

**ANALISIS PERMINTAAN MASYARAKAT
AKAN PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT
(PUSKESMAS) DI KOTA SEMARANG**



SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1)
pada Program Sarjana Fakultas Ekonomi
Universitas Diponegoro

Disusun Oleh :

YULI EKO SARWONO
NIM. C2B004205

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2011**

PERSETUJUAN SKRIPSI

Nama Penyusun : Yuli Eko Sarwono

Nomor Induk Mahasiswa : C2B004205

Fakultas/Jurusan : Ekonomi/IESP

Judul Skripsi : **ANALISIS PERMINTAAN
MASYARAKAT AKAN PUSAT
KESEHATAN MASYARAKAT
(PUSKESMAS) DI KOTA
SEMARANG**

Dosen Pembimbing : Drs. Bagio Mudakir, MT

Semarang, 01 Agustus 2011

Dosen Pembimbing,

(Drs. Bagio Mudakir, MT)
NIP. 195406091981031004

PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN

Nama Mahasiswa : Yuli Eko Sarwono
Nomor Induk Mahasiswa : C2B004205
Fakultas/Jurusan : Ekonomi/ Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan
Judul Skripsi : **ANALISIS PERMINTAAN MASYARAKAT
AKAN PUSAT KESEHATAN
MASYARAKAT (PUSKESMAS) DI KOTA
SEMARANG**

Telah dinyatakan lulus ujian pada tanggal 09 Agustus 2011

Tim Penguji

1. Drs. Bagio Mudakir, MT. (.....)
2. Dra. Hj. Tri Wahyu R. MSi. (.....)
3. Arif Pujiono, SE, MSi. (.....)

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya, Yuli Eko Sarwono, menyatakan bahwa skripsi dengan judul : Analisis Permintaan Masyarakat Akan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Di Kota Semarang, adalah hasil tulisan saya sendiri. Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian tulisan orang lain yang saya ambil dengan cara menyalin atau meniru dalam bentuk rangkaian kalimat atau simbol yang menunjukkan gagasan atau pendapat atau pemikiran dari penulisan lain, yang saya akui seolah-olah sebagai tulisan saya sendiri, dan/atau tidak terdapat bagian atau keseluruhan tulisan yang saya ;salin, tiru, atau yang saya ambil dari tulisan orang lain tanpa memberikan pengakuan penulis aslinya.

Apabila saya melakukan tindakan yang bertentangan dengan hal tersebut di atas, baik disengaja maupun tidak, dengan ini saya menyatakan menarik skripsi yang saya ajukan sebagai hasil tulisan saya sendiri ini. Bila kemudian terbukti bahwa saya melakukan tindakan menyalin atau meniru tulisan orang lain seolah-olah hasil pemikiran saya sendiri, berarti gelar dan ijasah yang telah oleh universitas batal saya terima.

Semarang, 01 Agustus 2011

(Yuli Eko Sarwono)
NIM : C2B004205

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Memiliki tim dengan kemampuan yang baik tidak menjamin sebuah kesuksesan, diperlukan pula chemistry”

Ryusuke

“Always bear in mind that your own resolution to succeed is more important than any other “

Abraham Lincoln

“A man who wants to lead the orchestra must turn his back on the crowd “

Max Lucado

“I don't know the key to success, but the key to failure is trying to please everybody “

Bill Cosby

Skripsi ini Kupersembahkan Teruntuk Nenek, Bapak dan Ibu, serta keluarga besarku atas Kasih Sayang yang Tiada

Habisnya

ABSTRACT

Health problem is a social, economic, political and human rights are most important. As one of the basic achievement of the Millennium Development Goals (MDGs), unfortunately, health care has not been matched with adequate access to services. The existence of a health center as spearhead health care for the entire community are faced with various problems such as decreased health budget allocations in the city of Semarang that causes a decrease in operational costs and inadequate health center adequacy rate of health personnel.

This study aims to understand and explain some of the factors affecting the use of health services especially in health centers of Semarang. Based on previous research and theory that exist, several factors are family income, age, educational level, time of service, physical evidence, reliability, responsiveness, assurance and empathy. With the method of multiple linear regression analysis, several factors are sought influence on the frequency of visits to health services.

The results obtained are family income, age, education level, service quality (SERVQUAL) significantly influence the frequency of visits to health care. Improved services in health centers are to be done to increase the frequency of visits to health centers of Semarang.

Key words: health centers, family income, education, SERVQUAL, Health Services, Frequency of Visits

ABSTRAK

Masalah kesehatan merupakan masalah sosial, ekonomi, politik dan hak asasi manusia yang paling penting. Sebagai salah satu dasar pencapaian dari *Millenium Development Goals (MDGs)*, sayangnya pelayanan kesehatan belum diimbangi dengan akses pelayanan yang memadai. Keberadaan Puskesmas yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat dihadapkan pada berbagai permasalahan seperti penurunan alokasi anggaran kesehatan di Kota Semarang yang menyebabkan penurunan biaya operasional Puskesmas dan belum memadainya angka kecukupan tenaga kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk memahami dan menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan khususnya di Puskesmas Kota Semarang. Berdasarkan penelitian terdahulu dan teori yang ada, beberapa faktor tersebut adalah pendapatan keluarga, umur, tingkat pendidikan, waktu lama pelayanan, bukti fisik, keandalan, daya tanggap, jaminan dan empati. Dengan metode analisis regresi linier berganda, beberapa faktor tersebut dicari pengaruhnya terhadap frekuensi kunjungan ke layanan kesehatan.

Hasil penelitian yang diperoleh adalah pendapatan keluarga, umur, tingkat pendidikan, kualitas layanan (*Servqual*) berpengaruh secara signifikan terhadap frekuensi kunjungan ke layanan kesehatan. Peningkatan layanan di Puskesmas merupakan hal yang perlu dilakukan agar meningkatkan frekuensi kunjungan ke puskesmas Kota Semarang.

Kata kunci: Puskesmas, Pendapatan Keluarga, Pendidikan, Servqual, Layanan Kesehatan, Frekuensi Kunjungan

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Analisis Permintaan Masyarakat Akan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Di Kota Semarang”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan menyelesaikan program Sarjana (S1) Jurusan Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan Universitas Diponegoro Semarang.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapat bimbingan, bantuan, masukan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Prof. Drs. Mohamad Nasir, M.Si., Ak., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ekonomi UNDIP Semarang.
2. Drs. Bagio Mudakir, MT., selaku dosen pembimbing atas segala masukan, kritik dan saran serta kesabaran yang telah diberikan dari awal hingga akhir disusunnya skripsi ini.
3. Hastarini Dwi Atmanti, SE, M.si., selaku Dosen Wali atas petunjuk, bimbingan dan saran yang selama penulis di bangku kuliah.
4. Dosen Fakultas Ekonomi UNDIP pada umumnya dan Dosen Jurusan Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan (IESP) Fakultas Ekonomi UNDIP pada khususnya yang telah membagi ilmunya kepada penulis selama masa perkuliahan.

5. Seluruh staf FE UNDIP yang telah turut membantu penyusunan skripsi.
6. Seluruh responden dalam penelitian ini, pengguna jasa kesehatan di Puskesmas Kota Semarang yang berperan sebagai sumber analisis dalam penyusunan skripsi ini.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang beserta jajarannya, Kepala Puskesmas Halmahera Semarang beserta jajarannya atas kerja samanya dalam penyusunan skripsi ini.
8. Bapak, Ibu, Nenek, dan Adik tersayang,. atas segala dukungan dan motivasi serta kasih sayang yang tiada ujung.
9. Keluarga besar Bapak Sami'an dan Bapak Kurdi, yang telah memberikan dukungan moral dan menerima keluh kesah selama proses penyusunan skripsi ini dari awal hingga akhir.
10. Staf tempat saya bekerja, FKM UNDIP dimana telah membantu dan memberikan dukungannya selama mengerjakan skripsi ini.
11. Natalia Desty Kartikasari yang selalu memberikan dukungan serta semangatnya.
12. Ambar Arum Maharany, yang telah membantu pengerjaan skripsi ini.
13. Teman – teman IESP Reguler 2004, dan 2005. Terima kasih telah menjadi kawan selama ini.
14. Saudari Happy dan saudara Indra terima kasih sekali atas kesediaannya membantu dalam proses mencari data.
15. Pihak-pihak lain yang tidak bisa disebutkan satu per satu. Terimakasih atas

bantuannya.

Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberi manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan serta pihak-pihak yang berkepentingan.

Semarang, 01 Agustus 2011

Penulis,

Yuli Eko Sarwono
NIM. C2B004205

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN KELULUSAN SKRIPSI.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS SKRIPSI	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	10
1.3. Tujuan Penelitian	11
1.4. Manfaat Penelitian	11
1.5. Sistematika Penulisan	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Landasan Teori.....	14
2.1.1 Teori Permintaan.....	14
2.1.2 Teori Pilhan Rasional.....	16
2.1.3 Pusat Kesehatan Masyarakat.....	18
2.1.4 Aspek Ekonomi Dari Kesehatan	19

2.1.5 Teori Permintaan Akan Kesehatan.....	28
2.1.6 Kualitas layanan.....	30
2.2 Penelitian Terdahulu	32
2.3 Kerangka Pemikiran Teoritis	36
2.4 Hipotesis.....	37
BAB III METODE PENELITIAN.....	39
3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	39
3.1.1 Variabel Penelitian	39
3.1.2 Definisi Operasional.....	39
3.2 Populasi dan Sampel	45
3.2.1 Populasi	45
3.2.2 Sampel.....	45
3.3 Jenis dan Sumber Data.....	45
3.4 Metode Pengumpulan Data.....	46
3.5 Metode Analisa Data.....	47
3.5.1 Model Regresi	47
3.5.2 Uji Asumsi Klasik.....	49
3.5.2.1 Uji Multikolinearitas	49
3.5.2.2 Uji Autokorelasi	50
3.5.2.3 Uji Heteroskedastisitas.....	51
3.5.2.4 Uji Signifikansi Indifidu (Uji t)	52
3.5.2.5 Uji Signifikansi Simultan (Uji F).....	52
3.5.2.6 Koefisien Determinasi.....	53
BAB IV HASIL DAN ANALISIS.....	55
4.1 Diskripsi Objek Peneliti	55
4.1.1 Kota Semarang.....	55

4.1.2	Jumlah Penduduk	56
4.1.3	Komposisi Penduduk	57
4.1.4	Kelahiran, Kematian dan Perpindahan.....	57
4.1.5	Pendidikan.....	58
4.1.6	Sarana Dan Prasarana Kesehatan.....	59
4.1.7	Puskesmas Kota Semarang	61
4.2	Deskripsi Variabel.....	65
4.2.1	Identitas responden.....	65
4.2.2	Jenis Kelamin Responden	65
4.2.3	Umur Responden.....	66
4.2.4	Pendidikan Responden	66
4.2.5	Pekerjaan Responden	67
4.2.6	Pendapatan Keluarga Responden.....	68
4.2.7	Bukti Fisik.....	69
4.2.8	Keandalan.....	69
4.2.9	Daya Tanggap	70
4.2.10	Jaminan	71
4.2.11	Empati	72
4.2.12	Kepuasan Responden	73
4.2.13	Saran dari Responden.....	74
4.3	Uji Asumsi Klasik	75
4.3.1	Uji Autokorelasi.....	75
4.3.2	Uji Multikolinieritas.....	76
4.3.3	Uji Heteroskedastisitas.....	77
4.4	Analisa Regresi	77
4.5	Uji Hipotesis	79
4.5.1	Uji F (simultan).....	79
4.5.2	Koefisien Determinasi.....	80

