna pelayanan Puskesmas. Apabila diurutkan mengikuti dimensi kualitas, maka dimensi kepercayaan menunjukkan skor 3.85; koresponsifan menghasilkan skor 3.85; empati mempunyai skor 3.81; jaminan memperlihatkan skor 3.79; dan bukti nyata mempunyai skor paling rendah, yaitu 3.64 (Tabel 3).

Meskipun persepsi kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas menunjukkan skor yang baik, namun pada kenyataannya masih ada beberapa isu yang memerlukan perhatian untuk peningkatan dan perbaikan lebih lanjut. Isu tersebut termasuk kelengkapan administrasi pelayanan kepada pasien seperti kartu status pasien dan *medical record* pasien, ketepatan masa kehadiran

dokter di Puskesmas (*on time visit*), kemahiran perawat dalam membantu pemeriksaan dokter, kualitas obat-obatan dan jumlahnya, kesesuaian pelayanan dengan harapan pasien, dan kemudahan untuk pasien sampai ke lokasi Puskesmas.

Pengaruh faktor masukan, proses dan lingkungan

Berkaitan dengan pelaksanaan Visi Indonesia Sehat 2010, tujuan utama dalam pembangunan kesehatan adalah peningkatan pelayanan yang berfokuskan kepada kebutuhan kesehatan masyarakat. Hal ini melibatkan pendayaupayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan melalui penyediaan fasilitas untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan mereka dalam mengetahui masalah kesehatan, merancang dan mendapatkan perawatan dengan sendiri. Seterusnya, peningkatan dari aspek manajemen melibatkan kesediaan, kecakapan dan kepakaran semua tenaga kesehatan seperti dokter, perawat dan bidan dalam memberi pelayanan kepada pasien. Kesan peningkatan tersebut ialah pemberian pelayanan kesehatan peringkat pertama yang berkualitas dan bersesuaian dengan permintaan dan kebutuhan masyarakat secara umumnya dan pasien secara khususnya.

Hasil analisis kajian ini juga mendapati adanya faktor-faktor dalaman Puskesmas, yaitu faktor masukan yang berkaitan peningkatan profesionalisme tenaga kesehatan Puskesmas seperti dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya; faktor proses, yaitu peningkatan pelayanan baik rawatan perobatan maupun bukan perobatan seperti kaunseling; dan seterusnya faktor lingkungan, yaitu dukungan kebijakan, organisasi, dan manajemen yang mempengaruhi kualitas pelayanan Puskesmas baik secara positif maupun negatif. Dapatan kajian turut menunjukkan bahwa pengaruh positif faktor-faktor tersebut terhadap kualitas di Puskesmas adalah karena adanya campur tangan (*intervention*) dari pihak pemerintah melalui Projek Kesehatan Provinsi-II di wilayah Sumatera Utara sekitar tahun 2004-2006 dengan dukungan dana keuangan dari Bank Dunia. Projek ini merupakan salah satu manifestasi daripada pelaksanaan Visi Indonesia Sehat 2010. Hal ini sejalan dengan tujuan untuk merealisasikan visi tersebut melanjutkan berbagai rancangan dan aktivitas yang dilakukan secara kerjasama atau kemitraan antara pihak pemerintah, Organisasi Non Pemerintah (NGO) dan institusi antar bangsa seperti dalam Projek Kesehatan Provinsi-II Sumatera Utara ini.

Aktivitas proyek tersebut berfokus kepada keupayaan peningkatan pelayanan Puskesmas melalui perbaikan aspek masukan, proses dan lingkungan Puskesmas seperti berikut:

Pertama, usaha peningkatan dan perbaikan faktor masukan yang meliputi peningkatan profesionalisme para tenaga kesehatan Puskesmas seperti dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya. Usaha lain dalam aspek ini adalah peningkatan dan perbaikan peralatan medis dan laboratorium Puskesmas seperti peralatan persalinan dan pemeriksaan gigi. Kedua, usaha peningkatan dan perbaikan faktor proses yaitu peningkatan pelayanan baik rawat inap rawat inap maupun rawat jalan seperti konseling. Peningkatan proses perawatan dilakukan melalui latihan dan kursus berkaitan pendekatan dan metode pelayanan pemeriksaan dan perobatan yang sesuai dengan prosedur serta standard yang ditetapkan pihak pemerintah (*standard of conduct*). Prosedur serta

