

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Undang – undang dasar 1945 menjelaskan bahwa Negara berkewajiban melayani setiap warga negara dan penduduk untuk memenuhi hak dan kebutuhan dasarnya dalam kerangka pelayanan publik. Kegiatan pelayanan publik yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik merupakan upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan, dalam pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pelayanan publik merupakan tugas utama dari pemerintah termasuk didalamnya aparaturnya sebagai abdi negara dan abdi masyarakat. Kegiatan pemberian pelayanan publik dapat diamati dari berbagai pelayanan di bidang kesehatan, pendidikan, keamanan dan ketertiban, perijinan, dsb.

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

Pelayanan kesehatan merupakan tanggungjawab pemerintah dalam upaya mencapai kesejahteraan masyarakat. Hal tersebut tercantum pada cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar

Negara Republik Indonesia tahun 1945. Berdasarkan Undang Undang Republik Indonesia pasal 36 tahun 2009 bahwa setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan, dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat.

Indikator yang dapat digunakan untuk menilai derajat kesehatan pada umumnya tercermin dalam kondisi angka kematian, angka kesakitan dan status gizi. Derajat kesehatan masyarakat digambarkan melalui Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu (AKI), angka morbiditas beberapa penyakit, dan status gizi. (Dinkes Provinsi Jateng,2015)

Kesehatan Ibu merupakan salah satu target yang termasuk dalam MDGs (Millenium Development Goals) yaitu Tujuan Pembangunan Milenium yang telah berakhir pada tahun 2015 lalu. Indonesia ikut berpartisipasi dalam MDGs, namun dalam pencapaian target MDGs untuk meningkatkan kesehatan ibu masih perlu kerja keras yang lebih untuk pencapaian yang baik, atau dengan kata lain target dalam pengurangan AKI masih belum dapat dipenuhi. Saat ini MDGs telah berakhir, sejak tahun 2013 telah di buat kerangka baru untuk menggantikan MDGs yang disebut dengan SDGs (*Sustainable Development Goals*). Target yang ditentukan oleh SDGs dalam 1,5 dekade ke depan mengenai angka kematian ibu adalah penurunan AKI sampai tinggal 70 per 100 ribu kelahiran hidup.

Angka Kematian Ibu (AKI) juga menjadi salah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal

dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup). AKI juga dapat digunakan dalam pemantauan kematian terkait dengan kehamilan. Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitivitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan. (DKK Semarang, 2016)

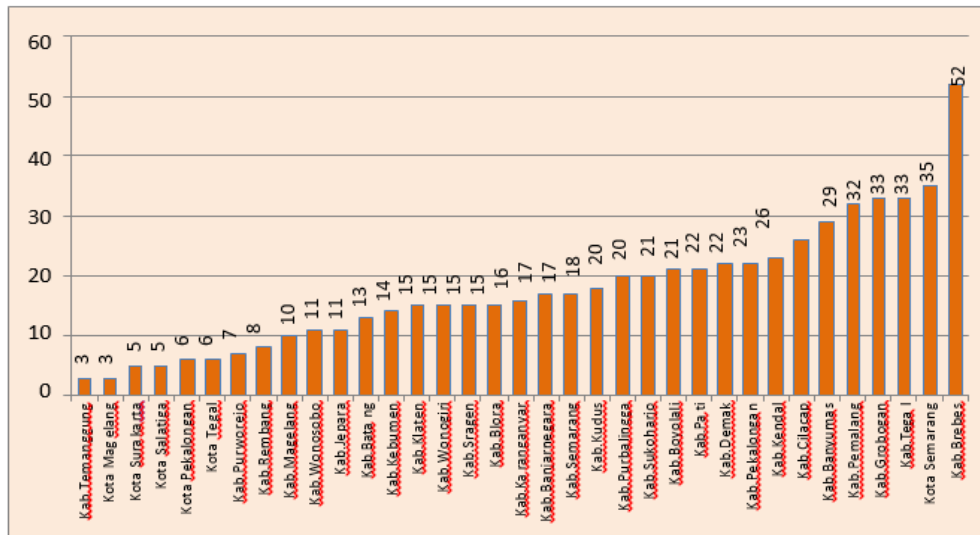
“Sejak 2007, Indonesia tercatat sebagai negara dengan angka kematianibu (AKI) tertinggi di Asia Tenggara (UNFPA, 2013) dengan 228 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Lima tahun kemudian, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (2013) menunjukkan AKI di Indonesia berada pada angka 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup.”

Sumber : <http://www.harnas.co/2015/12/19/angka-kematian-ibu-indonesia-masih-rapor-merah> diakses pada 22 Maret 2017 pukul 4.39.

Petikan berita diatas merupakan salah satu bukti bahwa di Indonesia Angka Kematian Ibu masih menjadi rapor merah yang harus ditangani oleh berbagai pihak. Salah satu daerah di Indonesia yang AKI masih tinggi ialah di Provinsi Jawa Tengah . Menurut Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada Tahun 2015 AKI di Jawa Tengah mencapai 619 kasus yang tersebar diberbagai kota dan kabupaten yang ada. Gambar 1.1 di bawah ini menunjukkan tren AKI di Provinsi Jawa Tengah menurut kabupaten dan kota .

Gambar 1.1

Grafik AKI Kabupaten dan Kota di Provinsi Jawa Tengah



Sumber : Profil Kesehatan Jawa Tengah 2015

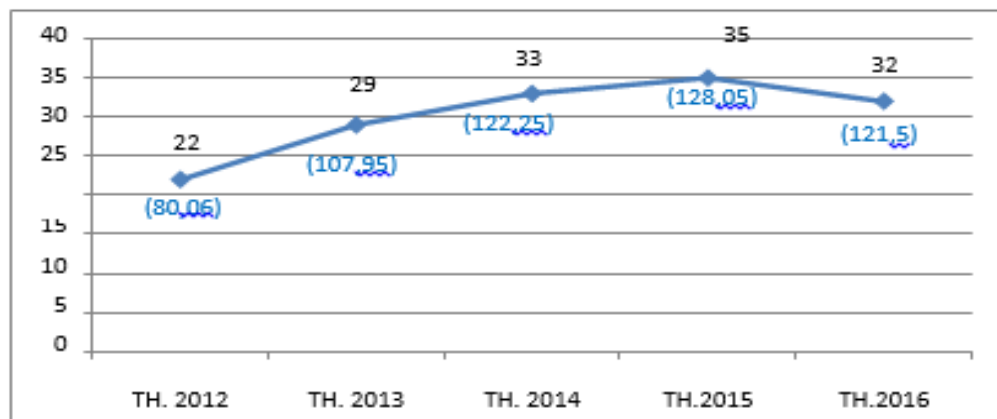
Kota Semarang merupakan Ibukota dari Provinsi Jawa Tengah, yang notabenehnya menjadi pusat pemerintahan provinsi Jawa Tengah dan seharusnya dapat menjadi contoh baik bagi daerah lainnya karena kegiatan pemerintahan maupun pelayanan lebih terpantau oleh Pemerintah Provinsi, utamanya di bidang kesehatan. Namun dibidang kesehatan daerah Ibukota provinsi Jawa Tengah ini masih memiliki AKI yang tinggi. Bahkan pada 2015 kota Semarang menempati urutan ke dua AKI tertinggi se-Jawa Tengah setelah kabupaten Brebes.

Berdasarkan laporan Puskesmas jumlah kematian ibu maternal di Kota Semarang pada tahun 2016 sebanyak 32 kasus dari 26.337 kelahiran hidup atau sekitar 121,5 per100.000 KH. Angka kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan dari tahun-tahun sebelumnya yaitu 128,05 per 100.000 KH pada tahun 2015 dan 122,25 per 100.000 KH pada tahun 2014. Jika dilihat dari jumlah kematian Ibu, juga

terdapat penurunan kasus yaitu 35 kasus 2016. Berikut grafik jumlah kematian ibu tahun 2012- 2016. (DKK Kota Semarang, 2016)

Gambar 1.2

Grafik Jumlah & Angka Kematian Ibu Maternal Kota Semarang Tahun 2012 – 2016

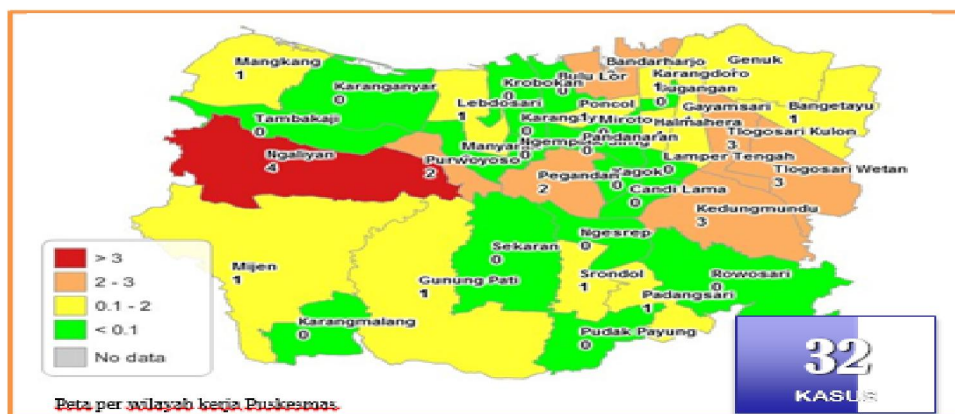


Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang 2016

Namun capaian AKI di kota Semarang pada tahun 2016 sebesar 121,5 per100.000 KH masih jauh dari tujuan SDGs dalam mengurangi AKI di Indonesia yaitu 70 Per 100.000 KH. Bahkan dengan menggunakan target MDGs yang telah berlalu pada tahun 2015, kota Semarang masih belum dapat memenuhi target sebesar 110 Per 100.000 KH.