4.6	Interprestasi Hasil.....	80
BAB V	PENUTUP	86
5.1	Simpulan	86
5.2	Keterbatasan	87
5.3	Saran	87
	DAFTAR PUSTAKA	89
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Rata-rata Jumlah masyarakat yang Mendapatkan Yankes Pelayanan Kesehatan) di Jawa Tengah Tahun 2005 - 2008.....	5
Tabel 2.1 Beberapa Rekevansi Aspek Ekonomi dari Kesehatan	22
Tabel 4.1 Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk Tahun 2004 - 2009.....	56
Tabel 4.2 Perkembangan Kelahiran dan Kematian Penduduk Kota Semarang Periode Tahun 2003 - 2009	58
Tabel 4.3 Prosentase Tingkat Pendidikan di Kota Semarang Tahun 2008 ...	59
Tabel 4.4 Prosentase Sarana dan Prasarana di Kota Semarang Tahun 2008 – 2009	60
Tabel 4.5 Jenis Kelamin Responden	65
Tabel 4.6 Umur Responden.....	66
Tabel 4.7 Pendidikan Responden	66
Tabel 4.8 Pekerjaan Responden	67
Tabel 4.9 Pendapatan Keluarga Responden.....	68
Tabel 4.10 Penilaian Bukti Fisik	69
Tabel 4.11 Penilaian Keandalan.....	70
Tabel 4.12 Penilaian Daya Tanggap.....	71
Tabel 4.13 Penilaian Jaminan.....	72
Tabel 4.14 Penilaian Empati	73
Tabel 4.15 Kepuasan Responden	73
Tabel 4.16 Saran dari Responden.....	74
Tabel 4.17 Tabel Coefficient.....	76
Tabel 4.18 Tabel t Statistik per Variabel.....	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Pemikiran Teoritis	36
Gambar 4.1 Hasil Pengujian Durbin Watson.....	75
Gambar 4.2 Grafik Scatterplot Hasil Regresi	77
Gambar 4.3 Uji F	80

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A Kuesioner	93
Lampiran B Rekap Data Responden	102
Lampiran C Hasil Regresi	104
Lampiran D Hasil Deteksi Asumsi	105

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan dan kesejahteraan merupakan keinginan mutlak setiap manusia. Dalam pencapaian *Millenium Development Goals* (MDG's) yang diantaranya adalah menurunkan angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, dan memerangi HIV dan AIDS, malaria serta penyakit lainnya, tercermin bahwa kesehatan merupakan dasar untuk kemajuan sebuah bangsa. Kesehatan seseorang tidak bisa hanya diukur dengan kondisi fisik semata, namun juga lingkungan, akses terhadap makanan bergizi, akses pelayanan kesehatan hingga budaya sehat di kalangan masyarakat.

Masalah yang berhubungan dengan kesehatan pasti dihadapi oleh Negara dibelahan dunia manapun, termasuk Indonesia. Permasalahan seperti rendahnya kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia (SDM) tenaga medis, pengembangan sistem jaminan kesehatan rakyat miskin dan peningkatan pelayanan kesehatan dasar melalui satu tindakan penanganan cepat wabah penyakit, gizi buruk dan masalah kesehatan lainnya, seharusnya menjadi prioritas bagi pemerintah untuk segera diselesaikan agar masalah kesehatan di Indonesia tidak semakin meperhatinkan. Hal ini dapat dilihat pada indikator “umur harapan hidup” yang mana WHO meletakkan derajat kesehatan Indonesia pada peringkat 103 dari 109 negara. Hal ini dirasa lebih memprihatinkan, karena dalam *Universal Declaration of Human Rights* yang dikeluarkan oleh PBB tahun 1948 mengatur

tentang hak atas kesehatan, sama halnya dengan yang tercantum dalam Pasal 25 UUD 1945 (Indra Perwira, 2009).

Dengan lahirnya Ketetapan MPR Nomor XVII/MPRRI/1998 dan UU No.39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia semakin menggambarkan perubahan paradigma bahwa kesehatan sekarang ini semata-mata bukan lagi menjadi urusan pribadi yang terkait dengan nasib atau karunia Tuhan yang tidak ada hubungannya dengan tanggung jawab negara, melainkan suatu Hak Hukum (*legal rights*). Hal tersebut juga menuntut sebuah pertanyaan, sampai batas mana individu dan masyarakat berdasarkan pertimbangan hak asasi manusia dapat menuntut tanggung jawab negara menjamin perlindungan dan pemenuhan hak asasi manusia secara efektif di bidang kesehatan (Indra Perwira, 2009).

Jika dilihat dari perspektif ekonomi, sisi penting mengenai faktor kesehatan bagi manusia akan berkaitan erat dengan kualitas sumber daya manusia (*quality of human resources*) itu sendiri. Tinggi rendahnya kualitas sumber daya manusia SDM akan ditentukan oleh status kesehatan, pendidikan dan tingkat pendapatan per kapita (Ananta dan Hatmadji, 1985).

Sebagai indikator kesejahteraan rakyat, tujuan jangka panjang pembangunan kesehatan Indonesia adalah peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap warga negara Indonesia agar terwujud derajat kesehatan masyarakat di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan masyarakat yang semaksimal mungkin. Pemerintah melalui instansi terkait telah merumuskan program jangka menengah mengenai keadaan masyarakat yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan yakni melalui

program “Visi Indonesia Sehat 2010”. Dalam visi Indonesia Sehat 2010, bermaterikan gambaran masyarakat, bangsa dan negara yang penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, dan memiliki derajat kesehatan yang optimal (Andhika Widyatama Putra, 2010).

Guna merealisasikan visi tersebut dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan secara khusus telah dilakukan langkah-langkah melalui beberapa program baik secara sektoral kesehatan maupun secara lintas sektor. Program-program tersebut antara lain mengenai penyediaan berbagai sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan obat-obatan untuk seluruh lapisan penduduk (Statistik Kesehatan, 2004).

Sebagai propinsi dengan jumlah penduduk sebesar 32,40 juta atau 15% dari penduduk Indonesia, permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan kepadatan penduduk masih menjadi masalah utama di Jawa Tengah. Permasalahan tersebut antara lain angka kematian ibu dan bayi, angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh beberapa penyakit menular seperti Demam Berdarah, HIV/AIDS, TB Paru dan masih adanya penduduk miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan. Adapun jaminan yang telah dikembangkan di beberapa kabupaten/kota cenderung untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas atau rujukan di Rumah Sakit setempat. Hal ini belum dapat menjamin rujukan rumah sakit antar Kabupaten/Kota atau ke Rumah sakit rujukan dengan kelas yang lebih tinggi, padahal pembiayaan kesehatan tidak mungkin selamanya bertumpu pada pemerintah (www.jatengprov.go.id, 2009).

Untuk mendukung program kesehatannya, Jawa Tengah telah menerbitkan Peraturan Daerah nomor 5 tahun 2009 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS dan Perda nomor 10 tahun 2009 tentang Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Provinsi Jawa Tengah dan saat ini sedang dalam tahap penyusunan Peraturan Gubernur. Adapun program selanjutnya adalah kenaikan anggaran di mana anggaran yang bersumber dari APBD Provinsi Jawa Tengah sektor kesehatan pada tahun 2009 sebesar lebih kurang 680,6 Milyar yang terbagi di 8 SKPD atau sekitar 13,03 %, pada tahun 2010 akan ditingkatkan menjadi Rp. 716,3 Milyar atau sekitar 14% dari APBD Provinsi Jawa Tengah, sedangkan dana dekonsentrasi program kesehatan di Jawa Tengah tahun 2009 sekitar 46 Milyar (Berita SKPD, 2009).

Kota Semarang sebagai salah satu ibukota propinsi di Indonesia yang terletak di Pulau Jawa, dikenal sebagai Ibukota Propinsi Jawa Tengah yang kerap kali masuk dalam daftar tujuan migrasi bagi para pendatang untuk singgah, menetap sementara waktu untuk alasan bekerja, belajar, bahkan untuk menetap selamanya. Hal ini menyebabkan Kota Semarang masuk ke dalam lima wilayah terpadat di Jawa Tengah. Sebagai wilayah dengan kepadatan penduduk yang cukup tinggi, Kota Semarang sudah tentu menghadapi berbagai permasalahan kependudukan termasuk masalah kesehatan (Rima dkk, 2006).

Dalam usaha meningkatkan kualitas penduduk, maka salah satu cara yang penting adalah dengan meningkatkan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Untuk mengatasi masalah kesehatan, pemerintah Kota Semarang juga mampu memberikan pelayanan kepada masyarakat secara lebih merata, Kota

Semarang mempunyai 9 rumah sakit umum, 53 Puskesmas, Posyandu yang menyebar di seluruh wilayah, Dokter Praktek, Bidan praktek dan masih banyak sarana dan prasarana lainnya, sehingga setiap orang dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan mudah (www.semarang.go.id, 2009).

Tabel 1.1
Rata-rata Jumlah Masyarakat yang Mendapatkan Yankes (Pelayanan Kesehatan) di Jawa Tengah 2004-2008

No.	Kabupaten/Kota	Persentase yang mendapat Yankes (%)
1	Kab. Cilacap	33.94
2	Kab. Banyumas	27.09
3	Kab. Purbalingga	52.77
4	Kab. Banjarnegara	81.14
5	Kab. Kebumen	100
6	Kab. Purworejo	42.08
7	Kab. Wonosobo	24.11
8	Kab. Magelang	33.13
9	Kab. Boyolali	32.12
10	Kab. Klaten	100
11	Kab. Sukoharjo	34.08
12	Kab. Wonogiri	105.97
13	Kab. Karanganyar	32.33
14	Kab. Sragen	72.11
15	Kab. Grobogan	59.08
16	Kab. Blora	71.17
17	Kab. Rembang	70.93
18	Kab. Pati	100
19	Kab. Kudus	46.22
20	Kab. Jepara	21.29
21	Kab. Demak	99.11
22	Kab. Semarang	20.76
23	Kab. Temanggung	37.58
24	Kab. Kendal	32.14
25	Kab. Batang	32.33
26	Kab. Perkalongan	45.8
27	Kab. Pemalang	67.76

Tabel 1.1 (lanjutan)

No.	Kabupaten/Kota	Persentase yang mendapat Yankes (%)
28	Kab. Tegal	47.38
29	Kab. Brebes	70.17
30	Kota Magelang	100
31	Kota Surakarta	61.01
32	Kota Salatiga	101.25
33	Kota Semarang	110.99
34	Kota Perkalongan	45.8
35	Kota Tegal	95.77
36	Jumlah	Rata ² : 60.21

Sumber : Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2009

Pelayanan kesehatan yang lebih merata di Kota Semarang dapat dimanfaatkan secara optimal oleh masyarakat yang ditunjukkan pada Tabel 1.1. Dari Tabel 1.1 menunjukkan bahwa penggunaan pelayanan kesehatan di Kabupaten / Kota di Jawa Tengah, khususnya upaya kesehatan yang dilakukan pemerintah berkisar rata-rata 60.21 %, dengan penggunaan layanan kesehatan tertinggi terletak di Kota Semarang (110.99 %) dan yang terendah di Kabupaten Semarang (20.76 %). Penggunaan layanan kesehatan yang dimaksud adalah penggunaan berdasarkan cakupan layanan kesehatan dari pemerintah setempat seperti penerima Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat), Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah), Askes (Asuransi Kesehatan), Astek (Asuransi Tenaga Kerja) dan Jamkeskin (Jaminan Kesehatan Keluarga Miskin) yang kesemuanya mayoritas adalah masyarakat menengah, menengah kebawah dan masyarakat miskin. Maka dari itu, penggunaan layanan kesehatan yang melebihi 100 % berarti penggunaan layanan kesehatan pada daerah tersebut melebihi cakupan yang telah disusun. Sedangkan untuk nilai 100% sudah terjadi penggunaan layanan kesehatan yang optimal / sesuai cakupan layanan, dengan

catatan nilai presentase tersebut sudah mengalami pembulatan. Kabupaten Semarang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan kabupaten lain di pulau Jawa yakni dominannya wilayah pedesaan, tetapi di sisi lain penggunaan layanan kesehatan di Kabupaten Semarang adalah yang terkecil (20.76 %) dibanding penggunaan layanan kesehatan di kabupaten lain di pulau Jawa.