standard dalam pelayanan kesehatan meliputi dimensi seperti kecepatan, kelayakan, keterampilan, kenyamanan, kemudahan dan responsif. Ketiga, usaha peningkatan dan perbaikan faktor lingkungan melibatkan adanya dukungan kebijakan, organisasi, dan manajemen. Aspek kebijakan adalah meliputi pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan sebagai panduan dalam menjalankan aktivitas Puskesmas. Aspek organisasi pula adalah berkaitan pengetahuan terhadap peranan struktur organisasi Puskesmas sebagai panduan dalam melaksanakan tugas oleh setiap tenaga kesehatan Puskesmas. Manakala aspek manajemen adalah berkaitan dengan pendekatan dan metode pencatatan informasi dan pendaftaran pasien. Seterusnya, dapat disimpulkan bahwa hal ini membuktikan tercapainya tujuan kedua kajian yaitu mengetahui hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas dengan faktor masukan, proses dan lingkungan.

Tabel 3. Skor persepsi kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas di Wilayah Sumatera Utara

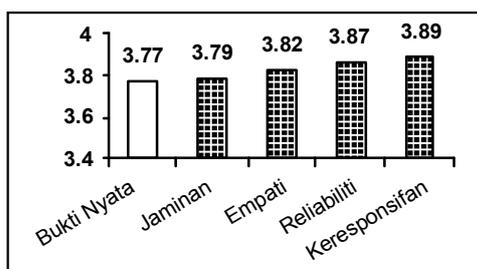
No.	Dimensi penilaian	Rata-rata skor persepsi kualitas
I.	Bukti nyata/Tangibles	3.64
1.	Lokasi Puskesmas dari aspek kemudahan dikunjungi masyarakat pengguna	3.77
2.	Kebersihan, kerapian dan kenyamanan di lingkungan Puskesmas	3.63
3.	Keadaan kebersihan alat pemeriksaan perobatan yang digunakan untuk pemeriksaan kesehatan	3.65
4.	Kelengkapan administrasi dalam memberi pelayanan di Puskesmas	3.43
5.	Kerapian dan kebersihan penampilan dokter, perawat dan tenaga kesehatan Puskesmas	3.73
II.	Kepercayaan/Reliability	3.85
6.	Kecepatan melayani pasien	3.88
7.	Ketangkasan tindakan dokter terhadap pasien	3.85
8.	Ketangkasan perawat ketika diperlukan oleh pasien	3.86
9.	Kemampuan dan kepakaran dokter dalam menyembuhkan pasien	3.89
10.	Kemampuan dan kepakaran perawat dalam membantu pemeriksaan dokter	3.75
III.	Keresponsifan/Responsiveness	3.85
11.	Pelayanan pasien berdasarkan urutan pendaftaran	3.89
12.	Waktu buka dan tutup pelayanan Puskesmas	3.93
13.	Ketepatan kedatangan dokter di Puskesmas	3.64
14.	Kenyamanan menerima pengaduan pasien	3.88
15.	Kesabaran dokter sewaktu menjalankan pemeriksaan	3.89
IV.	Jaminan/Assurance	3.79
16.	Sikap sewaktu menjalankan pemeriksaan	3.91
17.	Keramahan dan kesopanan dokter, perawat dan tenaga Puskesmas	3.83
18.	Kemampuan komunikasi dan kemesraan dokter, perawat dan tenaga kesehatan Puskesmas terhadap pasien	3.80
19.	Pemberian jaminan kesembuhan oleh dokter kepada pasien	3.87
20.	Mutu obat-obatan dan jumlah yang terjamin	3.55
V.	Empati/Empathy	3.81
21.	Kemampuan dokter dan perawat memberikan semangat kesembuhan kepada pasien	3.83
22.	Pemberian informasi oleh dokter dan perawat mengenai penyakit dan perobatan kepada pasien	3.86
23.	Dokter, perawat dan tenaga kesehatan memenuhi keinginan pasien	3.77
24.	Kesesuaian pelayanan dengan harapan pasien	3.70
25.	Kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan Puskesmas kepada pasien	3.87
Rata-rata skor tahap kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan		3.79