Gambar 1.3

Peta Sebaran Kasus Kematian Ibu Tahun 2016

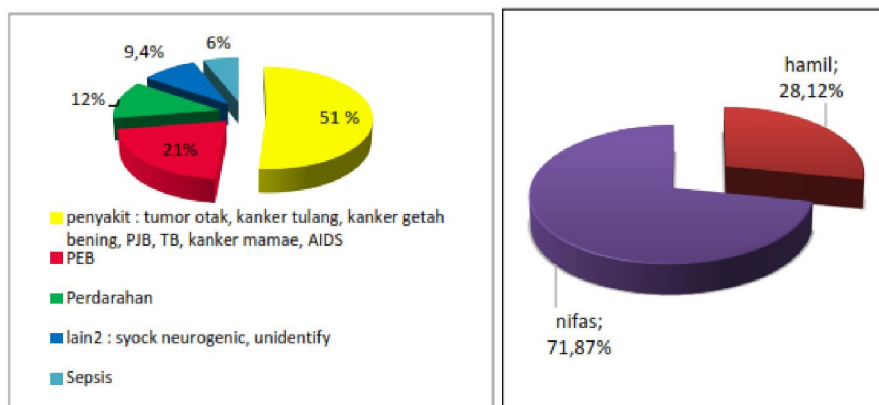


Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang

Berdasarkan gambar peta sebaran kasus kematian ibu tahun 2016 tersebut dari 32 kasus kematian daerah persebaran AKI yang tergolong merah atau tinggi di Kota Semarang adalah daerah Ngaliyan dilanjut dengan AKI sedang yaitu daerah Bandarharjo, Tlogosari Kulon, Tlogosari Wetan, Kedungmundu dan Pegandan.

Gambar 1.4

Grafik Penyebab dan Waktu kejadian Kematian Ibu Maternal



Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang 2016

Kematian ibu tertinggi adalah karena penyakit (51%), antara lain: tumor otak, kanker tulang, kanker getah bening, PJB, TB, kanker mammae dan AIDS. Penyebab lainnya adalah karena PEB (21%), perdarahan (12%), lain-lain (9,4%) dan sepsis (6%). Sebagian besar ibu yang meninggal sudah memiliki faktor risiko dengan penyakit yang dideritanya, sedangkan kondisi kehamilan akan semakin menambah berat penyakitnya. Penyebab kematian karena preeklamsi adalah 21% lalu akibat perdarahan 12%. Sedangkan kondisi saat meninggal paling banyak pada masa nifas yaitu 71,87%. (DKK Kota Semarang, 2016)

Angka Kematian Ibu (AKI) mencerminkan risiko yang dihadapi ibu-ibu selama kehamilan sampai dengan paska persalinan yang dipengaruhi oleh status gizi ibu, keadaan sosial ekonomi, keadaan kesehatan yang kurang baik menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran, tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan obstetri. Tingginya angka kematian ibu menunjukkan keadaan sosial ekonomi yang rendah dan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan obstetri yang rendah pula (Dinkes Provinsi Jateng, 2015).

Kematian ibu biasanya terjadi karena tidak mempunyai akses ke pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, terutama pelayanan kegawatdaruratan tepat waktu yang dilatarbelakangi oleh terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, serta terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan. Selain itu penyebab kematian maternal juga tidak terlepas dari kondisi ibu itu sendiri dan merupakan salah satu dari kriteria 4 “terlalu”, yaitu terlalu tua pada saat melahirkan (>35 tahun), terlalu

muda pada saat melahirkan (<20 tahun), terlalu banyak anak (>4 anak), terlalu rapat jarak kelahiran/paritas (<2 tahun).

Untuk meningkatkan keselamatan ibu dan anak perlu dikembangkan jaminan dan kualitas pelayanan kesehatan yang optimal, menyeluruh dan terpadu melalui program – program pembangunan kesehatan yang dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan ibu, bayi baru lahir, bayi, anak, remaja dan dewasa, menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Upaya tersebut perlu dukungan dari semua pihak termasuk pemerintah, swasta dan masyarakat. Sehubungan dengan hal tersebut diatas, untuk menjamin terselenggaranya pelayanan keselamatan ibu dan anak, maka dibuatlah penetapan upaya keselamatan ibu dan anak dengan Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 2 Tahun 2015 tentang keselamatan Ibu dan Anak. (DKK Semarang 2016)

Sehubungan dengan Angka Kematian Ibu di Kota Semarang yang cenderung meningkat dan perlu mendapat perhatian khusus, Pemerintah Kota Semarang melalui Dinas Kesehatan Kota Semarang berupaya dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dengan adanya pembentukan puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Dasar) dan RS PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Komprehensif) di tahun 2013 serta upaya memaksimalkan fungsi dan tugas Puskesmas PONED dan RS PONEK secara nyata dan bertahap. Selain itu juga dilakukan peningkatan jejaring rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat dasar ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dengan SIJARIEMAS. Upaya lain yang telah dilakukan adalah terbentuknya kerja sama / MOU antara RS

PONEK dengan Dinas Kesehatan dalam wadah IC PONEK, dimana RS PONEK selain sebagai tempat rujukan juga melakukan pembinaan ke Puskesmas Poned (DKK Kota Semarang, 2016). Terdapat enam Puskesmas yang telah menjalankan program Poned di Kota Semarang yaitu :

1. Puskesmas Ngesrep
2. Puskesmas Banget Ayu
3. Puskesmas Gunung Pati
4. Puskesmas Mangkang
5. Puskesmas Halmahera
6. Puskesmas Mijen

(Bagian KIA DKK Semarang, 2017)

Permasalahan seringkali terjadi pada proses pelayanan, dalam menjalankan pelaksanaan PONEK tentu terdapat beberapa masalah yang menjadi penghambat tercapainya tujuan pelayanan, seperti pendapat pegawai kesehatan di Puskesmas Halmahera mengenai masih minimnya tenaga medis dalam menangani pasien PONEK, yang penulis wawancara pada 27 Mei 2017.

“Untuk permasalahan yang ada sejauh ini adalah masih minimnya dokter dan tenaga medis yang ikut pelatihan PONEK, karena dalam menangani ibu hamil dan melahirkan pada pelaksanaan PONEK petugas harus ikut pelatihan dahulu jadi tidak semua tenaga medis bisa menangani pasien PONEK”

Selain itu, adapula permasalahan lain yang mengganggu pelayanan, yaitu pada proses pelayanan yang dikemukakan oleh Ibu SW pada tanggal 10 Oktober 2017.

“Kalau proses pelayanan ya mba sebenarnya mungkin memang sudah sesuai dengan pelayanan puskesmas tapi untuk beberapa layanan seperti proses pemeriksaan dilab kita harus menunggu agak lama kadang-kadang bisa sampai 1jam lebih dan juga antri dengan pasien lain selain pasien ibu hamil dan melahirkan”

Pada perlengkapan yang ada di Puskesmas Poned yang dikemukakan oleh Ibu DU pada 10 Oktober 2017.

“Perlengkapan yang ada di Puskesmas mungkin perlu ditingkatkan ya mba, khususnya USG walaupun kita bayar mahal dikit gak apa-apa mba, supaya gak mondar-mandir di dokter dan mungkin kalo ada USG di Puskesmas harganya bisa lebih dijangkau oleh saya”

Berawal dari beberapa masalah yang ditemui, maka penulis tertarik untuk mengangkat isu tentang pelayanan kesehatan ibu hamil dan melahirkan pada Puskesmas Poned Kota Semarang. Dengan maksud untuk mengetahui bagaimana kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil dan melahirkan di Puskesmas PONED kota Semarang agar dapat mengurangi AKI di kota Semarang. Serta mencari solusi permasalahan di atas Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Melahirkan di Puskesmas PONED Kota Semarang dapat ditingkatkan kembali guna penekanan AKI.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian permasalahan tersebut maka dapat dirumuskan masalah penelitian adalah bagaimana kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil dan melahirkan pada Puskesmas PONED Kota Semarang (berdasarkan dimensi *tangible, reliability, responsiveness, assurance, empathy*)

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian yaitu mengacu pada hal-hal yang ingin dicapai dalam penelitian. Adapun hal-hal yang ingin dicapai yaitu untuk menganalisis tingkat kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil dan melahirkan pada Puskesmas PONEK Kota Semarang.

1.4 Kegunaan Penelitian

1. Kegunaan Teoritis

Dapat digunakan sebagai wacana untuk menambah pengetahuan, dan sebagai kajian ilmiah yang bermanfaat bagi perkembangan Ilmu Sosial dan Ilmu Politik khususnya Ilmu Administrasi Publik.

2. Kegunaan Praktis

a. Penulis

Menambah wawasan dan pemahaman penulis tentang kepuasan pelayanan kesehatan ibu hamil dan melahirkan.

b. Universitas

Menambah literatur dan informasi sebagai bahan rujukan bagi penelitian yang selanjutnya berkaitan dengan pelayanan kesehatan Ibu hamil dan melahirkan di Kota Semarang.

c. Pemerintah Kota Semarang

Melalui hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil dan melahirkan.

d. Masyarakat

Diharapkan menambah informasi yang berguna bagi masyarakat dan menambah wawasan bahwasanya peran masyarakat untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik.