Ketersediaan fasilitas kesehatan yang ada, bukan berarti membuat Kota Semarang telah terlepas dari masalah kesehatan. Selain pelayanan kesehatan yang melebihi cakupan, beberapa kasus penyakit menjadi bukti bahwa penanganan masalah kesehatan harus semakin serius diperhatikan. Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) dan flu burung atau Avian Influenza (AI) pada tahun 2008 menjadi catatan permasalahan kesehatan di Kota Semarang. Untuk kali pertama, DBD hampir menembus angka 5.000 kasus dalam setahun dan disebut-sebut sebagai yang tertinggi dalam 15 tahun terakhir. Walaupun belum ditetapkan sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB), jumlah kasus DBD pada 2008 meningkat hampir dua kali lipat dibandingkan 2007 yang tercatat hanya 2.998 kasus dan jika dibandingkan dengan tahun 2006, jumlah kasus DBD tahun 2008 meningkat hampir tiga kali lipat (www.suaramerdeka.com, 2008).

Kalau DBD belum sampai pada status KLB, tidak demikian halnya dengan kasus flu burung, penyakit ini untuk pertama kalinya telah memakan korban warga Kota Semarang (www.suaramerdeka.com, 2008). Selain dua kasus tersebut, permasalahan kesehatan di Kota Semarang yang perlu diwaspadai ketika musim pancaroba adalah penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) dan diare. Penderita kedua penyakit ini pada musim pancaroba biasanya akan mengalami

peningkatan. Peningkatan ini terlihat dari peningkatan penderita yang menjalani perawatan di rumah sakit RSUD Kota Semarang dan Rumah Sakit Roemani. Data menunjukkan bahwa pada bulan Oktober 2008, RSUD Kota Semarang telah menangani 78 pasien diare dan 380 pasien ISPA yang melakukan rawat jalan, sedangkan Rumah Sakit Roemani menangani 6 pasien penderita diare dan 18 pasien penderita *tifus* (www.suaramerdeka.com, 2008). Fakta-fakta ini setidaknya dapat dijadikan motivasi bagi peningkatan pelayanan kesehatan di Kota Semarang.

Selain penanganan berbagai penyakit yang sering terjadi di masyarakat, akses pelayanan kesehatan untuk semua golongan masyarakat merupakan kewajiban pemegang kebijakan publik yang harus dipenuhi. Dalam menjangkau pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, keberadaan Puskesmas memegang peranan yang sangat penting. Letak Puskesmas yang menyebar hampir di setiap kecamatan menjadikan Puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat. Akan tetapi, fungsi dan peran Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat semakin jauh dari harapan, bahkan, Puskesmas terpencil masih tetap kekurangan dokter terutama setelah tidak adanya dokter PTT. Keberadaan Puskesmas yang sebenarnya lebih penting daripada rumah sakit, sebagian besar programnya berada di luar gedung. Fungsi dan peran Puskesmas tidak berjalan sesuai harapan diakibatkan oleh biaya operasional Puskesmas yang tidak memadai, obat-obatan yang tidak memadai dan kekurangan tenaga kesehatan terutama di daerah terpencil di Indonesia (www.depkes.go.id, 2004).

Biaya operasional Puskesmas yang tidak memadai terlihat dari alokasi anggaran kesehatan di Kota Semarang yang cenderung menurun. Alokasi anggaran kesehatan untuk Kota Semarang pada tahun 2008 lebih kecil daripada alokasi tahun sebelumnya (2007). Jumlah alokasi itu di tahun 2008 adalah sebesar Rp 97,6 miliar, sedang untuk tahun 2007 adalah Rp 98,7 miliar. Anggaran untuk Dinas Kesehatan Kota Semarang yang pada tahun 2009 sebesar Rp 50,1 miliar menurun menjadi hanya Rp 36,5 miliar pada tahun anggaran 2010 (RR. Retno Wulansari, 2010).

Kekurangan tenaga kesehatan terutama di daerah terpencil di Indonesia terjadi juga di Kota Semarang. Jumlah tenaga medis di Kota Semarang masih jauh dari angka kecukupan, sebagaimana yang ditargetkan dalam Program Indonesia Sehat tahun 2010 oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Program Indonesia Sehat Tahun 2010 mentargetkan rasio ketersediaan dokter umum untuk setiap 100.000 penduduk adalah 40, sementara untuk Kota Semarang rasio ini baru 18,36 (RR. Retno Wulansari, 2010).

Dengan jumlah Puskesmas yang terdapat di 37 lokasi dan Puskesmas Pembantu di 33 lokasi, Kota Semarang telah berusaha memberikan pelayanan kesehatan yang menjangkau seluruh masyarakat Kota Semarang yang berjumlah 1.506.924 jiwa (BPS Kota Semarang, 2009). Fungsi dan peran Puskesmas di Kota Semarang ini akan semakin esensial bila melihat berbagai kasus penyakit yang telah menjadi sorotan utama masalah kesehatan seperti diare, Demam Berdarah Dengue (DBD), flu burung, ISPA dan bahkan peningkatan penderita AIDS/HIV. Selain itu, tuntutan masyarakat yang mulai sadar akan arti kesehatan dan gaya

hidup seharusnya mampu mendorong kinerja pelayanan kesehatan oleh Puskesmas.

Dengan latar belakang tersebut, penelitian yang diberi judul “Analisis Permintaan Masyarakat Terhadap Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) di Kota Semarang” akan menganalisis faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang sudah menjadi *legal right* belum diimbangi dengan akses pelayanan yang memadai. Kota Semarang sebagai salah satu kota terpadat di Jawa Tengah berusaha memenuhi tuntutan masyarakat yang semakin peduli akan masalah kesehatan dan arti gaya hidup sehat dengan menyediakan fasilitas kesehatan terutama Puskesmas. Akan tetapi, keberadaan Puskesmas yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat dihadapkan pada berbagai permasalahan seperti penurunan alokasi anggaran kesehatan di Kota Semarang yang menyebabkan penurunan biaya operasional Puskesmas dan belum memadainya angka kecukupan tenaga kesehatan Kota Semarang yang baru mencapai rasio 18,36 atau jauh dari angka rasio 40 yang ditetapkan oleh Indonesia Sehat 2010.

Melalui latar belakang dan permasalahan yang telah dikemukakan sebelumnya, maka dapat dirumuskan beberapa pertanyaan penelitian sebagai berikut:

- Bagaimanakah pengaruh pendapatan keluarga, umur, tingkat pendidikan, lama waktu pelayanan, bukti fisik, keandalan, daya tanggap, jaminan, dan empati pengguna jasa layanan Puskesmas terhadap jumlah kunjungan berobat pasien di Puskesmas ?

1.3 Tujuan Penelitian

Dengan permasalahan yang ada maka tujuan dari penelitian ini adalah sebaga berikut:

- Untuk menganalisis pengaruh pendapatan keluarga, umur, tingkat pendidikan, lama waktu pelayanan, bukti fisik, keandalan, daya tanggap, jaminan, dan empati pengguna jasa layanan Puskesmas terhadap jumlah kunjungan berobat pasien di Puskesmas?

1.4 Manfaat Penelitian

Melalui penelitian ini diharapkan menghasilkan sesuatu yang bermanfaat baik bagi peneliti, bagi masyarakat, maupun bagi pihak-pihak yang terkait dengan masalah yang diteliti. Adapun manfaat dari penelitian ini antara lain:

- a. Bagi peneliti, dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memperluas pengetahuan dan wawasan peneliti tentang masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan pusat pelayanan kesehatan masyarakat.

- b. Bagi masyarakat, diharapkan dapat memberikan informasi tentang permasalahan kesehatan pada umumnya dan pelayanan pusat kesehatan masyarakat pada khususnya.
- c. Bagi pembuat kebijakan, penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam membuat kebijakan terutama dalam hal pelayanan kesehatan masyarakat khususnya dan permasalahan kesehatan pada umumnya.
- d. Bagi ilmu pengetahuan, diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar acuan bagi pengembangan penelitian selanjutnya dan pengembangan ilmu pengetahuan di waktu yang akan datang.

1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam penelitian ini terdiri dari lima bab, yang merupakan penjelasan dari tiap-tiap bab. Dengan perincian penjelasan sebagai berikut:

BAB I : Pendahuluan

Pendahuluan berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan Pustaka

Tinjauan pustaka berisi tentang landasan teori yang melandasi penelitian ini. Selain itu juga terdapat penelitian terdahulu sebagai bahan referensi pembandingan bagi penelitian ini, juga terdapat kerangka penelitian untuk memperjelas maksud penelitian dan penentuan hipotesis awal penelitian yang akan diuji.

BAB III : Metode Penelitian

Di dalam Metode Penelitian diulas mengenai variabel penelitian dan definisi operasional, jenis dan sumber data, metode pengumpulan data, serta metode analisis data.

BAB IV : Hasil dan Analisis

Hasil dan analisis berisi tentang diskripsi obyek penelitian, gambaran singkat variabel penelitian, estimasi model, karakteristik responden, analisis data dan pembahasan mengenai hasil analisis dari obyek penelitian (interpretasi hasil).

BAB V : Penutup

Penutup menyajikan secara singkat kesimpulan yang diperoleh dari pembahasan, keterbatasan dari penelitian dan saran-saran berkaitan dengan hasil penelitian.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Teori Permintaan

Permintaan adalah keinginan konsumen membeli suatu barang pada berbagai tingkat harga selama periode waktu tertentu. Supaya lebih akurat dapat dimasukkan dimensi geografis, misalnya ketika berbicara tentang permintaan akan pakaian di Jakarta, maka akan berbicara tentang berapa jumlah pakaian yang akan dibeli pada berbagai tingkat harga dalam satu periode waktu tertentu, perbulan atau pertahun, di Jakarta. Beberapa faktor yang mempengaruhi permintaan adalah harga barang itu sendiri, harga barang lain, pendapatan konsumen, selera atau preferensi konsumen, jumlah penduduk, perkiraan di masa yang akan datang, distribusi pendapatan, dan usaha-usaha produsen yang meningkatkan penjualan (Pratama Raharja dan Mandala Manurung, 2002).