Perbedaan kualitas antara Puskesmas perkotaan dan pedesaan

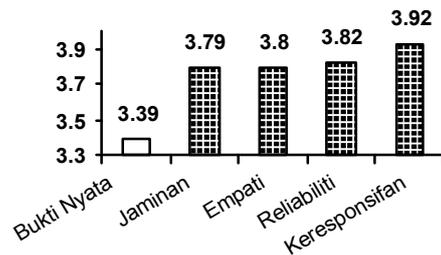
Berkenaan dengan perbedaan tahap kualitas pelayanan antara Puskesmas di wilayah perkotaan dan pedesaan, maka hasil kajian mendapatkan rata-rata skor persepsi kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas untuk wilayah perkotaan adalah 3.8 dan wilayah pedesaan adalah 3.7. Analisis hasil uji perbedaan *mean (compare mean analysis)* menunjukkan rata-rata skor persepsi kualitas antara wilayah perkotaan dan pedesaan berbeda secara signifikan, walaupun perbedaannya sangat kecil. Ini membuktikan tercapainya tujuan ketiga kajian yaitu mengetahui perbedaan kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas antara wilayah perkotaan dan pedesaan.

Hal ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas di wilayah perkotaan lebih baik jika dibandingkan dengan wilayah pedesaan. Perbedaan ini disebabkan wilayah pedesaan selalu mempunyai keterbatasan dalam pelayanan karena faktor lokasinya yang jauh daripada pusat administrasi serta pusat ilmu pengetahuan dan informasi. Maka, hal tersebut menyebabkan kelambatan penerimaan inovasi baru yang mempengaruhi penerimaan dan profesionalisme pelayanan kesehatan Puskesmas di wilayah pedesaan. Oleh karena itu, strategi pembangunan berfokuskan perkotaan yang selama ini dijalankan pihak pemerintah, harus diperbarui dengan mengacu kepada pemerataan dan keadilan yang seimbang antara wilayah perkotaan dan pedesaan.

Seterusnya, penelitian ini juga mendapatkan bahwa terdapat perbedaan persepsi kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas jika dilihat melalui kelima dimensi penilaian yang meliputi dimensi bukti nyata, reliabiliti, koresponsifan, jaminan, dan empati antara Puskesmas di wilayah perkotaan dan pedesaan. Gambar 1 dan Gambar 2 menggambarkan adanya perbedaan rata-rata skor persepsi kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas daripada setiap dimensi bila dibandingkan antara wilayah perkotaan dan pedesaan.



Gambar 1. Skor persepsi kualitas pelayanan Puskesmas kawasan perkotaan



Gambar 2. Skor persepsi kualitas pelayanan Puskesmas kawasan pedesaan

Instrumen penilaian kualitas pelayanan

Berdasarkan kepada tuntutan dan keperluan pasien sebagai pengguna pelayanan, maka penilaian kualitas pelayanan kesehatan lebih bermakna apabila dinilai melalui persepsi masyarakat pengguna tersebut. Oleh sebab itu, diperlukan satu instrumen penilaian yang berkesan untuk menilai kualitas pelayanan Puskesmas. Walaupun penilaian kualitas pelayanan Puskesmas yang juga dikenali sebagai penilaian prestasi kerja telah ada, tetapi penggunaan instrumen penilaian tersebut terbatas untuk mengukur dimensi-dimensi terhadap Puskesmas saja dan kurang responsif terhadap harapan pengguna (pasien).

Oleh karena itu, instrumen yang telah dipakai dalam penelitian ini diusulkan untuk dipakai sebagai instrumen penilaian kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas secara berkala di Puskesmas. Instrumen penilaian kualitas pelayanan kesehatan ini menggunakan indikator (*indicators*) dalam pendekatan *serqual* yang lazim dipakai oleh negara-negara sedang membangun maupun negara-negara maju. Indikator-indikator yang digunakan terdiri dari dimensi bukti nyata (*tangibles*), reliabiliti (*reliability*), koresponsifan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), dan empati (*empathy*) yang telah teruji dan mempunyai taraf reliabiliti (*reliability*) dan taraf kesahihan (*validity*) yang tinggi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas secara umumnya dianggap sudah cukup baik. Keadaan ini berlaku untuk kedua wilayah perkotaan maupun pedesaan. Namun demikian, masih banyak masalah-masalah yang memerlukan penanganan dan rancangan lebih lanjut khususnya berhubungan dengan Visi Indonesia Sehat 2010 dan Kebijakan Desentralisasi. Otonomi Puskesmas dalam mengembangkan aktivitasnya terus terhambat akibat dukungan keuangan yang masih kecil. Selain itu, pendayaupayaan Puskesmas untuk melibatkan