1.5 Kerangka Pemikiran Teoritis

1.5.1 Penelitian Terdahulu

Guna mendukung kelengkapan dalam penelitian pelayanan ibu hamil pada puskesmas Poned Kota Semarang, berikut ini merupakan beberapa kumpulan penelitian terdahulu yang memiliki keterkaitan dengan Pelayanan Poned. Adapun pembahasan secara rincinya ialah sebagai berikut :

1. Penelitian pertama berjudul **“Analisis Kualitas Pelayanan Kesehatan Dalam Operasionalisasi Program Mobil Sehat (Studi Pada Pusat Kesehatan Masyarakat Kedungpring Kabupaten Lamongan)”** (Heri Siswanto, Mochamad Makmur, Niken Lasiti). Tema yang diangkat dalam penelitian ini mengenai pelayanan kesehatan dalam Operasionalisasi Program Mobil Sehat (Pusat Kesehatan Masyarakat Kedungpring Kabupaten Lamongan). Dalam penelitian ini peneliti meneliti Pusat Kesehatan Masyarakat Kedungpring Kabupaten Lamongan. Pokok permasalahan dalam

penelitian ini memfokuskan pada pelayanan kesehatan dalam operasionalisasi Mobil Sehat untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat.

Adapun jenis penelitian yang peneliti gunakan untuk mengangkat permasalahan adalah penelitian diskriptif Berdasarkan analisis data, peneliti menggunakan jenis penelitian kualitatif. Teknik penentuan informan penyedia layanan menggunakan teknik *purposive*, teknik penentuan informan pengguna layanan menggunakan *accidental sampling*. Teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti adalah observasi dan wawancara. Teknik analisis data digunakan dengan reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan teknik keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan triangulasi.

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan dalam operasonalisasi mobil secara keseluruhan sehat dapat dikategorikan baik. Akan tetapi, dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan yang lebih baik lagi ada dimensi masih harus diperbaiki. Dimensi yang menunjukkan kualitas yang baik antara lain *responsiveness, assurance, emphaty dan tangibles*. Dimensi yang harus diperbaiki adalah *reability*. Karena tidak sesuai dengan petunjuk teknis mobil sehat 2014.

2. Penelitian kedua berjudul “ **Analisis Mutu Pelayanan Antenatal Care Di Puskesmas Wonrely Kabupaten Maluku Barat Daya Provinsi Maluku Tahun 2012**” (Wundhasary. D.A.Demny SKM ; Dr. Darmawansyah, SE, MS ; Ir. Nurhayani, M.Kes). Tema penelitian ini mengenai mutu pelayanan antenatal care. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kepuasan pasien

yang berkaitan dengan kemampuan pelayanan Antenatal , Hubungan Interpersonal dan Fasilitas dan peralatan Antenatal di puskesmas Wonorejo kabupaten Maluku Barat Daya.

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif dengan jumlah sampel sebanyak 95 responden yang ditentukan dengan teknik menggunakan rumus (Notoadmojo,2002) dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner.

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa Kemampuan pelayanan *Antenatal care* di kategorikan cukup yakni 50 orang (57,5%), hubungan interpersonal antara petugas kesehatan dan ibu hamil di kategorikan Cukup yakni 45 orang (97,8%), Fasilitas dan peralatan *Antenatal care* ditegorikan cukup baik yakni 38 orang(100,0%).

3. Penelitian ketiga mengenai “**Evaluasi Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Dan Neonatal Emergensi Dasar (Poned) Di Puskesmas Karang Malang Semarang**” (Usi Erna Desita, 2012). Penelitian ini mengangkat tema tentang Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Dalam penelitian ini peneliti meneliti Puskesmas Karang Malang Semarang. Pokok permasalahan dalam penelitian ini memfokuskan pada pelaksanaan pelayanan PONED.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional. Jenis penelitian yang dilaksanakan merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Populasi yang diteliti adalah 4 informan utama terdiri dari 3 tim PONED dan

Kepala Puskesmas dan 6 informan triangulasi terdiri dari Kabid Kesga DKK Semarang serta 5 sasaran PONEB. Tujuan penelitian adalah mengevaluasi pelaksanaan PONEB di Puskesmas Karang Malang yaitu variabel tenaga khusus, sarana prasarana, keterjangkauan lokasi, pendanaan, SOP, sosialisasi, kualitas pelayanan petugas, sistem rujukan, pencatatan pelaporan dan supervise.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan program PONEB belum berjalan efektif dipengaruhi oleh : kuantitas tenaga khusus PONEB yang belum memadai, tidak adanya alokasi dana khusus PONEB dan pemberian dana insentif, fasilitas obat yang belum memenuhi standar, namun untuk keterjangkauan lokasi masih terjangkau, belum adanya SOP yang terpasang di dalam puskesmas, belum adanya struktur organisasi tertulis khusus PONEB, belum adanya sopir ambulans pengganti untuk puskesmas, tidak adanya format pencatatan dan pelaporan khusus PONEB serta belum adanya supervisi khusus PONEB.

Tabel 1.1 Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti, tahun	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
1.	Wundhasary. D.A.Demny SKM ; Dr. Darmawansyah, SE, MS ; Ir. Nurhayani, M.Kes, 2012	Untuk mengetahui kepuasan pasien yang berkaitan dengan kemampuan pelayanan Antenatal , Hubungan Interpesonal dan Fasilitas dan peralatan Antenatal di puskesmas Wonorely kabupaten Maluku Barat Daya	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif dengan jumlah sampel sebanyak 95 responden yang ditentukan dengan teknik menggunakan rumus	Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa Kemampuan pelayanan <i>Antenatal care</i> di kategorikan cukup yakni 50 orang (57,5%), Hubungan interpersonal antara Petugas kesehatan dan ibu hamil di ketegorikan Cukup yakni 45 orang (97,8%), Fasilitas dan peralatan <i>Antenatal care</i> ditegorikan cukup baik yakni 38 orang (100,0%).
2.	Usi Erna Desita, 2012	Tujuan penelitian adalah mengevaluasi pelaksanaan PONED di Puskesmas Karang Malang yaitu variabel tenaga khusus, sarana prasarana, keterjangkauan lokasi, pendanaan, SOP, sosialisasi, kualitas pelayanan petugas, sistem rujukan, pencatatan pelaporan dan supervise.	Jenis penelitian yang dilaksanakan merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Populasi yang diteliti adalah 4 informan utama terdiri dari 3 tim PONED dan Kepala Puskesmas dan 6 informan triangulasi terdiri dari Kabid Kesga DKK Semarang serta 5 sasaran PONED.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan program PONED belum berjalan efektif dipengaruhi oleh : kuantitas tenaga khusus PONED yang belum memadai, tidak adanya alokasi dana khusus PONED dan pemberian dana insentif, fasilitas obat yang belum memenuhi standar, namun untuk keterjangkauan lokasi masih terjangkau, belum adanya SOP yang terpasang di dalam puskesmas, belum adanya struktur organisasi tertulis khusus PONED, belum adanya sopir ambulans pengganti untuk

				puskesmas, tidak adanya format pencatatan dan pelaporan khusus PONED serta belum adanya supervisi khusus PONED.
3.	Heri Siswanto, Mochamad Makmur, Niken Lasiti, 2014	Mendiskripsikan serta menganalisis kualitas pelayanan kesehatan sebelum dan sesudah operasionalisasi program mobil sehat pada UPT Puskesmas Kedungpring, Kabupaten Lamongan dan faktor pendukung dan penghambat dalam kualitas pelayanan kesehatan dalam operasionalisasi program mobil sehat	Jenis penelitian yang peneliti gunakan untuk mengangkat permasalahan adalah penelitian diskriptif berdasarkan analisis data, peneliti menggunakan jenis penelitian kualitatif. Teknik penentuan informan penyedia layanan menggunakan teknik <i>purposive</i> , teknik penentuan informan pengguna layanan menggunakan <i>accidental sampling</i> . Teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti adalah observasi dan wawancara. Teknik analisis data digunakan dengan reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan teknik keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan triangulasi.	Hasil penelitian mengungkapkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan dalam operasonalisasi mobil sehat secara keseluruhan dapat dikategorikan baik. Akan tetapi, dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan yang lebih baik lagi ada dimensi masih harus diperbaiki. Dimensi yang menunjukkan kualitas yang baik antara lain <i>responsiveness, assurance, emphaty dan tangibles</i> . Dan dimensi yang harus diperbaiki adalah <i>reability</i> . Karena tidak sesuai dengan petunjuk teknis mobil sehat 2014.

1.5.2 Administrasi Publik

Definisi Administrasi Publik menurut *Prajudi Atmosudirjo* adalah administrasi dari negara sebagai organisasi, dan administrasi yang mengejar tercapainya tujuan – tujuan yang bersifat kenegaraan (Syafiie, 2006:24). Administrasi Publik menurut Dwight Waldo adalah manajemen dan organisasi dari manusia-manusia dan peralatannya guna mencapai tujuan pemerintah (Syafiie, 2006:25).