Sementara menurut Suryawati dalam bukunya Teori Ekonomi Mikro, permintaan didefinisikan sebagai banyaknya suatu komoditi yang ingin dibeli dan dapat dibeli oleh konsumen pada berbagai tingkat harga pada suatu saat tertentu. Secara sederhana fungsi permintaan seorang konsumen akan suatu barang dapat dirumuskan sebagai (Suryawati,2003):

$$D_x = f(P_x) \dots\dots\dots (2.1)$$

Fungsi tersebut dapat diartikan yaitu bahwa jumlah barang x yang diminta dipengaruhi oleh harga barang x, dimana D_x adalah jumlah barang x yang diminta konsumen dan P_x adalah harga barang x yang diminta konsumen.

Fungsi permintaan (*demand function*) adalah persamaan yang menunjukkan hubungan antara jumlah permintaan akan sesuatu barang dan semua faktor-faktor yang mempengaruhi (Boediono, 1989). Menurut Boediono, permintaan suatu barang dipengaruhi oleh harga barang itu sendiri, harga barang lain yang mempengaruhi, pendapatan, selera. Fungsi permintaan akan suatu barang dituliskan sebagai berikut (Boediono, 1989):

$$D_x = f(P_x, P_y, M, S) \dots\dots\dots (2.2)$$

Keterangan : D_x = Permintaan barang

P_x = Harga barang itu sendiri

P_y = Harga barang lain yang mempengaruhi

M = Pendapatan

S = Selera

Fungsi permintaan sederhana menurut Suryawati (2.1) menunjukkan bahwa secara sederhana permintaan akan suatu barang hanya dipengaruhi oleh harga barang itu sendiri dengan asumsi variabel lain *ceteris paribus*, sedangkan menurut Boediono (2.2) permintaan suatu barang dipengaruhi oleh beberapa variabel yaitu, harga barang itu sendiri, harga barang lain yang mempengaruhi, pendapatan pembeli itu sendiri, dan selera.

2.1.2 Teori Pilihan Rasional

Teori pilihan rasional mengadopsi pendekatan ilmu ekonomi dalam menjelaskan perilaku sosial sebagai peristiwa-peristiwa pertukaran. Dalam perspektif ini perilaku orang akan dilihat berdasarkan kemampuannya mempertimbangkan *cost* dan *reward* dari pilihan tindakan yang akan dilakukannya. Sifat dasar manusia adalah mencari kebahagiaan dan menghindari kesulitan. Ini dapat dijelaskan dari perspektif pilihan rasional. Sebuah tindakan hanya bisa disebut rasional jika penghargaan yang didapat lebih besar dari biaya yang dikeluarkan. Kalau dalam ekonomi *reward* itu bisa berarti laba, dalam peristiwa sosial lain ia bisa berupa kebahagiaan, kesenangan, kepuasan karena mendapatkan penghargaan atau tidak mendapatkan hukuman atas tindakannya tersebut. Kalau sebuah tindakan menghasilkan penghargaan, maka kemungkinan besar tindakan lama akan diulang (Becker, 1968 dalam Indah Susilowati, 1999).

Dalam teori pilihan rasional, pilihan seorang individu digambarkan oleh motivasi dari kemauan dan tujuan. Sangat mungkin bagi seseorang individu untuk mendapatkan semua keinginan atau pilihannya, seorang individu juga harus membuat pilihan untuk mewujudkan keinginannya dan apa konsekuensi yang akan didapatkan. Teori pilihan rasional digunakan untuk menghitung apa yang terbaik yang mesti dilakukan seorang individu. Seorang individu memilih untuk menjadi pengguna jasa layanan kesehatan formal seperti rumah sakit, praktek dokter, puskesmas, poliklinik. Individu tersebut akan mendapatkan keuntungan yang lebih dibandingkan dengan tidak menjadi pengguna jasa layanan kesehatan formal (Becker, 1968 dalam Indah Susilowati, 1999).

Pada dasarnya setiap individu cenderung untuk memaksimalkan keuntungannya. Seorang individu menjadi pengguna jasa layanan kesehatan formal (rumah sakit, praktek dokter swasta, puskesmas, poliklinik, dan lain-lain) jika kepuasan yang didapatkannya melampaui kepuasan yang didapatkan dari waktu dan sumber daya lainnya yang telah digunakan. Seorang individu menjadi pengguna jasa layanan kesehatan formal (rumah sakit, praktek dokter swasta, puskesmas, poliklinik, dan lain-lain) bukan karena motivasi dasar individu tersebut berbeda dari individu lainnya, tetapi karena perbedaan *benefit* and *cost* yang akan didapatkan. Keterlibatan dalam memanfaatkan jasa layanan kesehatan formal menjadi penting karena *benefit* and *cost* yang akan didapatkan individu tersebut dari berbagai aktivitas.

Tindak berobat terjadi ketika individu memutuskan untuk menjadi pengguna jasa layanan kesehatan formal (rumah sakit, praktek dokter swasta, puskesmas, poliklinik, dan lain-lain) setelah memikirkan kebutuhannya untuk mendapatkan layanan dan fasilitas kesehatan atau keuntungan lainnya yang lebih. Sebelum memutuskan untuk berobat, seorang individu juga memikirkan kemungkinan-kemungkinan lainnya, seperti biaya mahal, layanan kesehatan tidak maksimal, dan oportunitas ekonomi yang ia dapatkan dari berobat. Pengguna akan memilih suatu keputusan bila dianggap keputusan itu memberikan lebih banyak keuntungan daripada kerugiannya.

Sebagai individu yang rasional, pengguna akan memilih berobat ke layanan kesehatan formal (rumah sakit, praktek dokter swasta, puskesmas, poliklinik, dan lain-lain) karena telah memperkirakan manfaat yang akan

diperoleh adalah masih menguntungkan dari resiko atau konsekuensi yang harus ditanggung bila layanan kesehatan formal tidak maksimal (Becker,1968 dalam Indah Susilowati,1999).

2.1.3 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Pusat Kesehatan Masyarakat atau disingkat Puskesmas adalah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan (Wikipedia, 2009).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/Menkes/SK/II/2004, Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan kabupaten/kota yg bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Adapun menurut Departemen Kesehatan RI tahun 1991, Puskesmas merupakan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat dan memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

2.1.4 Aspek Ekonomi dari Kesehatan

Ilmu ekonomi merupakan suatu ilmu yang mengkaji tentang bagaimana individu disisi masyarakat melakukan pilihan. Dilihat dengan atau tanpa menggunakan sarana alat tukar (uang) guna memanfaatkan sumber daya yang langka dalam menghasilkan berbagai barang dan jasa, dan mendistribusikannya diantara individu bagi keperluan konsumsi, pada waktu sekarang atau dimasa yang akan datang, diantara berbagai individu dan kelompok – kelompok masyarakat (Samuelson, 1997). Dari penjelasan tersebut, ada 1 hal yang masalah utama yang dihadapi manusia disegala bidang yaitu memanfaatkan segalanya atau *scarcity*.

Berdasarkan masalah utama itulah, lahir 2 alasan yang mendasari kehadiran ilmu ekonomi sebagai ilmu yang mempelajari tingkah laku manusia. Pertama, adanya keterbatasan sumber daya bagi kehidupan, masyarakat, organisasi dan setiap individu. Kedua, kenyataan bahwa kebutuhan (*needs*) dan keinginan (*wants*) manusia dan masyarakat tidak dapat terpenuhi dengan sempurna. Dari kedua alasan tersebut maka proses pilihan harus dilakukan. Dari pengertian pilihan / *choice* tersebut maka lahirlah konsep tentang *opportunity cost*. *Opportunity cost* mengandung pengertian pengorbanan. Menyadari keterbatasan sumber daya ekonomi, maka pilihan pengalokasian sumber daya tersebut bagi suatu kegiatan akan mengakibatkan hilangnya manfaat dari penggunaan sumber daya tersebut untuk kegiatan lainnya (Lee & Mills, 1984) dalam (Mills & Gilson, 1990). Konsep ini mengarahkan untuk menentukan nilai moneter pada "biaya" atau *cost* secara khusus.

Berdasarkan fakta kelangkaan sumber daya sedangkan keinginan manusia tidak terbatas, terbentuklah landasan bagi konsep penawaran dan permintaan. Permintaan merupakan kemauan konsumen membayar berbagai barang dan jasa yang dikonsumsinya. Sedangkan penawaran, berkaitan dengan sisi produksi, yaitu bagaimana biaya faktor-faktor produksi dan harga produk itu berpengaruh terhadap barang yang ditawarkan. Fungsi permintaan menunjukkan hubungan antara harga dan jumlah barang yang diminta, dengan menganggap pendapatan, harga barang lain dan “selera” adalah tetap (*ceteris paribus*). Permintaan mengasumsikan bahwa orang yang paling tepat menilai suatu barang dan jasa adalah individu yang akan memperoleh manfaat dari barang tersebut (dalam hal ini ialah konsumen) juga diasumsikan bahwa konsumen tersebut adalah individu yang paling baik informannya tentang barang dan jasa yang akan dikonsumsi

Ekonomi kesehatan muncul sebagai subdisiplin dari ilmu ekonomi pada tahun 1960an bersamaan dengan dipublikasikannya dua buah makalah penting dari Kenneth J. Arrow (1963) dan Mark V. Pauly (1968) dalam Henderson (2005), yang keduanya diterbitkan pada the *American Economic Review*. Makalah Arrow telah memberikan kontribusi yang baru di bidang ekonomi kesehatan dan kebijakan kesehatan. Ekonom kesehatan mengkaji bermacam isu yang merupakan pengembangan dari sumber kesehatan dan produksi kesehatan terhadap pasar kesehatan dan perawatan medis melalui penilaian mikroekonomi bagi intervensi dan strategi kesehatan. sehingga merekalah orang yang paling tepat untuk memberikan penilaian. Dengan dasar pengertian inilah lahir landasan mengenai *consumer sovereignty* (kebebasan konsumen), yaitu suatu pandangan bahwa

konsumen seharusnya memiliki kebebasan di pasar dari sisi permintaan. Konsep yang melatarbelakangi permintaan ini adalah konsep *utility*, yaitu suatu terminologi ekonomi untuk menyatakan kepuasan. Para ekonom mengasumsikan bahwa cara orang menghabiskan pendapatannya untuk membeli barang dan jasa merupakan usaha untuk memaksimalkan kepuasannya.

Kelangkaan, *needs* dan *wants*, *opportunity cost* serta fungsi permintaan penawaran merupakan contoh konsep-konsep ekonomi yang penting dibahas dalam bidang kesehatan. Langkanya tenaga medis dalam melayani sejumlah besar penduduk merupakan suatu contoh adanya unsur kajian ekonomi dalam kesehatan. Contoh lain misalnya, bagaimana *needs* dan *wants* individu untuk sehat dapat terpenuhi bila dihadapkan pada sejumlah alternatif pilihan pelayanan kesehatan dengan sejumlah biaya atas pelayanan kesehatan tersebut. Selain itu, masih banyak lagi beberapa konsep dan isu ekonomi yang relevan bagi bidang kesehatan.