masyarakat atau sektor swasta juga masih belum dapat dijalankan secara sepenuhnya.

Puskesmas juga masih belum bersungguh-sungguh menjalankan kebijakan desentralisasi manajemen kesehatan. Ini disebabkan kemampuan sumber daya manusia dalam merancang aktivitas kesehatan di Puskesmas masih terbatas, walaupun Proyek Kesehatan Provinsi-II Sumatera Utara telah membawa kepada peningkatan dan perbaikan sumberdaya manusia melalui kursus-kursus dan latihan-latihan rancangan yang diberikan.

Akhirnya, penilaian pencapaian pelayanan Puskesmas harus dilakukan secara berterusan dengan berpandukan kepada instrumen penilaian kualitas yang digunakan. Berasaskan analisis data empirikal, model instrumen penilaian kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas dalam kajian ini dilihat mampu memenuhi keperluan Puskesmas. Ia dirancang dengan merujuk kepada dimensi bukti nyata, reliabiliti, koresponsifan, jaminan dan empati, serta dapat dijalankan secara mudah, sistematik dan cepat.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan. Panduan Pelaksanaan Jaminan Kualitas Model Evaluasi Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Puskesmas Direktorat Kesehatan Khusus, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI. Jakarta, 2000.
2. Departemen Kesehatan. Visi Pembangunan Kesehatan Indonesia Sehat 2010. Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2002.
3. World Health Organization. Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by the Year 2000. WHO. Geneva, 1981.
4. Departemen Kesehatan. Informasi Singkat: Penyelenggaraan Puskesmas Di Era Desentralisasi. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2001.
5. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Profil Kesehatan Sumatera Utara. Dinas Kesehatan, Medan, 2000.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Profil Kesehatan Sumatera Utara. Dinas Kesehatan, Medan, 2004.
7. McLoughlin, V, Leatherman, S. "Quality or Financing: What Drives Design of The Health Care System? *Qual Saf Health Care*. 2003;12:136-42.
8. Murti, B. Mengembangkan Petanda Kualitas Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2003;06(02):51-62.
9. Chassin, MR, Galvin, RW. "The National Roundtable on Health Care Quality. The Urgent Need To Improve Health Care Quality". *JAM*, 1998;280(11):1000-5.
10. Goetsch, DL, Davis, S. *Introduction to Total Quality, Prduktivity, Competitiveness*. Englewood, Cliffs. Prentice Hall International Inc. New York, 1994.
11. Donabedian, A. The Quality of Care, How Can It is assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1998;260(12):1743-8.
12. Campbell, SM, Braspenning, J, Hutchinson, A, Marshal, M. *Research Methods Used In Developing and Applying Quality Indicators in Primery Care*. *Qual Saf Health Care*, 2002; 11:358-64.
13. Borg, WR, Gall, MD. *Educational Research*. The Mac.Millan Company. New York, 1979.
14. Sekaran, Uma. *Research Methods For Business: A Skill-Building Approach*, 4th Edition. Jhon Wiley & Sons Inc. New York, 2003.
15. Neuman, W. Lawrence. *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*, 5th. Allyn and Bacon. Boston, 2003.
16. Zeithaml, Valerie A, Parasuraman, A, Leonard L. Berry. *Delivering Quality Service, Balancing Customer Perceptions and Expectations*. The Free Press a Division of Mecmillian, Inc. New York, 1990.
17. Zeithaml, Valerie A, Parasuraman, A, and Leonard L. Berry. *The Behavioral Consequences of Service Quality*. *Journal of Marketing*, 1996; April:31-46.
18. Striner, DL, Norman, GR. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford Medical Publications. Oxford, 1995.