Definisi Administrasi Publik menurut Edward H. Litchfield adalah suatu studi mengenai bagaimana bermacam – macam badan pemerintahan diorganisasikan, dilengkapi dengan tenaga – tenaganya, dibiayai, digerakkan dan dipimpin (Inu kencana syafiie, 2006:25). Chandler & Plano (dalam Pasolong, 2013: 7) mengatakan bahwa Administrasi Publik adalah proses dimana sumber daya dan personel publik diorganisir dan dikoordinasikan untuk memformulasikan, mengimplementasikan, dan mengelola (*manage*) keputusan-keputusan dalam kebijakan publik.

Felix A. Nigro dan Lloyd G. Nigro menyebutkan bahwa Administrasi Publik adalah suatu kerja sama kelompok dalam lingkungan pemerintahan yang meliputi tiga cabang pemerintah yakni eksekutif, legislatif, dan yudikatif serta hubungan diantara mereka. Adminitrasi publik memiliki peranan penting dalam perumusan kebijaksanaan pemerintah karena merupakan bagian dari proses politik. Selain itu juga berkaitan erat dengan berbagai macam kelompok swasta dan perorangan dalam menyajikan pelayanan kepada masyarakat (Syafiie, 2006: 24).

1.5.3 Paradigma Administrasi Publik

Menurut Miftah Thoha dalam bukunya Ilmu Administrasi Publik Kontemporer, *Nicholas Henry* memilah-milah bahwa ada 5 (lima) kelompok corak berpikir para pakar tentang keberadaan Ilmu Administrasi Publik, yaitu sebagai berikut :

1. Paradigma dikotomi antara politik dan administrasi publik, tokoh – tokohnya adalah Frank J. Goodnow dan Leonard D. White Berpendapat bahwa ada dua fungsi pemerintah yang amat berbeda satu sama lain. Dua fungsi pokok tersebut ialah politik dan administrasi sebagaimana yang tertulis dalam judul bukunya. Politik menurut *Goodnow* harus membuat kebijaksanaan – kebijaksanaan atau melahirkan keinginan – keinginan negara. Sementara administrasi diartikan sebagai hal yang harus berhubungan dengan pelaksanaan kebijaksanaan – kebijaksanaan tersebut. Pemisah kekuasaan memberikan dasar perbedaan antara administrasi dan politik. Badan legislative dengan ditambah kemampuan penafsiran dari badan yudikatif mengemukakan keinginan – keinginan negara dan kebijaksanaan formal. Sedangkan badan eksekutif mengadministrasikan kebijaksanaan – kebijaksanaan tersebut secara adil dan tidak memihak kepada salah satu kekuatan politik. Lokus dari paradigma ini adalah administrasi negara seharusnya berpusat pada birokrasi pemerintah.
2. Prinsip – prinsip administrasi, tokoh-tokohnya adalah Willoughby, Gullick dan Urwick, Fayol dan Taylor

Memperkenalkan prinsip – prinsip administrasi sebagai fokus dalam administrasi public. Prinsip – prinsip tersebut dituangkan dalam *Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting, Budgeting*, yang menurut Gullick dan Urwick dapat diterapkan dimana saja. Lokus dari administrasi publik pada paradigma ini tidak pernah diungkapkan secara jelas karena mereka beranggapan bahwa prinsip – prinsip tersebut dapat diterapkan dimana saja termasuk diorganisasi pemerintah, dengan demikian pada paradigma ini fokus lebih ditekankan daripada lokusnya.

3. Paradigma administrasi publik sebagai ilmu politik

Menurut Morstein dan Marx pemisahan politik dan administrasi merupakan sesuatu yang tidak mungkin/ sesuatu yang tidak realistis. Sedangkan Herbert Simon memberikan kritiknya terhadap ketidak konsistenan prinsip – prinsip administrasi dan menilai bahwa prinsip tersebut tidak berlaku universal, dalam konteks ini tidak berlaku dimana saja (*value free*), tetapi selalu dipengaruhi oleh nilai - nilai tertentu. Disini terjadi pertentangan mengenai bebas nilai disatu pihak dengan anggapan akan ada muatan politik dilain pihak. Dalam prakteknya ternyata anggapan kedua yang berlaku, karena itu *John Gaus* secara tegas mengatakan bahwa teori administrasi publik sebenarnya juga teori politik, akibatnya muncul paradigma baru yang menganggap administrasi publik sebagai ilmu politik, dimana lokusnya birokrasi

pemerintahan, sedangkan fokusnya menjadi kabur karena prinsip – prinsip administrasi mengandung banyak kelemahan.

4. Administrasi negara sebagai ilmu administrasi.

Dalam paradigma ini prinsip – prinsip manajemen yang pernah populer sebelumnya dikembangkan secara ilmiah dan mendalam. Perilaku organisasi, analisis manajemen, penerapan teknologi modern, seperti metode kuantitatif analisa sistem, riset operasi dan sebagainya merupakan fokus paradigma ini. Dua arah perkembangan terjadi dalam paradigma ini, yaitu :

- a. Berorientasi pada perkembangan ilmu administrasi murni yang didukung oleh disiplin ilmu psikologi social.
- b. Berorientasi pada kebijakan publik. Semua fokus yang dikembangkan disini diasumsikan dapat diterapkan tidak hanya dalam dunia bisnis, tetapi juga dalam dunia administrasi publik, oleh karena itu lokusnya menjadi tidak jelas.

5. Paradigma administrasi publik sebagai administrasi publik.

Pada paradigma ini terjadi pembaruan-pembaruan, pada tahap kelima paradigma ini lokus administrasi negara tidak semata-mata pada ilmu murni administrasi, melainkan pada teori organisasi. Dalam dua setengah dekade terakhir perhatian pada teori organisasi ditujukan terutama pada bagaimana dan mengapa organisasi-organisasi itu bekerja, bagaimana dan mengapa orang-orang berperilaku dalam organisasi demikian pula bagaimana dan mengapa keputusan-keputusan itu diambil, perhatian itu

lebih diberikan pada bagaimana dan mengapa dibandingkan dengan bagaimana seharusnya hal-hal tersebut terjadi. Selain itu, pertimbangan-pertimbangan untuk menggunakan teknik-teknik ilmu manajemen ke dalam lingkungan pemerintahan menjadi perhatian pula dalam fase paradigma ini. Administrasi negara semakin bertambah perhatiannya terhadap wilayah ilmu kebijaksanaan (*policy science*), politik ekonomi, proses pembuatan kebijaksanaan pemerintah dan analisisnya, dan cara-cara pengukuran dari hasil-hasil kebijaksanaan yang telah dibuat. Aspek ini dianggap sebagai suatu mata rantai yang menghubungkan antara fokus administrasi negara dan lokusnya.

1.5.4 Manajemen Publik

Manajemen publik merupakan suatu spesialisasi baru, tetapi berakar dari pendekatan normatif, Woodrow Wilson sebagai penulis *'The Study of Administration'* di tahun 1887 merupakan pionernya. Di dalam aliran ini yang dibicarakan benar-benar manajemen publik. Wilson mendesak agar ilmu administrasi publik segera mengarahkan perhatiannya pada orientasi yang dianut dunia bisnis, perbaikan kualitas personel dalam tubuh pemerintah, aspek organisasi dan metode-metode pemerintahan. Fokus dari ajaran tersebut adalah melakukan perbaikan fungsi eksekutif dalam tubuh pemerintahan karena waktu itu dinilai telah berada di luar batas kewajaran sebagai akibat dari merebaknya gejala korupsi, kolusi dan nepotisme (KKN) dengan mengadopsi prinsip manajemen *business*.

Menurut Overman dalam Pasolong (2008: 33), manajemen publik adalah suatu studi interdisipliner dari aspek – aspek umum organisasi, dan merupakan

gabungan antara fungsi manajemen seperti *planning, organizing dan controlling* di satu sisi, dengan sumber daya manusia, keuangan, fisik, informasi dan politik disisi lain.

Wilson meletakkan empat prinsip-prinsip dasar bagi studi administrasi publik yang mewarnai manajemen publik sampai sekarang yaitu (1) pemerintah sebagai *setting* utama organisasi, (2) fungsi eksekutif sebagai fokus utama, (3) Pencarian prinsip-prinsip dan teknik manajemen yang lebih efektif sebagai kunci pengembangan kompetensi administrasi, (4) metode perbandingan sebagai suatu metode studi pengembangan bidang administrasi publik (Keban,2008)

1.5.5 Pelayanan Publik

1.5.5.1 Teori Pelayanan Publik

Pelayanan publik menurut Sinambela (dalam Pasolong 2013:128) adalah setiap kegiatan yang dilakukan pemerintah terhadap sejumlah manusia yang memiliki setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan dan kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik.

Gronroos (dalam Pasolong, 2013: 199) menyatakan bahwa pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan pegawai atau hal-hal yang disediakan oleh organisasi pemberi pelayanan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, mendefinisikan Pelayanan publik adalah suatu kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Ratminto dan Winarsih (2013: 21-23) menyebutkan bahwa penyelenggaraan pelayanan harus memenuhi beberapa prinsip sebagai berikut:

a. Kesederhanaan

Prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.

b. Kejelasan

Kejelasan ini mencakup kejelasan dalam hal:

1) Persyaratan teknis dan administratif pelayanan publik

2) Unit kerja atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan atau persoalan atau sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik.

3) Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran.

c. Kepastian Waktu

Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan

d. Akurasi

Produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat dan sah

- e. **Keamanan**
Proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum
- f. **Tanggung Jawab**
Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan atau persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik
- g. **Kelengkapan Sarana dan Prasarana**
Tersedianya sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi telekomunikasi dan informatika (telematika)
- h. **Kemudahan Akses**
Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika
- i. **Kedisiplinan, Kesopanan, dan Keramahan**
Pemberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas
- j. **Kenyamanan**
Lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi, lingkungan yang indah, dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan, seperti parkir, toilet, tempat ibadah, ruang tunggu ber-AC dan lain-lain

Dari beberapa pengertian tentang pelayanan publik dapat disimpulkan bahwa pelayanan publik adalah rangkaian aktivitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan (barang, jasa, administratif) masyarakat oleh pemerintah/aparatur negara sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan dapat memenuhi prinsip pelayanan. Pelayanan dalam penelitian ini termasuk pada pelayanan untuk memenuhi kebutuhan jasa.

1.5.5.2 Paradigma Pelayanan Publik

Perubahan paradigma pelayanan publik bergerak dari *Old Public Administration* (OPA) ke *New Public Service* (NPS). Pada paradigma OPA, focus pemerintah pada pelayanan publik secara langsung melalui badan-badan pemerintah. Program publik dilaksanakan melalui organisasi hirarkis, dengan manajer yang menjalankan kontrol dari puncak organisasi. Organisasi publik beroperasi sebagai sistem tertutup, sehingga partisipasi warga Negara terbatas. Kebijakan publik dan administrasi menyangkut perumusan dan implementasi kebijakan dengan penentuan tujuan yang dirumuskan secara politis dan tunggal (Denhart dan Denhart, 2004)

New Public Manajemen (NPM) muncul untuk merespon berbagai keluhan terhadap sektor publik yang dinilai terlalu mendominasi kehidupan masyarakat, cenderung inefisien, banyak melakukan penyimpangan, kinerja semakin menurun serta tidak memperhatikan kepentingan para pengguna maupun para pegawai penyelenggara pelayanan. Banyak model dan prinsip yang ditawarkan sebagai varian dari paradigma NPM ini, namun secara umum NPM menekankan pada (1)

efisiensi sekaligus mengoptimalkan penggunaan sumberdaya yang ada untuk lebih mengasikkan; (2) dorongan untuk lebih dekat, lebih mengenali, dan lebih responsive terhadap kepentingan penggunaan layanan; (3) mengembangkan sistem intensif dan akuntabilitas seperti yang dikembangkan di sector swasta; (4) mendelegasikan dan memberdayakan para penyelenggara layanan agar lebih kreatif, inovatif fleksibel dan memiliki semangat sebagai entrepreneur yang berorientasi pada pencapaian hasil daripada ketaatan pada regulasi yang ketat; (5) mendorong terjadinya kompetisi dan kerja sama kontrak untuk pencapaian hasil; (6) pemerintah lebih berperan untuk mengarahkan penyelenggaraan layanan daripada menjadi aktor yang bermain sendiri; serta (7) mengembangkan deregulasi dan desentralisasi dalam penyelenggaraan layanan. Pada intinya paradigma ini mengajarkan agar pengguna layanan publik dilayani dengan baik seperti swasta melayani pelanggannya.

Osborne & Gaebler dalam Dwiyanto (2010: 14) Munculnya gerakan New Public Management (NPM) di negara-negara maju telah menimbulkan tekanan terhadap praktik penyelenggaraan layanan publik di Negara-negara tersebut. Keinginan untuk melakukan transformasi praktik manajemen pelayanan publik dengan mengadopsi nilai-nilai yang selama ini berkembang di sektor bisnis seperti entrepreneurship, kepedulian pada pengguna, serta orientasi pada *revenue-generating* dan penghasilan, telah mendorong terjadinya perubahan yang sangat berarti dalam praktik penyelenggaraan layanan publik.

Hingga kritik terhadap NPM yang memunculkan NPS (*New Public Service*), dimana paradigm NPS memperlakukan publik pengguna layanan publik sebagai

warga Negara (citizen) bukan sebagai pelanggan (customer). NPS dapat menjanjikan suatu perubahan realitas dan kondisi birokrasi pemerintah salah satunya yaitu untuk meningkatkan pelayanan publik yang demokratis. Sesuai dengan perkembangan paradigma pelayanan ini, maka dalam penyelenggaraan pelayanan publik pelayanan yang berkualitas menjadi bagi harapan masyarakat. Adapun 7 prinsip dari konsep *New Public Service* (NPS) ,yaitu:

1. Melayani warga negara bukan pelanggan (*serve the citizen not customer*);
2. Mengenali kepentingan publik (*seek the public interest*);
3. Lebih menghargai warganegara daripada kewirausahaan (*value citizenship over enterpreneurship*);
4. Berfikir strategis dan bertindak demokratis (*think strategically, act democratically*);
5. Menyadari bahwa akuntabilitas bukan merupakan suatu yang mudah (*recognize that accountability is not simple*);
6. Melayani dari pada mengendalikan (*serve rather than steer*);
7. Menghargai orang bukan produktivitas semata (*value people not just productivity*). (Indiahono, 2009: 70-71)

1.5.6 Kualitas Pelayanan

Menurut Sampara (1999) dalam Hardiyansyah (2011:35), mengemukakan bahwa kualitas pelayanan adalah pelayanan yang diberikan kepada pelanggan sesuai dengan standar pelayanan yang telah dibakukan dalam memberikan layanan sebagai pembakuan pelayanan yang baik.

Menurut Ibrahim dalam Hardiyansyah (2011:40), kualitas pelayanan publik merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan dimana penilaian kualitasnya ditentukan pada saat terjadinya pemberian pelayanan publik tersebut.

Ciri-ciri atau atribut-atribut yang ikut menentukan kualitas pelayanan publik menurut Tjiptono (1995) dalam Hardiyansyah (2011), antara lain adalah:

1. Ketepatan waktu pelayanan, yang meliputi waktu tunggu dan waktu proses;
2. Akurasi pelayanan, yang meliputi bebas dari kesalahan;
3. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan;
4. Kemudahan mendapatkan pelayanan, misalnya banyaknya petugas yang melayani dan banyaknya fasilitas pendukung seperti komputer;
5. Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan, berkaitan dengan lokasi, ruang tempat pelayanan, tempat parkir, ketersediaan informasi dan lain-lain;
6. Atribut pendukung pelayanan lainnya seperti ruang tunggu ber-AC, kebersihan dan lain-lain.

Zeithaml dalam Hardiyansyah (2011:41) menjelaskan bahwa ukuran kualitas pelayanan memiliki sepuluh dimensi, yaitu:

1. *Tangibles* (berwujud fisik), terdiri atas fasilitas fisik, peralatan, personil dan komunikasi;
2. *Reliability* (kehandalan), terdiri dari kemampuan unit pelayanan dalam menciptakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat;

3. *Responsiveness* (ketanggapan), kemauan untuk membantu konsumen, bertanggungjawab terhadap kualitas pelayanan yang diberikan;
4. *Competence* (kompeten), terdiri atas tuntutan yang dimilikinya, pengetahuan dan keterampilan yang baik oleh aparatur dalam memberikan pelayanan;
5. *Courtesy* (ramah), sikap atau perilaku ramah, bersahabat, tanggap terhadap keinginan konsumen serta mau melakukan kontak;
6. *Credibility* (dapat dipercaya), sikap jujur dalam setiap upaya untuk menarik kepercayaan masyarakat;
7. *Security* (merasa aman), jasa pelayanan yang diberikan harus bebas dari berbagai bahaya atau resiko;
8. *Access* (akses), terdapat kemudahan untuk mengadakan kontak dan pendekatan;
9. *Communication* (komunikasi), kemauan pemberi pelayanan untuk mendengarkan suara, keinginan atau aspirasi pelanggan;
10. *Understanding the customer* (memahami pelanggan), serta melakukan segala usaha untuk mengetahui kebutuhan pelanggan.

Berdasarkan sepuluh dimensi kualitas pelayanan tersebut, kemudian Zeithaml *et.al.* (1990) dalam Hardiyansyah (2011:42) menyederhanakan menjadi lima dimensi, yaitu dimensi *SERVQUAL* (kualitas pelayanan) sebagai berikut:

1. *Tangible*, atau bukti fisik yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya pada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa, yang meliputi penampilan fasilitas fisik, peralatan, personil, dan materi komunikasi.
2. *Reliability*, atau keandalan yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Harus sesuai dengan harapan pelanggan berarti kinerja yang tepat waktu, pelayanan tanpa kesalahan, sikap simpatik dengan akurasi tinggi. Dapat pula diartikan sebagai kemampuan untuk memberikan layanan yang dijanjikan secara akurat, tepat waktu, dan dapat dipercaya.
3. *Responsiveness*, atau ketanggapan yaitu suatu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan konsumen menunggu tanpa alasan yang jelas menyebabkan persepsi negatif dalam kualitas pelayanan.
4. *Assurance*, atau jaminan dan kepastian yaitu pengetahuan, kesopan santunan, dan kemampuan para pegawai untuk menumbuhkan rasa percaya pelanggan kepada perusahaan. Terdiri atas komponen komunikasi (*communication*), kredibilitas (*credibility*), keamanan (*security*), kompetensi (*competence*), dan sopan santun (*courtesy*).

5. *Empathy*, yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada pelanggan dengan berupaya memahami keinginan konsumen dimana suatu pemberi layanan diharapkan memiliki suatu pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman bagi pelanggan.