Tabel 2.1
Beberapa Relevansi Aspek Ekonomi dari Kesehatan

Beberapa Masalah Kesehatan	Beberapa Pertanyaan Mendasar	Relevansi Aspek Ekonomi
<p>I. Kesehatan dan Pembangunan Ekonomi (kesehatan dan pelayanan kesehatan sebagai determinan dan konsekuensi pembangunan sosial-ekonomi</p>	<p>I. 1). Apakah kesehatan dan perbaikan kesehatan? 2). Apakah determinan perbaikan kesehatan? 3). Bagaimana kesehatan dan pelayanan kesehatan mempengaruhi produktivitas dan perekonomian ?</p>	<p>I. Identifikasi dan pengukuran masalah kesehatan ; pengukuran kebutuhan dasar. Model Makroekonomi untuk pembangunan ekonomi ; determinan pertumbuhan.</p>
<p>II. Pembiayaan sektor kesehatan (aspek pendapatan dan pelayanan kesehatan dan aktivitas kesehatan yang berkaitan)</p>	<p>II.1). Apakah sumber pembiayaan kesehatan? 2). Apakah jenis dan kuantitas sumber daya yang dimanfaatkan untuk membiayai kesehatan ? 3). Apakah determinan permintaan</p>	<p>II. Sistem akuntansi sosial dan pembiayaan publik ; pembentukan penerimaan dan penetapan pajak ; self financing, asuransi dan mekanisme pre-payment ;</p>

Beberapa Masalah Kesehatan	Beberapa Pertanyaan Mendasar	Relevansi Aspek Ekonomi
<p>III. Analisis permintaan (permintaan dan kebutuhan kesehatan dan pelayanan.</p>	<p>pelayanan kesehatan tertentu, praktek pengobatan tradisional dan lain-lain ?</p> <p>III.1). Apakah determinan permintaan pelayanan dan kesehatan tertentu, praktek pengobatan dan tradisional dan lain-lain?</p> <p>2). Apakah determinan respon penyedia (provider) atas permintaan konsumen untuk pelayanan kesehatan dan faktor ketersediaan pelayanan?</p> <p>3). Bagaimanakah permintaan dan utilisasi pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh sistem pembiayaan kesehatan ?</p>	<p>konsep ability dan willingness to –pay</p> <p>III. Teori rumah tangga , individu dan supplier induced bahaviour, derivasi dan penjelasan demand schedules ; determinan demand, harga, pendapatan dan cross elasticity ; time costs.</p>
<p>IV. Analisis Penawaran (sumber daya fisik dan</p>	<p>IV.1). Apakah determinan cost behaviour dari organisasi dan agen-</p>	<p>IV. Fungsi produksi dan substitusi antar input.</p>

Beberapa Masalah Kesahatan	Beberapa Pertanyaan Mendasar	Relevansi Aspek Ekonomi
biaya-biaya)	agen kesehatan? 2). Bagaimana dan kenapa biaya bervariasi atas perubahan skala, lokasi atau jenis pelayanan kesehatan yang tersedia? 3). Bagaimana kombinasi sumber daya yang akan memproduksi layanan kesehatan ?	Estimasi kurva biaya jangka pendek dan jangka panjang, biaya rata-rata dan biaya marginal, biaya sosial dan biaya private : Determinan variasi (biaya antara rumah sakit dan layanan kesehatan lain(case-mix quality factors) ; skala ekonomi.
V. Tenaga kerja kesehatan (SDM : ketersediaan. Motivasi dan balas jasa)	V. 1). Apakah determinan penawaran dan distribusi tiap jenis SDM ? 2). Apakah balas jasa dan determinan yang mempengaruhi rekrutment yang mempengaruhi sumber daya manusia kesehatan ? 3). Bagaimana produktivitas setiap	V. Pasar tenaga kerja dan permintaan –penawaran untuk tenaga kesehatan. Teori produktivitas Marginal. Determinan elastisitas ; dampak tingkat pendapatan dan insentif financial pilihan

Beberapa Masalah Kesahatan	Beberapa Pertanyaan Mendasar	Relevansi Aspek Ekonomi
	SDM dalam kaitannya dengan biaya pelatihan dan tingkat balas jasa ?	untuk leisure ; praktek dokter; the brain drain

Sumber : Kenneth Lee & Anne Mills (1984); Mills & Gilson (1990) dalam Putra (2010)

Tabel 2.1 menyajikan beberapa relevansi ekonomi dalam kajian dibidang kesehatan. Pada kolom pertama dicontohkan lima permasalahan kesehatan yang kerap disebut sebagai *health policy issues*. Para ekonom, dalam menganalisis permasalahan tersebut akan mengajukan sejumlah pertanyaan sebelum bias mengajukan alternative kebijakan. Hal ini dicontohkan pada kolom kedua yang berisi beberapa pertanyaan dasar yang berkaitan dengan permasalahan yang sedang ditanyakan pada kolom pertama. Lalu pada kolom terakhir disajikan beberapa teknik yang dapat digunakan untuk menjawab permasalahan kesehatan sebelumnya dengan pendekatan ekonomi.

Grossman (1972) dalam Henderson (2005), membangun sebuah kerangka ekonomi untuk studi mengenai permintaan pelayanan kesehatan dimana pelayanan kesehatan merupakan salah satu dari beberapa faktor yang digunakan untuk menghasilkan kesehatan yang baik. Produksi kesehatan berdasarkan pada determinan dari kesehatan, di antaranya termasuk pendapatan, kekayaan, pendidikan, genetis, dan kesehatan masyarakat. Kemampuan individu dalam mempertahankan kesehatan yang diinginkan pada tingkat tertentu berdasarkan pada berbagai macam pilihan gaya hidup yang dipilih. Adapun “faktor pengganggu” yang mempengaruhi, antara lain tembakau, alkohol, narkoba, obesitas, dan penyakit menular seksual pada kemampuan individu dalam menghasilkan kesehatan yang baik pada tingkat tertentu berdasarkan pengeluaran untuk pelayanan kesehatan. Tingkat usia masyarakat dan pengenalan teknologi baru mempengaruhi kemampuan pasar untuk mengalokasikan sumber daya dengan cara tertentu untuk memuaskan permintaan konsumen secara efektif.

Michael Grossman (1972) dalam Henderson (2005) menjelaskan bahwa permintaan akan pelayanan kesehatan diturunkan dari beberapa permintaan-permintaan fundamental untuk hidup sehat. Bentuk kerangka kerja ekonomi dalam studi formal dari permintaan pelayanan kesehatan, Grossman memberikan dua pendekatan sebagai pertimbangan. Pertimbangan pertama dipandang sebagai input dalam fungsi produksi kesehatan, sedangkan pendekatan yang kedua dipandang sebagai output yang dihasilkan oleh penyedia pelayanan kesehatan. Fungsi produksi kesehatan merupakan hubungan diantara status kesehatan dan berbagai macam faktor yang digunakan untuk menghasilkan hidup sehat seperti, pelayanan kesehatan, input lainnya, serta faktor waktu. Adapun faktor – faktor penentu dari kesehatan antara lain pendapatan, pendidikan, lingkungan, gaya hidup, dan faktor genetis.

Dengan menggunakan pendekatan pertama, pelayanan kesehatan adalah salah satu dari beberapa faktor yang dapat digunakan untuk meningkatkan status kesehatan suatu individu atau populasi. Faktor lain yang kadang lebih penting dalam memproduksi hidup sehat, termasuk di dalamnya yaitu peningkatan standar hidup, penelitian medis baik, perubahan dalam gaya hidup sehat, penurunan dalam polusi lingkungan dan nutrisi lebih baik. Selanjutnya, proses yang mungkin dipandang sebagai studi di mana berbagai input dikombinasikan untuk memproduksi produk akhir disebut dengan pelayanan kesehatan. Input ini memasukkan penyedia jasa dokter, dokter gigi, obat-obatan, peralatan medis dan komponen lain.

2.1.5 Teori Permintaan akan Pelayanan Kesehatan

Pokok bahasan dalam ilmu ekonomi akan selalu mengarah pada *demand*, *supply* dan distribusi komoditi, dimana komoditinya adalah pelayanan kesehatan bukan kesehatan itu sendiri. Dari sudut pandang *demand*, masyarakat ingin memperbaiki status kesehatannya, sehingga mereka membutuhkan pelayanan kesehatan sebagai salah satu cara untuk mencapai status kesehatan yang lebih tinggi. Sedangkan dari sudut pandang *supply* atau produksi utama dari pelayanan kesehatan adalah kesehatan dan sekaligus menghasilkan output lainnya. Kesehatan sendiri tidak dapat diperjualbelikan, dalam pengertian bahwa kesehatan itu tidak dapat secara langsung dibeli atau dijual di pasar, kesehatan merupakan salah satu ciri komoditi. Singkatnya kesehatan tidak dapat dipertukarkan. Kesehatan hanya memiliki *value in use* dan bukannya *value in exchange* (Tjiptoherijanto, 1990).

Hubungan antara keinginan kesehatan permintaan akan pelayanan kesehatan hanya kelihatannya saja yang sederhana, namun sebenarnya sangat kompleks. Penyebab utamanya karena persoalan kesenjangan informasi. Menterjemahkan keinginan sehat menjadi konsumsi pelayanan kesehatan melibatkan berbagai informasi tentang berbagai hal, antara lain ; aspek status kesehatan saat ini, informasi status kesehatan yang lebih baik informasi tentang macam pelayanan yang tersedia, tentang kesesuaian pelayanan tersebut, dan lain sebagainya. Hal ini disebabkan karena permintaan pelayanan kesehatan mengandung masalah *uncertainty* (ketidakpastian), sakit sebagai ciri-ciri persoalan kesehatan merupakan suatu ketidakpastian. Keduanya, *imperfect*

information dan *uncertainty* merupakan karakteristik umum dari permintaan pelayanan kesehatan dan kesehatan.

Pengeluaran pelayanan kesehatan yang meningkat diperlukan solusi alternatif untuk menekan peningkatan tersebut dengan lebih memperhatikan sisi penawaran di pasar. Satu – satunya cara untuk mengendalikan laju pengeluaran yaitu dengan mengubah perilaku penyedia jasa kesehatan. Dengan mengabaikan sisi permintaan pada pasar, mengendalikan kepentingan individu merupakan kekuatan terbesar yang mampu mengendalikan pengeluaran akan pelayanan kesehatan. Pemahaman dasar sisi permintaan pada pasar merupakan langkah penting untuk menuju tanggung jawab fiskal dalam pelayanan kesehatan.

Salah satu pendekatan dari sisi permintaan yaitu memperlakukan pelayanan kesehatan seperti investasi yang lain, yang akan meningkatkan produktivitas masa depan. Termaktub dalam istilah ekonomi, pelayanan kesehatan meningkatkan *human capital* (Fuchs, 1982; Mushkin, 1962; dalam Henderson, 2005). Sumber daya digunakan untuk meningkatkan kesehatan melalui penurunan konsumsi saat ini dengan harapan konsumsi yang akan datang meningkat. Investasi dalam *human capital* dipengaruhi oleh biaya saat ini, besaran keuntungan masa depan, jangka waktu keuntungan masa depan itu direalisasikan dan preferensi individu. Ini sangat tidak relevan ketika investasi *human capital* dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan atau dikeluarkan untuk biaya pendidikan. Seseorang yang ingin berinvestasi pada pendidikan adalah orang yang sama yang ingin menghabiskan waktu dan uang untuk meningkatkan kesehatan mereka.

Faktor-faktor utama yang mempengaruhi permintaan kesehatan dapat dikategorikan sebagai faktor yang berasal dari pasien dan faktor yang berasal dari dokter. Faktor yang berasal dari pasien antara lain status kesehatan, karakteristik demografi dan kemampuan ekonomi. Dokter dapat mempengaruhi permintaan melalui posisi mereka sebagai penyedia pelayanan kesehatan dan penehat/konsultan (agen) kepada pasien mereka. Dokter memiliki posisi yang unik menciptakan permintaan dari jasa pelayanan mereka sendiri karena dokter berlaku juga sebagai agen (Henderson, 2005).