Menurut Brown dalam Hardiansyah (2001:51-52) bahwa di mata masyarakat, kualitas pelayanan meliputi ukuran-ukuran sebagai berikut:

1. *Reability*, yaitu kemampuan untuk memproduksi jasa sesuai yang diinginkan secara tepat; *Assurance*, yaitu pengetahuan dan kemampuannya untuk meyakinkan;
2. *Empathy*, yaitu tingkat perhatian dan atensi individual yang diberikan kepada pelanggan;
3. *Responsiviness*, yaitu kemampuan untuk membantu pelanggan memberikan pelayanan yang tepat; dan
4. *Tangibel*, yaitu penyediaan fasilitas fisik dan kelengkapan serta penampilan pribadi.

Pendapat lain dikemukakan oleh Salim & Woodward (1992) dalam Hardiansyah Menurutnya, dimensi kualitas pelayanan publik terdiri dari :

1. *Economy* atau ekonomis adalah penggunaan sumberdaya yang sesedikit mungkin dalam proses penyelenggaraan pelayanan publik.

2. *Efficiency* atau efisiensi adalah suatu keadaan yang menunjukkan tercapainya perbandingan terbaik antara masukan dan keluaran dalam suatu penyelenggaraan pelayanan publik.
3. *Effectiveness* atau efektivitas adalah tercapainya tujuan yang telah ditetapkan, baik itu dalam bentuk target, sasaran jangka panjang maupun misi organisasi, dan
4. *Equity* atau keadilan adalah pelayanan publik yang diselenggarakan dengan memperhatikan aspek-aspek pemerataan.

1.5.7 Puskesmas

1.5.7.1 Pengertian Puskesmas

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan kabupaten/ kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten/ kota adalah Dinas Kesehatan kabupaten/kota, sedangkan Puskesmas bertanggungjawab hanya sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya.

Secara nasional, standar wilayah kerja Puskesmas adalah satu kecamatan, tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/ kelurahan atau RW). Masing-masing Puskesmas tersebut secara operasional bertanggungjawab langsung kepada Dinas Kesehatan kabupaten/kota. (Kemenkes,2013)

1.5.7.2 Puskesmas mampu PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Esensial Dasar)

Puskesmas mampu PONED adalah Puskesmas rawat inap yang mampu menyelenggarakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar dalam 24 jam sehari dan 7 hari seminggu. Selain pembentukan Puskesmas mampu PONED terdapat juga Rumah Sakit yang mampu PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Esensial Khusus). RS PONEK 24 jam memiliki tenaga dengan kemampuan serta sarana dan prasarana penunjang yang memadai untuk memberikan pelayanan pertolongan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar

maupun komprehensif untuk secara langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin dan ibu nifas baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, Bidan di desa, Puskesmas dan Puskesmas mampu Poned.

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Regionalisasi sistem rujukan Poned adalah pembagian wilayah sistem rujukan dari satu wilayah kabupaten dan daerah sekitar yang berbatasan dengannya, dimana Puskesmas mampu Poned yang berada dalam salah satu regional sistem rujukan wilayah kabupaten, difungsikan sebagai rujukan-antara yang akan mendukung berfungsinya Rumah Sakit Ponek sebagai rujukan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi di wilayah kabupaten bersangkutan.

Collaborative Improvement Poned-Ponek adalah bentuk kerjasama antara Pelayanan Poned dan Ponek dalam rangka peningkatan atau perbaikan kualitas pelayanan yang dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi.

1.5.7.3 Kriteria Peningkatan Fungsi Puskesmas Rawat Inap Menjadi Puskesmas Mampu Poned

A) Kriteria Puskesmas yang siap untuk ditingkatkan menjadi Puskesmas mampu Poned:

1. Puskesmas rawat inap yang dilengkapi fasilitas untuk pertolongan persalinan, tempat tidur rawat inap sesuai kebutuhan untuk pelayanan kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi.

2. Letaknya strategis dan mudah diakses oleh Puskesmas/ Fasyankes non PONED dari sekitarnya.
3. Puskesmas telah mampu berfungsi dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan tindakan mengatasi kegawat-daruratan, sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya serta dilengkapi dengan sarana prasarana yang dibutuhkan.
4. Puskesmas telah dimanfaatkan masyarakat dalam/ luar wilayah kerjanya sebagai tempat pertama mencari pelayanan, baik rawat jalan ataupun rawat inap serta persalinan normal.
5. Mampu menyelenggarakan UKM dengan standar.
6. Jarak tempuh dari lokasi pemukiman sasaran, pelayanan dasar dan Puskesmas non PONED ke Puskesmas mampu PONED paling lama 1 jam dengan transportasi umum mengingat waktu paling lama untuk mengatasi perdarahan 2 jam dan jarak tempuh Puskesmas mampu PONED ke RS minimal 2 jam.

B) Kriteria Puskesmas mampu PONED.

- a. Memenuhi kriteria butir 1.
- b. Mempunyai Tim inti yang terdiri atas Dokter, Perawat dan Bidan sudah dilatih PONED, bersertifikat dan mempunyai kompetensi PONED, serta tindakan mengatasi kegawat-daruratan medik umumnya dalam rangka mengkondisikan pasien emergensi/komplikasi siap dirujuk dalam kondisi stabil.

- c. Mempunyai cukup tenaga Dokter, Perawat dan Bidan lainnya, yang akan mendukung pelaksanaan fungsi PONED di Puskesmas/Fasyankes tingkat dasar.

Tim inti Pelaksana Puskesmas mampu PONED (minimal) :

1. Dokter Umum (1 Orang)
2. Bidan, minimal D3 (1 orang)
3. Perawat, minimal D3 (1 orang)

Tenaga Tim Inti pelaksana PONED tersebut harus selalu siap selama 24 jam/hari dan 7 hari/minggu.

- d. Difungsikan sebagai Pusat rujukan antara kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi, dalam satu regional wilayah rujukan kabupaten
- e. Puskesmas telah mempunyai peralatan medis, non medis, obat-obatan dan fasilitas tindakan medis serta rawat inap, minimal untuk mendukung penyelenggaraan PONED (terlampir).
- f. Kepala Puskesmas mampu PONED sebagai penanggung-jawab program harus mempunyai kemampuan manajemen penyelenggaraan PONED
- g. Puskesmas mampu PONED mempunyai komitmen untuk menerima rujukan kasus kegawat-daruratan medis kasus obstetri dan neonatal dari Fasyankes di sekitarnya.
- h. Adanya komitmen dari para *stakeholders* yang berkaitan dengan upaya untuk memfungsikan Puskesmas mampu PONED dengan baik yaitu:

- 1) RS PONEK terdekat baik milik pemerintah maupun swasta, bersedia menjadi pengampu dalam pelaksanaan PONEK di Puskesmas
- 2) Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota bersama RS kabupaten/kota dan RS PONEK terdekat dalam membangun sistem rujukan dan pembinaan medis yang berfungsi efektif-efisien.
- 3) Adanya komitmen dukungan dari BPJS Kesehatan untuk mendukung kelancaran pembiayaan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dalam rangka Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- 4) Dukungan Bappeda dan Biro Keuangan Pemda dalam pengintegrasian perencanaan pembiayaan Puskesmas mampu PONEK dalam sistem yang berlaku.
- 5) Dukungan Badan Kepegawaian Daerah dalam kesinambungan keberadaan tim PONEK di Puskesmas
- 6) Dukungan politis dari Pemerintah daerah dalam bentuk regulasi (Perbup, Perwali atau SK Bupati/ Walikota) dalam mempersiapkan sumber daya dan atau dana operasional, untuk berfungsinya Puskesmas mampu PONEK secara efektif dan efisien.

1.5.8 Teori Perilaku

Perilaku organisasional ditelaah dalam tiga tingkatan analisis, yaitu individu, kelompok, dan organisasi sebagai suatu sistem. (Sopiah, 2008:5)

1. Menganalisis perilaku organisasional dan tingkatan individu

Analisis pertama dalam mempelajari perilaku keorganisasian adalah tingkatan individu. Organisasi merupakan kumpulan individu, tiap individu. Tiap individu adalah unik, dimana antara individu yang satu dengan yang lainnya berbeda. Setiap individu memiliki kebutuhan, keinginan, minat, keyakinan, nilai, sikap, pola pikir, persepsi, kepribadian, harapan, dan berbagai hal sendiri-sendiri

2. Menganalisis perilaku organisasional dari tingkat kelompok

Analisis tingkat kedua adalah kelompok. Meski kelompok merupakan kumpulan individu namun perilaku kelompok dalam suatu organisasi bukanlah hasil penjumlahan dari perilaku individu-individu yang ada dalam organisasi itu. Setiap kelompok mempunyai aturan sendiri-sendiri. Setiap kelompok mempunyai norma, budaya, sikap, keyakinan, etika, dan berbagai hal lain sendiri-sendiri yang membentuk pola perilaku kelompok yang berbeda satu dengan lainnya.

3. Menganalisis perilaku organisasional dari tingkat organisasi

Tingkat ketiga dalam mempelajari perilaku organisasional adalah tingkatan organisasi. Dengan penjelasan yang sama dapat dikatakan bahwa perilaku organisasi bukanlah penjumlahan dari perilaku individu-individu atau perilaku kelompok dengan kelompok. Tiap organisasi memiliki struktur, norma,

budaya, visi-misi, filosofi, tujuan, strategi, kebijakan dan berbagai hal sendiri-sendiri.