2.1.6 Kualitas Layanan

Goetsch dan Davis dalam Tjiptono (2006) membuat definisi mengenai kualitas. Definisi tersebut adalah kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

Ada delapan dimensi kualitas yang dikembangkan Garvin dan dapat digunakan sebagai kerangka perencanaan strategis dan analisis, terutama untuk produk. Dimensi-dimensi tersebut adalah (Tjiptono, 2006) :

- a. Kinerja (performance) karakteristik operasi pokok dari produk inti.
- b. Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (features), yaitu karakteristik sekunder atau pelengkap.
- c. Keandalan (reliability), yaitu kemungkinan kecil akan mengalami kerusakan atau gagal dipakai.

- d. Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to specifications*), yaitu sejauh mana karakteristik desain dan operasi memenuhi standar-standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
- e. Daya tahan (*durability*), berkaitan dengan berapa lama produk tersebut dapat terus digunakan.
- f. *Service ability*, meliputi kecepatan, kompetensi, kenyamanan, mudah direparasi, penanganan keluhan yang memuaskan.
- g. Estetika, yaitu daya tarik produk terhadap panca indera.
- h. Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), yaitu citra dan reputasi produk serta tanggung jawab perusahaan terhadapnya.

Zeithaml, Berry, dan Parasuraman (1990) berhasil mengidentifikasi lima kelompok karakteristik yang digunakan oleh para pelanggan dalam mengevaluasi kualitas jasa yaitu:

- a. Bukti fisik (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi.
- b. Keandalan (*reliability*), yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan.
- c. Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
- d. Jaminan (*assurance*), mencakup kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keraguan.

- e. Empati, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, dan memahami kebutuhan para pelanggan.

2.2 Penelitian Terdahulu

Untuk menunjang penelitian ini, telah dilakukan beberapa penelitian terdahulu yang berkaitan dengan permintaan akan pelayanan kesehatan. Penelitian yang sudah dilakukan di Indonesia diantaranya I Dewa Gede Karma (2003) melakukan penelitian dengan judul Studi Determinan Permintaan Pelayanan Kesehatan di Indonesia (Studi Kasus: SUSENAS 1998). Penelitian ini menyimpulkan bahwa faktor – faktor sosial demografis dan ekonomis yaitu jenis kelamin (gender), daerah tempat tinggal, umur, pendidikan, pengeluaran per kapita, dan harga kunjungan pelayanan kesehatan terbukti mempengaruhi permintaan delapan pelayanan kesehatan dengan tingkat determinasi yang berbeda-beda. Adapun Joko Mariyono, dkk (2005) melakukan studi dengan judul Ketimpangan Jender dalam Akses Pelayanan Kesehatan Rumah Tangga Petani Pedesaan: Kasus Dua desa di Kabupaten Tegal, Jawa Tengah. Penelitian Joko Mariyono, dkk menemukan bahwa ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara kaum wanita dan pria cukup kecil, bahkan kaum wanita mendapatkan proporsi yang lebih besar.

Deolihar (1992) dalam penelitiannya dengan judul *Intrahouse Hold Allocation of Health Inputs and Distribution of Health Outcomes Among Indonesian Children in RS Mc Namara Fellowship Program*”, menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan

pada anak-anak, yaitu faktor umur, pendidikan orang tua (ayah dan ibu), urutan anak dalam keluarga, ada tidaknya akte kelahiran, jumlah anggota keluarga, serta akses menuju pelayanan kesehatan.

Dengan judul faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan oleh Rumah Tangga Peserta Jamsostek di Kota Semarang, Emy Poerbandari (2003) melakukan penelitian tentang faktor yang mempengaruhi penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan oleh rumah tangga peserta Jamsostek di Kota Semarang. Dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dan analisis regresi. Model regresi dengan variabel independen tingkat pendidikan, jumlah anggota keluarga inti, pendapatan, jumlah anak usia rawan, biaya kunjungan, kualitas pelayanan dan lingkungan kerja dipakai untuk menduga variabel dependen intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel jumlah anggota keluarga inti, jumlah anak usia rawan, dan kualitas pelayanan mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan.

Sugiarti (2005) melakukan penelitian dengan judul Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Intensitas Penggunaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pada Karyawan Pabrik Rokok Kudus, di mana dalam penelitian tersebut diketahui bahwa variabel pendapatan, lokasi dan kualitas pelayanan kesehatan mempengaruhi intensitas penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan sedangkan variabel tingkat pendidikan, jumlah keluarga, biaya dan resiko lingkungan kerja tidak mampu mempengaruhi permintaan penggunaan jaminan pemeliharaan kesehatan. Sri Retno Miranti (2009) dalam penelitiannya juga menyebutkan

bahwa penggunaan layanan kesehatan di kota Semarang dipengaruhi oleh beberapa faktor yang menentukan yaitu pendapatan, biaya kunjungan layanan kesehatan, jarak tempat tinggal dengan sarana kesehatan.

Posisi penelitian yang akan dilakukan berusaha menganalisis penggunaan layanan kesehatan oleh Puskesmas dalam lingkup Kota Semarang. Layanan kesehatan yang difokuskan adalah pelayanan kesehatan di Puskesmas Halmahera. Sehingga bisa dijelaskan bahwa kontribusi dari penelitian ini bisa dijadikan bahan pertimbangan pemerintah setempat dalam merumuskan alternatif kebijakan yang berkaitan dengan penggunaan layanan kesehatan secara khusus di Puskesmas. Adapun ringkasan penelitian terdahulu adalah sebagai berikut :

Adapun penelitian terdahulu yang berkaitan dengan permintaan dan Puskesmas antara lain:

1. Dalam penelitian terdahulu oleh Irma Afia Salma dan Indah Susilowati (2004) yang meneliti tentang Analisis Permintaan Obyek Wisata Alam Curug Sewu Kabupaten Kendal dengan pendekatan *travel cost*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengukur nilai ekonomi yang diperoleh dari pengunjung wisata alam Curug Sewu Kabupaten Kendal dengan menggunakan metode biaya perjalanan individu (*individual travel cost method*). Alat analisis yang digunakan adalah regresi linear berganda dengan jumlah kunjungan individu sebagai variabel dependen dan enam variabel sebagai variabel independen yaitu variabel *travel cost* ke Curug Sewu (meliputi biaya transportasi pulang pergi, biaya konsumsi, biaya tiket masuk, biaya parkir, biaya dokumentasi, dan biaya lain-lain) (Rp),

variabel biaya ke obyek wisata lain (Rp), variabel umur (tahun), variabel pendidikan (tahun), variabel penghasilan (Rp) dan variabel jarak (km). Dari penelitian tersebut diperoleh nilai ekonomi Curug Sewu yaitu nilai surplus konsumen yang diperoleh sebesar Rp. 896.734,9 per individu per tahun atau Rp.224.198,7 per individu per satu kali kunjungan, sehingga dihitung total nilai ekonomi wisata alam Curug Sewu sebesar Rp. 12.377.025.750,00 dari hasil uji signifikansi diperoleh bahwa hanya dua variabel yang signifikan secara statistik yaitu variabel travel cost ke Curug Sewu dan variabel jarak, sedangkan variabel-variabel independen yang lain tidak mempengaruhi secara signifikan terhadap jumlah kunjungan obyek wisata alam Curug Sewu Kendal.

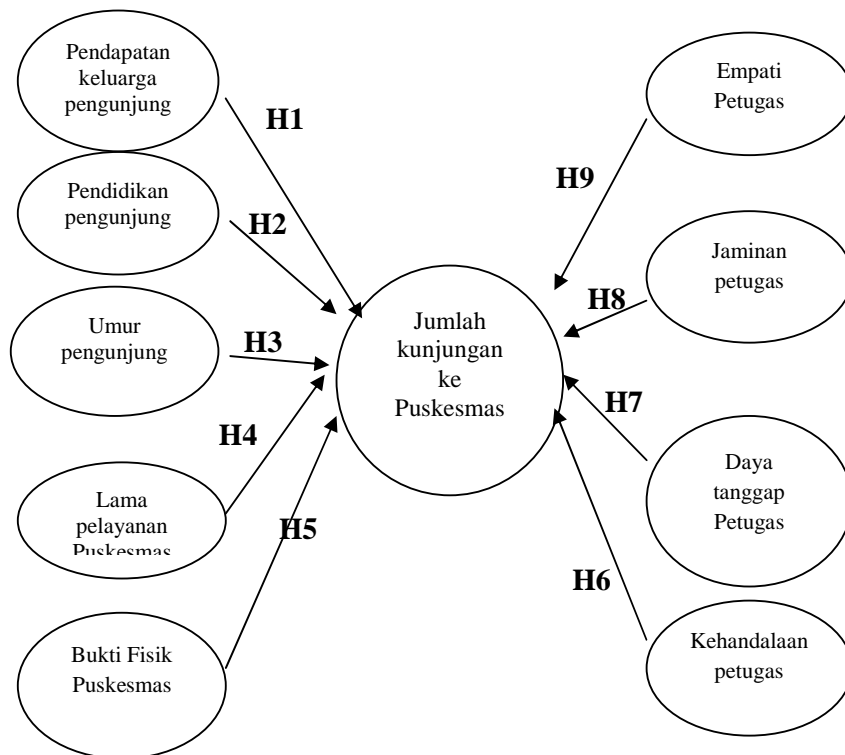
2. Penelitian yang dilakukan oleh Nuraini (2009) dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas P2TB paru Puskesmas dalam implementasi strategi dots di Kota Semarang tahun 2009. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas P2TB Paru Puskesmas dalam implementasi strategi DOTS di Kota Semarang tahun 2009. Jenis penelitian menggunakan jenis penelitian explanatory research dengan metode survey dan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah semua petugas P2TB Paru di Kota Semarang yang berjumlah 79 orang. Sampel yang digunakan adalah simple random sampling diperoleh 44 responden. Analisis data menggunakan korelasi Rank Spearman dengan taraf signifikansi 95 %. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sikap ($p=0,002$) dan motivasi

($p=0,049$) memiliki hubungan dengan kinerja petugas. Sedangkan pengetahuan ($p=0,297$), persepsi beban kerja ($p=0,091$), insentif ($p=0,426$), sarana ($p=0,129$) dan supervisi ($p=0,111$) tidak berhubungan dengan kinerja petugas.

2.3 Kerangka Pemikiran Teoritis

Dengan berdasarkan pada landasan teori dan penelitian terdahulu yang seperti dijelaskan di atas, maka kerangka pemikiran teoritis penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.1
Kerangka Pemikiran Teoritis



Sumber : Zeithaml, Berry, dan Parasuraman (1990), dimodifikasi peneliti

2.4 Hipotesis

Hipotesis adalah pendapat sementara dan pedoman serta arah dalam penelitian yang disusun berdasarkan pada teori yang terkait, dimana suatu hipotesis selalu dirumuskan dalam bentuk pernyataan yang menghubungkan dua variabel atau lebih (J. Supranto, 2001). Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H₁ : Pendapatan keluarga pengunjung berpengaruh positif terhadap Jumlah kunjungan ke Puskesmas (Puskesmas Halmahera) di Kabupaten Semarang.

H₂ : Tingkat pendidikan berpengaruh positif terhadap Jumlah kunjungan ke Puskesmas (Puskesmas Halmahera) di Kota Semarang.

H₃ : Umur pengunjung berpengaruh positif terhadap Jumlah kunjungan ke Puskesmas (Puskesmas Halmahera) di Kota Semarang.