1.5.8.1 Variabel Perilaku

Perilaku manusia tidak dapat lepas dari keadaan individu itu sendiri dan lingkungan tempat individu itu berada. Perilaku manusia didorong oleh motif tertentu sehingga manusia itu berperilaku. Gibson mengemukakan terdapat tiga perangkat variabel yang memengaruhi perilaku individu dan hal-hal yang dikerjakan individu tersebut, yaitu variabel individu, variabel psikologis, dan variabel keorganisasian.

Kerangka kerja yang umum menunjukkan bahwa perilaku tergantung pada tipe variabel. Apabila dinyatakan bahwa \mathbf{B} (perilaku) = $f(\mathbf{I}, \mathbf{O}, \mathbf{P})$, berarti bahwa perilaku seseorang adalah fungsi dari Individu (I), Organisasi (O), dan Psikologis (P). (Gibson 1990:53-56)

1. Variabel Individual

a. Kemampuan dan Keterampilan

Kemampuan dan keterampilan memainkan peranan penting dalam perilaku individual. Kemampuan merupakan sebuah sifat (yang melekat pada manusia atau yang dipelajari) yang memungkinkan seseorang melaksanakan sesuatu tindakan atau pekerjaan mental atau fisik. Keterampilan merupakan kompetensi yang berkaitan dengan tugas seperti misalnya keterampilan mengoperasikan komputer, atau keterampilan berkomunikasi dengan jelas untuk tujuan dan misi kelompok. (Winardi, 2004:201)

b. Demografi

Dalam pembelajaran mengenai demografi, terdapat dua hal yang menjadi klasifikasi paling penting, yaitu jenis kelamin dan keragaman ras dan budaya. Penelitian menunjukkan bahwa pria dan wanita adalah sama dalam hal kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreativitas, dan kecerdasan. Namun, beberapa peneliti masih percaya adanya perbedaan kreativitas, penalaran, dan kemampuan belajar diantara pria dan wanita. Sedangkan keragaman adalah sebuah istilah yang digunakan untuk menjelaskan variasi budaya, etnis, dan ras dalam suatu populasi. (Gibson)

2. Variabel Psikologis

a. Persepsi

Gibson mendefinisikan persepsi adalah proses dari seseorang dalam memahami lingkungannya yang melibatkan pengorganisasian dan penafsiran sebagai rangsangan dalam suatu pengalaman psikologis. Persepsi membantu individu dalam memilih, mengatur, menyimpan, dan menginterpretasikan rangsangan menjadi gambaran dunia yang utuh dan berarti. Persepsi adalah proses kognitif. (Gibson). Jadi, dengan demikian persepsi mencakup penafsiran obyek-obyek, simbol-simbol, dan orang-orang dipandang dari sudut pengalaman penting. Persepsi meliputi aktivitas menerima stimuli, mengorganisasi stimuli tersebut, dan menerjemahkan atau menafsirkan stimuli yang terorganisasi tersebut,

hingga dapat memengaruhi perilaku dan membentuk sikap (Winardi, 2004:204)

b. Sikap

Dalam Ismail Nawawi (2009:25), Krech dan Crutchfield (1954) berpendapat mengenai keterkaitan antara sikap dan perilaku. Perilaku seseorang akan diwarnai atau dilatarbelakangi oleh sikap yang ada pada orang yang bersangkutan. Berbagai pendapat yang diungkapkan para ahli, salah satunya menurut Myers (1983) sampai sekitar tahun 1960 para ahli memandang bahwa ada kaitan antara sikap dan perilaku. Menurut Myers perilaku merupakan sesuatu yang banyak dipengaruhi oleh lingkungan. Perilaku dengan sikap saling berinteraksi, saling memengaruhi satu dengan yang lain. Sikap dan perilaku berkaitan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi.

Sikap merupakan organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai objek atau situasi yang relatif tetap, disertai perasaan tertentu dan memberikan dasar kepada orang tersebut untuk membuat respons atau berperilaku dalam cara tertentu yang dipilihnya. Sikap adalah perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan diatur melalui pengalaman, yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang, obyek-obyek dan keadaan. Terdapat sebuah teori yang menyatakan bahwa afeksi, kognisi, dan perilaku menentukan sikap, dan sebaliknya bahwa sikap menentukan afeksi, kognisi, dan perilaku (Gibson). Afeksi merupakan komponen emosional

atau perasaan. Sebuah sikap dipelajari dari orang tua, guru, dan para anggota kelompok. Komponen kognitif adalah sebuah sikap terdiri dari persepsi, opini, dan keyakinan-keyakinan seseorang. Ia berhubungan dengan proses pemikiran dimana ditekankan persoalan rasionalitas dan logika. Komponen perilaku adalah sebuah sikap berhubungan dengan kecenderungan seseorang untuk bertindak terhadap seseorang atau hal tertentu dengan cara tertentu (Winardi, 2009).

c. Kepribadian

Kepribadian amat banyak dipengaruhi oleh faktor kebudayaan dan sosial. Kepribadian seseorang ialah seperangkat karakteristik yang relatif mantap, kecenderungan dan perangai yang sebagian besar dibentuk oleh faktor keturunan dan oleh faktor-faktor sosial, kebudayaan, dan lingkungan, perangkat variabel ini menentukan persamaan dan perbedaan perilaku individu (Ismail Nawawi, 2002).

1.6 Definisi Konseptual

Kualitas pelayanan berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan dimana penilaian kualitasnya ditentukan pada saat terjadinya pemberian pelayanan. Kualitas pelayanan berhubungan dengan terpenuhinya harapan atau kepuasan masyarakat, apabila masyarakat puas terhadap penyedia pelayanan berarti kualitas pelayanan yang diberikan baik. Kualitas pelayanan dapat diukur melalui 5 dimensi, yaitu: *Tangible* (Berwujud), *Reliability* (Kehandalan), *Responsiveness* (Ketanggapan), *Assurance* (Jaminan), dan *Empathy* (Empati).

1.7 Fenomena Penelitian

Dalam definisi operasional terdapat lima atribut/dimensi dilihat dari gejala kualitas pelayanan, yaitu sebagai berikut:

1. *Tangible* (berwujud), yaitu proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas kepada Ibu hamil pada pelayanan kesehatan poned yang secara fisik dapat terlihat jelas mengenai berbagai fasilitas yang digunakan, peralatan dan penampilan petugas. Sub dimensi *tangible* terdiri atas:
 - a) Penampilan petugas dalam melayani pelanggan
 - b) Kenyamanan tempat melakukan pelayanan
 - c) Kemudahan dalam proses pelayanan
 - d) Kedisiplinan petugas dalam melakukan pelayanan
 - e) Kemudahan akses pelanggan dalam permohonan pelayanan
 - f) Penggunaan alat bantu dalam pelayanan
2. *Reliability* (Kehandalan), yaitu kemampuan dan kehandalan pegawai Puskesmas Poned untuk menyediakan pelayanan secara tepat dan akurat, sehingga penerima pelayanan dapat merasakan bahwa pelayanan yang diberikan memang memenuhi kriteria. Sub dimensi *reliability* terdiri atas:
 - a) Kecermatan petugas dalam melayani pelanggan
 - b) Memiliki standar pelayanan yang jelas
 - c) Kemampuan petugas dalam menggunakan alat bantu dalam proses pelayanan
 - d) Keahlian petugas dalam menggunakan alat bantu dalam proses pelayanan

3. *Responsiveness* (Ketanggapan), yaitu proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas pelayanan kesehatan ibu hamil dan melahirkan Puskesmas Poned Kota Semarang untuk mengenali kebutuhan dan harapan pelanggannya, serta bagaimana sikap dan tanggapan petugas dalam menanggapi berbagai keluhan yang disampaikan oleh pengguna pelayanan. Sub dimensi *responsiveness* terdiri atas:
 - a) Merespon setiap pelanggan yang ingin mendapatkan pelayanan
 - b) Petugas melakukan pelayanan dengan cepat
 - c) Petugas melakukan pelayanan dengan tepat
 - d) Petugas melakukan pelayanan dengan cermat
 - e) Petugas melakukan pelayanan dengan tepat waktu
 - f) Semua keluhan pelanggan direspon oleh petugas
4. *Assurance* (Jaminan), yaitu kemampuan dan keramahan petugas Puskesmas Poned Kota Semarang dalam meyakinkan kepercayaan pasien. Sub dimensi *assurance* terdiri atas:
 - a) Petugas memberikan jaminan tepat waktu dalam pelayanan
 - b) Petugas memberikan jaminan biaya dalam pelayanan
 - c) Petugas memberikan jaminan legalitas dalam pelayanan
 - d) Petugas memberikan pelayanan yang sopan dan santun
5. *Empathy* (Empati), yaitu sikap tegas tetapi penuh perhatian dari petugas Puskesmas Poned Kota Semarang terhadap pengguna pelayanan. Sub dimensi *empathy* terdiri atas:
 - a) Mendahulukan kepentingan pelanggan

- b) Petugas melayani dengan sikap ramah
- c) Petugas melayani dengan sabar
- d) Petugas melayani dengan tidak diskriminatif
- e) Petugas melayani dan menghargai setiap pelanggan

1.8 Metoda Penelitian

1.8.1 Desain Penelitian

Metode penelitian dapat diartikan sebagai alat untuk menjawab pertanyaan pertanyaan tertentu dan untuk menyelesaikan masalah ilmu dan praktis. Penelitian pada hakekatnya merupakan upaya untuk mengejar kebenaran tersebut dilakukan melalui model tertentu.