H₄ : Waktu pelayanan berpengaruh negatif terhadap Jumlah kunjungan ke Puskesmas (Puskesmas Halmahera) di Kota Semarang.

H₅ : Bukti fisik Puskesmas berpengaruh positif terhadap Jumlah kunjungan ke Puskesmas (Puskesmas Halmahera) di Kota Semarang.

H₆ : Kehandalan Puskemas berpengaruh positif terhadap Jumlah kunjungan ke Puskesmas (Puskesmas Halmahera) di Kota Semarang.

H₇ : Daya tanggap Puskesmas berpengaruh positif terhadap Jumlah kunjungan ke Puskesmas (Puskesmas Halmahera) di Kota Semarang.

H₈ : Jaminan Puskesmas berpengaruh positif terhadap Jumlah kunjungan ke Puskesmas (Puskesmas Halmahera) di Kota Semarang.

H₉ : Empati Puskesmas berpengaruh positif terhadap Jumlah kunjungan ke Puskesmas (Puskesmas Halmahera) di Kota Semarang.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.1.1 Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari variabel terikat dan variabel bebas. Variabel terikat adalah tipe variabel yang dijelaskan atau dipengaruhi oleh variabel bebas, sedangkan variabel bebas adalah tipe variabel yang menjelaskan atau mempengaruhi variabel yang lain (Nur Indriantoro dan Bambang Supomo, 1999). Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah jumlah kunjungan ke Puskesmas, sedangkan variabel bebasnya adalah variabel biaya pengobatan di Puskesmas, variabel lamanya pelayanan, variabel umur pengunjung, variabel pendidikan para pengunjung, variabel pendapatan per bulan para pengunjung dan variabel jarak.

3.1.2 Definisi Operasional

Definisi operasional menjelaskan cara tertentu yang digunakan oleh peneliti dalam mengukur suatu variabel yang akan digunakan. Terdapat tujuh variabel yang digunakan dalam analisis penelitian ini.

Definisi operasional variabel–variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Jumlah kunjungan ke Puskesmas (JKP₁)

Banyaknya kunjungan yang dilakukan oleh individu/pasien selama satu tahun terakhir ke Puskesmas. Pengukuran didasarkan pada frekuensi kekerapan.

2. Pendapatan rata-rata per bulan pasien ($Pdpt_i$)

Penghasilan rata-rata per bulan pasien yang berobat di Puskesmas. Penghasilan tidak hanya yang bersumber dari pekerjaan utama, namun total penghasilan keseluruhan yang diterima oleh pasien. Sedangkan untuk pasien yang belum atau tidak bekerja, penghasilan merupakan pendapatan yang diperoleh keluarga tiap bulan. Variabel ini diukur dengan menggunakan skala kontinyu dalam satuan rupiah.

3. Umur (Um_i)

Umur pasien yang berobat di Puskesmas. Variabel umur diukur dengan menggunakan skala kontinyu dalam satuan tahun.

4. Pendidikan Pasien (Pdk_i)

Tingkat pendidikan yang sedang atau telah ditempuh pasien yang berobat di Puskesmas, diukur dengan menggunakan skala kontinyu dalam satuan tahun.

5. Waktu pelayanan (Wk_i)

Waktu pelayanan Puskesmas dari mulai mengambil tiket sampai selesai mengambil obat dengan menggunakan skala kontinyu dalam satuan menit

6. Bukti Fisik (*Tangible*),

Menurut Tjiptono (2006), dalam buku (Manajemen Jasa edisi keempat) menyatakan bahwa bukti Fisik (*Tangible*) merupakan penampilan fisik

seperti bangunan fisik, kelengkapan fasilitas, kebersihan ruangan, dan penampilan pegawai di Puskesmas yang dapat dilihat langsung oleh pasien, meliputi :

- a) peralatan kedokteran yang dimiliki Puskesmas adalah penilaian pasien terhadap kelengkapan/peralatan yang dimiliki rumah sakit dilihat dari teknologi yang digunakan dalam melakukan pelayanan
- b) penampilan fasilitas fisik (bangunan) Puskesmas adalah penilaian pasien terhadap tempat aktivitas sehari-hari bagi puskesmas.
- c) penampilan staf dalam Puskesmas adalah penilaian pasien terhadap penampilan staf Puskesmas.
- d) kesesuaian peralatan yang dimiliki rumah dengan pelayanan yang diberikan adalah penilaian pasien terhadap kelengkapan/peralatan yang dimiliki puskesmas dilihat dari fasilitas penunjang, alat-alat pendukung dan jasa implisit bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan.

7. Keandalan (*Reliability*),

Menurut Tjiptono (2006), dalam buku (Manajemen Jasa edisi keempat) menyatakan bahwa keandalan (*reliability*) merupakan kemampuan staf puskesmas untuk melaksanakan janji dengan terpercaya dan akurat meliputi hal-hal berikut.

- a) Kesesuaian pelayanan pada Puskesmas dengan pelayanan yang dijanjikan/diinformasikan adalah penilaian pasien terhadap kesesuaian atas pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan.

- b) Kepedulian Puskesmas dalam menangani pasien adalah penilaian pasien terhadap perhatian Puskesmas terhadap pasien.
- c) Keandalan pelayanan yang diberikan Puskesmas adalah penilaian pasien terhadap kemampuan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- d) Kesesuaian pelayanan Puskesmas dengan waktu yang diinformasikan adalah penilaian pasien terhadap ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan.
- e) Kemampuan Puskesmas dalam melakukan administrasi/pencatatan adalah penilaian pasien terhadap ketepatan staf Puskesmas dalam hal administrasi/pencatatan.

8. Daya Tanggap (*Responsiveness*),

Menurut Tjiptono (2006), dalam buku (Manajemen Jasa edisi keempat) menyatakan bahwa daya tanggap (*responsiveness*) merupakan keinginan para staf untuk membantu pasien dan memberikan pelayanan dengan tanggap meliputi hal-hal berikut ini :

- a) Kepastian Puskesmas dalam memberikan informasi waktu pelayanan adalah penilaian pasien terhadap kemampuan Puskesmas dalam memberikan informasi waktu pelayanan secara pasti.
- b) Kemampuan staf Puskesmas dalam memberikan pelayanan yang tepat dan cepat bagi pasien yang membutuhkan pelayanan adalah penilaian pasien terhadap kemampuan staf Puskesmas dalam memberikan pelayanan yang tepat dan cepat.

- c) Kesiapan staf Puskesmas untuk membantu pasien yang membutuhkan bantuannya adalah penilaian pasien terhadap kesiapan staf Puskesmas dalam memberikan pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien.
- d) Kesiediaan staf Puskesmas dalam menanggapi permintaan konsumen adalah penilaian pasien terhadap kesiediaan dari staf Puskesmas dalam menanggapi permintaan dari pasien.

9. Jaminan (*Assurance*),

Menurut Tjiptono (2006), dalam buku (Manajemen Jasa edisi keempat) menyatakan bahwa jaminan (*assurance*) merupakan mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf; bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan meliputi hal-hal berikut ini.

- a) Keandalan staf Puskesmas dalam memberikan pelayanan adalah penilaian pasien terhadap kemampuan staf Puskesmas dalam memberikan pelayanan.
- b) Rasa aman yang diberikan pada saat mendapat pelayanan dari staf Puskesmas adalah penilaian pasien terhadap rasa aman yang diberikan staf Puskesmas dalam memberikan layanan.
- c) Keramahan dan sopan santun staf Puskesmas dalam memberikan pelayanan adalah penilaian pasien terhadap kesabaran dan keramahan staf Puskesmas dalam memberikan layanan.

10. Empati (*Empathy*),

Menurut Tjiptono (2006), dalam buku (Manajemen Jasa edisi keempat) menyatakan bahwa empati (*empathy*) merupakan kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pasien. meliputi hal-hal berikut ini :

- a) Perhatian personal oleh staf Puskesmas terhadap pasien adalah penilaian pasien terhadap perhatian yang diberikan oleh staf Puskesmas.
- b) Kepedulian staf Puskesmas terhadap kebutuhan pasien adalah penilaian pasien terhadap kepedulian yang diberikan oleh staf Puskesmas terhadap kebutuhan pasien.
- c) Pemahaman staf Puskesmas atas kebutuhan pasien adalah penilaian pasien terhadap pemahaman dari staf Puskesmas akan kebutuhan/perasaan pasien.
- d) Kemampuan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada pasien adalah penilaian pasien terhadap kesungguhan yang diberikan oleh Puskesmas terhadap kepentingan pasien.
- e) Kesesuaian waktu pelayanan pada Puskesmas untuk semua pelayanan yang diberikan adalah penilaian pasien terhadap kecocokan waktu pelayanan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas.

3.2 Populasi dan Sampel

3.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang berobat di Puskesmas di Kota Semarang dengan jumlah yang tidak diketahui secara pasti.

3.2.2 Sampel

Metode sampling yang digunakan adalah *Quoted Accidental Sampling*, yaitu suatu cara pengambilan sampel yang dilakukan secara acak (ditujukan kepada siapa saja yang ditemui di lokasi) namun dibatasi jumlahnya. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 70 responden di Puskesmas Halmahera dan Puskesmas Pegandan. Jumlah responden sebanyak 70 responden digunakan untuk memenuhi analisis yaitu penggunaan sampel terkecil (minimal 30 responden) dan penyebarannya yaitu 35 responden di Puskesmas Halmahera dan 35 responden di Puskesmas Pegandan. Pengambilan Puskesmas Halmahera dan Puskesmas Pegandan dianggap mewakili karena sifat pelayanan yang diberikan Puskesmas cenderung homogen. Puskesmas Halmahera mewakili puskesmas yang mempunyai unit rawat inap dan Puskesmas Pegandan mewakili puskesmas yang tidak mempunyai unit rawat inap.

3.3 Jenis dan Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan pengelompokannya terbagi atas dua jenis, yaitu :

- Data Primer

Merupakan sumber data penelitian yang secara langsung dari sumber asli atau tidak melalui perantara. Data primer secara khusus dikumpulkan oleh peneliti untuk menjawab pertanyaan penelitian (Nur Indriantoro dan Bambang Supomo, 1999). Penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh dari hasil wawancara dan pengisian kuesioner oleh responden yang berobat di Puskesmas.

- Data Sekunder

Merupakan data yang sudah dipublikasikan, namun tidak khusus diarahkan untuk memenuhi kebutuhan pekerjaan yang sedang ditangani (Sri Mulyono, 2006). Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini diambil dari Dinas Kesehatan Kota Semarang, internet, serta berbagai literatur baik buku maupun jurnal-jurnal yang relevan.

3.4 Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data primer adalah metode wawancara dengan menggunakan kuesioner, yaitu suatu pengumpulan data melalui tanya jawab lisan antara penanya (*interviewer*) dan responden sesuai dengan pertanyaan-pertanyaan yang telah disiapkan. Daftar pertanyaan tersebut dapat bersifat terbuka jika jawaban tidak ditentukan sebelumnya dan bersifat tertutup jika alternatif-alternatif jawaban telah disediakan. Selain menggunakan metode wawancara, digunakan metode observasi untuk memperoleh fakta-fakta berdasarkan pengamatan peneliti. Alat-alat yang digunakan dalam observasi antara lain kamera, peta lokasi serta izin penelitian.

Untuk memperoleh data sekunder, metode yang digunakan yaitu metode dokumentasi. Dalam metode dokumentasi dipakai data-data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang, literature bak jurnal maupun buku serta media internet.

3.5 Metode Analisis Data

3.5.1 Model Regresi

Analisis regresi merupakan suatu metode yang digunakan untuk menganalisa hubungan antar variabel. Hubungan tersebut dapat diekspresikan dalam bentuk persamaan yang menghubungkan variabel terikat Y dengan satu atau lebih variabel bebas X_1, X_2, \dots, X_n . Dalam analisis regresi pola hubungan antar variabel diekspresikan dalam sebuah persamaan regresi yang diduga berdasar data sampel.

Penelitian ini menggunakan metode analisis regresi berganda, dengan pendekatan *Ordinary Least Squares (OLS)*. Metode *Ordinary Least Squares* pertama kali diperkenalkan oleh Carl Friedrich Gauss, seorang ahli matematika berkebangsaan Jerman (Sri Mulyono, 2000). Dalam OLS, terdapat sepuluh asumsi yang harus dipenuhi, yang dikenal dengan asumsi klasik. Asumsi-asumsi ini meliputi:

1. *Linear Regression Model*, yang berarti model harus linier dalam parameter.
2. Nilai X (variabel bebas) adalah tetap (*nonstochastic*).
3. Nilai rata-rata e_i (*error term*) adalah nol (0).
4. Homoskedastisitas, yaitu varians masing-masing e_i (*error term*) adalah sama (konstan) untuk setiap X .

5. Tidak ada autokorelasi antar e_i (*error term*).
6. Tidak ada *covarians* antara e_i (*error term*) dan X (variabel bebas).
7. Jumlah observasi (n) harus lebih besar dari pada jumlah parameter untuk diestimasi.
8. Variabilitas dalam nilai X (variabel bebas).
9. Model regresi tidak bias atau *error*.
10. Tidak terdapat multikolinearitas yang sempurna.

$$JKP_i = f(Pdpt_i, Um_i, Pdk_i, Wk_i, Bkt_i, Khd_i, Dyt_i, Jmn_i, Emp_i) \dots \dots \dots (3.1)$$

Dari formulasi diatas, model untuk analisis regresi dengan menggunakan pendekatan OLS adalah sebagai berikut:

$$JKP_i = \beta_0 + \beta_1 Pdpt_i + \beta_2 Um_i + \beta_3 Pdk_i + \beta_4 Wk_i + \beta_5 Bkt_i + \beta_6 Khd_i + \beta_7 Dyt_i + \beta_8 Jmn_i + \beta_9 Emp_i + \varepsilon_i \dots \dots \dots (3.2)$$

Karena terdapat perbedaan dalam satuan dan besaran variabel bebas maka persamaan regresi harus dibuat model logaritma natural. Alasan pemilihan model logaritma natural (Imam Ghozali. 2005) adalah sebagai berikut :

1. Menghindari adanya heteroskedastisitas
2. Mengetahui koefisien yang menunjukkan elastisitas
3. Mendekatkan skala data

Berkaitan dengan hal tersebut maka model penelitian dengan menggunakan logaritma parsial adalah sebagai berikut :

$$JKP_i = \beta_0 + \beta_1 \log Pdpt_i + \beta_2 \log Um_i + \beta_3 Pdk_i + \beta_4 \log Wk_i + \beta_5 Bkt_i + \beta_6 Khd_i + \beta_7 Dyt_i + \beta_8 Jmn_i + \beta_9 Emp_i + \varepsilon_i \dots \dots \dots (3.3)$$

Keterangan :

- JKP_i = Jumlah kunjungan ke Puskesmas
- Pdpt_i = Penghasilan rata – rata per bulan pasien
- Um_i = Umur pasien
- Pdk_i = Pendidikan yang sedang ditempuh para pasien
- Wk_i = Waktu pelayanan Puskesmas
- Bkt_i = Bukti fisik
- Khd_i = Kehandalan
- Dyt_i = Daya tanggap
- Jmn_i = Jaminan
- Emp_i = Empati
- $\beta_0 - \beta_9$ = Koefisien parameter
- ε_i = *Error term*

Alasan pemilihan model logaritma parsial dalam persamaan ini adalah menghindari adanya heteroskedastisitas, mengetahui koefisien yang menunjukkan elastisitas, dan mendekati skala data. (Imam Ghozali. 2005).

3.5.2 Uji Asumsi Klasik

3.5.2.1 Uji Multikolinearitas

Pada mulanya multikolinearitas berarti adanya hubungan linear (korelasi) yang sempurna atau pasti, diantara beberapa atau semua variabel yang menjelaskan dari model regresi. Tepatnya istilah multikolinearitas berkenaan dengan terdapatnya lebih dari satu hubungan linear pasti dan istilah kolinearitas berkenaan dengan terdapatnya satu hubungan linear. Tetapi perbedaan ini jarang

diperhatikan dalam praktek, dan multikolinearitas berkenaan dengan kedua kasus tadi (Gujarati, 2003). Multikolinearitas dalam penelitian dideteksi dengan melihat:

- (1) Nilai *Condition Index* dari proses *Collinierity Index*, dimana digunakan pedoman bahwa *Condition Index* > 30 mengindikasikan adanya masalah multikolinearitas.
- (2) Matriks koefisien korelasi antara masing-masing variabel bebas. Kaidah yang digunakan adalah apabila koefisien korelasi antara dua variabel bebas lebih besar dari 0,9 maka kolinearitas berganda merupakan masalah yang serius. Namun korelasi pasangan ini tidak memberikan informasi yang lebih dalam untuk hubungan yang rumit antara tiga atau lebih peubah.

3.5.2.2 Uji Autokorelasi

Autokorelasi adalah keadaan dimana variabel gangguan pada periode tertentu berkorelasi dengan variabel yang pada periode lain, dengan kata lain variabel gangguan tidak random. Faktor-faktor yang menyebabkan autokorelasi antara lain kesalahan dalam menentukan model, penggunaan lag pada model, memasukkan variabel yang penting. Akibat dari adanya autokorelasi adalah parameter yang diestimasi menjadi bias dan variannya minimum, sehingga tidak efisien. (Gujarati, 2003).

Dalam penelitian ini digunakan uji Durbin-Watson untuk mendeteksi ada atau tidaknya autokorelasi. Uji Durbin-Watson digunakan untuk autokorelasi tingkat satu (*first order autocorrelation*) dan dengan syarat adanya *intercept*

(konstanta) dalam model regresi serta tidak ada variabel *lag* diantara variabel bebas. Atau bisa juga dilihat dengan menggunakan *Serial Corellation LM Test* yang tersedia pada program *SPSS 11.5*. Dengan melihat nilai F dan *obs*R-squared* dapat diketahui ada tidaknya autokorelasi. Jika nilai probability dari *obs*R-squared* melebihi tingkat keberartian maka H_0 diterima dan berarti tidak ada masalah serius dengan autokorelasi.

3.5.2.3 Uji Heteroskedastisitas

Uji ini bertujuan untuk menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan varian dari residual suatu pengamatan ke pengamatan yang lain. Heteroskedastisitas terjadi apabila variabel gangguan tidak mempunyai varian yang sama untuk semua observasi. Akibat adanya heteroskedastisitas, penaksir OLS tidak bias tetapi tidak efisien (Gujarati, 2003). Cara untuk mendeteksi ada atau tidaknya heteroskedastisitas dapat dilakukan dengan menggunakan *white heteroscedasticity-consistent standart errors and covariance* yang tersedia dalam program *SPSS 11.5* Uji ini diterapkan pada hasil regresi dengan menggunakan prosedur equations dan metode OLS untuk masing-masing perilaku dalam persamaan simultan. Hasil yang perlu diperhatikan dari uji ini adalah nilai F dan *Obs*Rsquared*, secara khusus adalah nilai probability dari *Obs*Rsquared*. Dengan uji *White*, dibandingkan *Obs*Rsquared* dengan χ (*chi-squared*) tabel. Jika nilai *Obs*Rsquared* lebih kecil dari pada χ tabel maka tidak ada heteroskedastisitas pada model.

3.5.2.4 Uji Signifikansi Individu (Uji t)

Uji t dilakukan untuk melihat signifikansi dari pengaruh variabel bebas secara individual terhadap variabel terikat dengan menganggap variabel bebas lainnya adalah konstan. Uji t menggunakan hipotesis sebagai berikut (Gujarati, 2003)

$$H_0 : b_i = b \dots\dots\dots (3.4)$$

$$H_1 : b_i \neq b \dots\dots\dots (3.5)$$

Dimana b_i adalah koefisien variabel independen ke- i sebagai nilai parameter hipotesis. Nilai b biasanya dianggap nol, artinya tidak ada pengaruh variabel X_i terhadap Y . Bila nilai t hitung lebih besar dari t tabel maka t hitung diterima sementara H_0 ditolak. Hal ini berarti bahwa variabel bebas yang diuji berpengaruh secara signifikan terhadap variabel terikat. Nilai t hitung dirumuskan dengan :

$$t_{hitung} = \frac{(b_i - b)}{S_b} \dots\dots\dots (3.6)$$

Dimana : b_i : Koefisien bebas ke- i

b : Nilai hipotesis nol

S_b : Simpangan baku (standar deviasi) dari variabel bebas ke- i

3.5.2.5 Uji Signifikansi Simultan (Uji F)

Uji F dilakukan untuk melihat pengaruh dari variabel bebas terhadap variabel terikat secara keseluruhan.

Hipotesis yang digunakan dalam uji F adalah:

$$H_0 : b_1 = \dots = b_k = 0 \text{ (tidak ada pengaruh) } \dots\dots\dots (3.7)$$

$$H_1 : b_i \neq 0 \text{ (ada pengaruh) untuk } i = 1 \dots k \dots\dots\dots (3.8)$$

Pengujian ini dilakukan dengan membandingkan nilai F hitung dengan nilai F tabel. Jika nilai F hitung lebih besar dari nilai F tabel, maka H_0 ditolak, artinya variabel bebas secara bersama-sama mempengaruhi variabel terikat. Menurut Gujarati (2003) nilai F dirumuskan dengan:

$$F = \frac{R^2/(k-1)}{(1-R^2)/(n-k)} \dots\dots\dots(3.9)$$

Dimana: R^2 : Koefisien determinasi
 k : Jumlah variabel independen
 n : Jumlah sampel

3.5.2.6 Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien Determinasi (R^2) digunakan untuk mengukur kebenaran model analisis regresi. Dimana apabila nilai R^2 mendekati 1 maka ada hubungan yang kuat dan erat antara variabel terikat dan variabel bebas dan penggunaan model tersebut dibenarkan. Sedangkan menurut Gujarati (2003) koefisien determinasi adalah untuk mengetahui seberapa besar persentase sumbangan variabel bebas terhadap variabel terikat yang dapat dinyatakan dalam persentase. Namun tidak dapat dipungkiri ada kalanya dalam penggunaan koefisien determinasi (R^2) terjadi bias terhadap satu variabel bebas yang dimasukkan dalam model. Sebagai ukuran kesesuaian garis regresi dengan sebaran data, R^2 menghadapi masalah karena

tidak memperhitungkan derajat bebas. Sebagai alternatif digunakan *corrected* atau *adjusted R²* yang dirumuskan:

$$AdjR^2 = 1 - (1 - R^2) \left(\frac{(n-1)}{n-k} \right) \dots\dots\dots(3.10)$$

dimana: R^2 : Koefisien determinasi
 k : Jumlah variabel independen
 n : Jumlah sampel

sehingga dalam analisis penelitian ini digunakan *adjusted R²*.