Penelitian kualitatif dimaksudkan sebagai jenis penelitian yang temuan-temuannya tidak diperoleh melalui prosedur statistik atau bentuk hitungan lain. Bodgan dan Taylor mendefinisikan metodologi kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang atau perilaku yang dapat diamati (Basrowi, Suwandi, 2008: 22-23)

Selanjutnya tipe penelitian dibagi menjadi dua macam :

A. Penelitian Deskriptif

Suatu pemecahan masalah dengan membandingkan gejala-gejala yang dikemukakan, mengadakan klarifikasi gejala-gejala, dan menetapkan pengaruh antara gejala-gejala yang dikemukakan.

B. Penelitian Eskploratif

Suatu penelitian yang digunakan untuk memperdalam pengetahuan melalui gejala tertentu dengan maksud untuk merumuskan masalah-masalah secara terperinci.

Dalam Penelitian mengenai Analisis Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Melahirkan di Puskesmas Poned Kota Semarang, peneliti menggunakan metode deskriptif kualitatif dimana penelitian ini menggambarkan apa adanya tentang sesuatu variabel, gejala atau keadaan. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner tertutup dimana para responden hanya memilih jawaban – jawaban yang telah disediakan dalam kuisisioner.

1.8.2 Situs Penelitian

Situs penelitian menetapkan tempat atau wilayah dimana penelitian akan dilaksanakan. Fokus dari penelitian ini adalah bagaimana kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil di Puskesmas Poned kota Semarang, lokus yang diambil adalah berdasarkan keberadaan Puskesmas Poned yang ada di Kota Semarang, yaitu Puskesmas Halmahera, Ngesrep, Banget Ayu, Gunung Pati, Mijen, Mangkang.

1.8.3 Subyek Penelitian (Informan)

Adapun pemilihan informan atas dasar teknik *Purposive Sampling* yaitu metode yang penentuan informan dengan menggunakan pertimbangan-pertimbangan tertentu dari peneliti. Adapun informan dalam penelitian ini adalah pihak-pihak yang terkait dengan lokus penelitian yaitu Ibu Hamil dan melahirkan yang menggunakan Pelayanan Poned, karena informan yang ada tergolong besar maka penelitian ini menggunakan bantuan 60 responden dan sebagai alat bantu untuk

mengklasifikasikan data dengan menggunakan skala ordinal. Informan yang akan diambil dalam penelitian ini adalah sebanyak 60, dengan jumlah 10 sampel per-Puskesmas Poned yang ada di kota Semarang.

1.8.4 Jenis dan Sumber Data

Sumber data utama dalam penelitian kualitatif menurut Lofland dan Lofland (Moleong,2007:157) adalah kata – kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain – lain. Dalam penelitian ini data yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Kata – kata atau tindakan

Kata – kata dari hasil wawancara oleh responden merupakan sumber data utama. Hasil wawancara dicatat dalam catatan tertulis, pengambilan foto maupun video. Pencatatan hasil wawancara atau wawancara merupakan hasil usaha gabungan dari kegiatan melihat, mendengar dan bertanya.

2. Sumber tertulis

Sumber tertulis merupakan data – data tambahan yang diperoleh dari sumber buku, majalah, arsip, dokumen pribadi, dan dokumen resmi. Dalam penelitian ini penulis menggunakan sumber tertulis yaitu arsip, dokumen resmi dan buku.

3. Foto

Penggunaan foto sebagai dokumen dapat menghasilkan data deskriptif untuk melengkapi sumber data.

Untuk menunjang kelancaran dalam pengumpulan data, peneliti juga menggunakan kuesioner, catatan, bila perlu menggunakan alat perekam gambar.

Sumber data dalam penelitian dapat dibagi dua yaitu :

a. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung dari narasumber. Tekniknya bisa berupa wawancara, pengisian angket, dan observasi lapangan dan dalam aspek data primer, penelitian ini hanya memperoleh data melalui kuesioner dan wawancara.

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh tidak secara langsung dari informan. Data ini diperoleh dari kepustakaan. Teknik dalam pengambilan data sekunder ini berupa catatan, buku, majalah, koran, laporan, dokumen, arsip, dan sumber-sumber lain yang berhubungan.

1.8.5 Teknik Pengumpulan Data

Guna memperoleh informasi yang diharapkan, pengumpulan data dan teknik yang dipakai pada penelitian ini antara lain :

a. Wawancara

Wawancara adalah percakapan yang dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara yang memberikan jawaban atas pertanyaan tersebut. Dalam penelitian kualitatif sebaiknya digunakan wawancara terbuka, yaitu dimana para subjek atau informan mengetahui bahwa mereka sedang diwawancarai dan mengetahui pula apa maksud dan tujuan wawancara tersebut. Dalam penelitian ini wawancara yang dilakukan adalah wawancara tidak berstruktur. Dalam wawancara tidak terstruktur, responden biasanya terdiri atas mereka yang terpilih saja karena sifat-sifatnya yang khas. Wawancara diharapkan dapat menggali data sebanyak-banyaknya yaitu dengan bicara terbuka dan apa saja yang berkaitan dengan masalah penelitian, dalam garis besar yang terstruktur. Wawancara dalam penelitian ini menggunakan beberapa kuesioner guna membantu mengelompokan penilaian pengguna layanan. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang efisien bila peneliti tahu dengan pasti variabel yang akan diukur dan tahu apa yang bisa diharapkan dari responden. Kuesioner cocok digunakan bila jumlah informan cukup besar dan terbesar diwilayah yang

luas. Kuesioner dapat berupa pertanyaan atau pernyataan tertutup atau terbuka, dapat diberikan kepada responden secara langsung atau dikirim melalui pos atau internet.

b. Observasi (Pengamatan)

Observasi lapangan dilakukan untuk melihat secara langsung bagaimana kondisi atau fakta yang ada dan terjadi, sehingga dapat dicocokkan antara hasil wawancara dengan kenyataan lapangan sehingga data yang diperoleh dapat saling melengkapi satu sama lain.

c. Dokumentasi

Teknik pengumpulan data dengan dokumentasi adalah pengambilan data yang diperoleh melalui dokumentasi.

d. Studi Pustaka

Studi kepustakaan adalah pengumpulan data dengan cara mencari informasi melalui buku-buku, artikel, literature dan catatan-catatan yang relevan dengan penelitian.

1.8.6 Analisis Data dan Interpretasi Data

Analisis data merupakan upaya mencari dan menata data secara sistematis untuk meningkatkan pemahaman peneliti tentang kasus yang diteliti dan menyajikannya sebagai temuan bagi orang lain. Peneliti menggunakan analisis kualitatif, yaitu dengan menghasilkan data yang bersifat deskriptif yang dinyatakan oleh informan secara tertulis maupun lisan. Proses analisis data dalam penelitian kualitatif di mulai

dengan menelaah seluruh data yang terkumpul dari berbagai sumber, yaitu dari dokumentasi dan wawancara.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan model analisis data yang disebut sebagai model interaktif oleh Huberman dan Miles. Model ini terdiri dari tiga hal utama yaitu: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi. Tahap penelitian atau pengolahan data yang digunakan adalah sebagai berikut :

a. Reduksi Data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data “kasar” yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Proses reduksi data dimaksudkan untuk lebih menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang bagian data yang tidak diperlukan, serta mengorganisasi data sehingga memudahkan untuk dilakukan penarikan kesimpulan yang kemudian akan dilanjutkan dengan proses verifikasi.

Dalam proses analisis ini, setelah peneliti memperoleh data dari lapangan mengenai bagaimana pelayanan kesehatan ibu hamil di Puskesmas Poned Kota Semarang, kemudian peneliti akan memilah-milah antara data yang tidak relevan dengan penelitian ini.

b. Penyajian Data

Penyajian data diartikan sebagai sekumpulan informasi tersusun yang member kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dengan melihat penyajian data, kita akan dapat memahami apa yang sedang terjadi dan apa yang harus dilakukan, apakah harus lebih jauh

menganalisis ataukah mengambil tindakan, berdasarkan atas pemahaman yang didapat dari penyajian-penyajian tersebut. Penyajian data yang akan digunakan dalam penelitian ini mengenai bagaimana pelayanan pad Ibu hamil di Puskesmas Poned Kota Semarang .

Adapun penyajian data adalah dalam bentuk teks naratif. Bentuk penyajian data teks naratif tersebut dipilih karena penelitian yang dilakukan menggunakan metode kualitatif dimana hasil penelitian tidak dalam bentuk angka.

c. Penarikan Kesimpulan

Kegiatan analisis data yang terakhir dari penelitian ini adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi, yang dimaknai sebagai penarikan arti data yang telah ditampilkan. Kesimpulan dipaparkan merupakan gambaran umum dari penelitian yang dilakukan yakni penelitian kualitas pelayanan keseharan ibu hamil pada Puskesmas Poned Kota Semarang.

1.8.7 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menghadapi beberapa keterbatasan yang dapat mempengaruhi kondisi dari penelitian yang dilakukan. Adapun keterbatasan itu adalah :

- a. Waktu yang tersedia untuk menyelesaikan penelitian ini relatif pendek padahal membutuhkan sampel yang cukup banyak
- b. Dana yang dapat disediakan oleh peneliti dalam menyelesaikan penelitian sangat terbatas

- c. Jumlah informan yang banyak sehingga menggunakan alat bantu untuk mengklasifikasikan data dengan menggunakan skala ordinal dan diringkas melalui tabel frekuensi