



**EVALUASI MINAT PEMANFAATAN PROGRAM
AMBULANCE HEBAT (SI CEPAT) SEMARANG
PADA BIDAN PRAKTEK MANDIRI TAHUN 2018**

PROPOSAL TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2**

**Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**

**Oleh:
JOKO SATRIO
NIM : 25010116410003**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2018**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan upaya untuk memelihara kesehatan yang bertujuan agar tercapai derajat kesehatan yang optimal bagi individu sendiri maupun masyarakat. Dalam proses pelaksanaan pelayanan kesehatan, terdapat hubungan erat antara petugas kesehatan, fasilitas kesehatan dan pasien (1). Lavey dan Loomba menyatakan bahwa, Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan baik mandiri ataupun kolektif didalam sebuah organisasi sebagai upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan yang ditujukan untuk perseorangan, kelompok dan masyarakat (2). Azwar, 1999, menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan aktifitas dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan yang tersedia dalam bentuk rawat jalan, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan, serta rawat inap, maupun kegiatan lain berdasarkan unsur ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran pelayanan, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau serta bermutu (3). Pelayanan kesehatan merupakan hak setiap warga negara yang dijamin didalam Undang Undang Dasar 1945. Berdasarkan Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan, bentuk pelayanan kesehatan secara umum dibagi menjadi dua, yaitu Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*) dan Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*). Kemudian didalam Pasal 54 ayat (1) UU

Kesehatan menegaskan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan non diskriminatif (4). Oleh karena itu setiap orang dapat memperoleh pelayanan kesehatan secara efektif yang mendahulukan keselamatan nyawa pasien dibandingkan dengan kepentingan lainnya.

Ambulance merupakan salah satu sarana kesehatan yang memiliki peran penting dalam pelayanan kesehatan perseorangan (5). Pada sistem pelayanan gawat darurat, ambulan berperan dalam pelayanan gawat darurat prarumah sakit untuk mengurangi munculnya korban yang sia-sia. Salah satu contoh kondisi gawat darurat yang membutuhkan pertolongan pertama dengan cepat dan tepat adalah kecelakaan lalu lintas. Kecelakaan telah menjadi penyebab tertinggi kematian pada usia 15-29 tahun, penyebab kematian tertinggi kedua pada usia 5-14 tahun, dan menjadi penyebab tertinggi kematian ketiga pada usia 30-44 tahun di dunia (6). *WHO's Global Burden of Disease Project* pada tahun 2004 menyatakan terjadi kematian lebih dari 1,27 juta orang tiap tahunnya akibat kecelakaan lalu lintas. Diperkirakan kecelakaan akan menjadi penyebab kematian nomor empat di dunia pada tahun 2030 (7). Di Indonesia sendiri, kecelakaan menjadi urutan pertama penyebab kematian akibat kegawatdaruratan (8). Selain kecelakaan lalu lintas, dewasa ini telah terjadi perubahan pada pola hidup sehingga membuat masalah kesehatan menjadi semakin kompleks. Kondisi darurat seperti kasus kardiovaskuler atau kondisi gawat darurat medis lainnya, kecelakaan kerja maupun kegawatdaruratan obstetri serta kejadian bencana alam. Untuk itu diperlukan suatu sistem manajemen emergensi, sehingga kasus-kasus emergensi dapat ditangani dengan cepat, tepat dan

terarah. Hal tersebut menginisiasi pemerintah membuat Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 tentang sistem penanggulangan gawat darurat terpadu, *Public Safety Center (PSC) 119* dalam bentuk ambulance kegawatdaruratan yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah kota Semarang menjadi program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang (9).

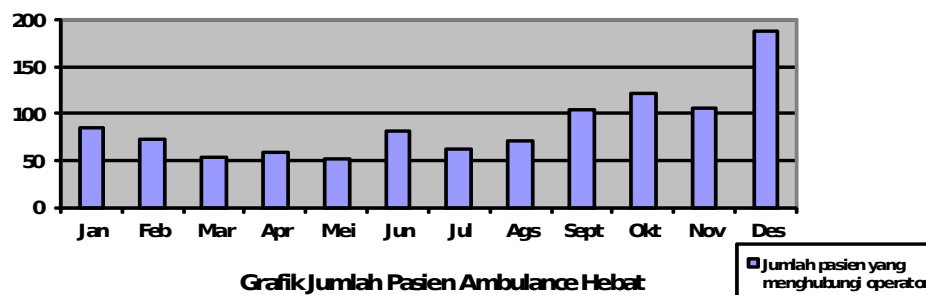
Program Ambulance Hebat atau Si Cepat adalah layanan ambulance emergensi untuk menangani kasus kegawatdaruratan di Kota Semarang. Ambulance Hebat merupakan layanan gratis yang disediakan Pemerintah Kota Semarang, di bawah pengelolaan Dinas Kesehatan Kota Semarang. Ambulance Hebat mulai beroperasi sejak 17 Januari 2017. Ambulance Hebat memiliki perbedaan dengan ambulance lainnya, yaitu Ambulance Hebat merupakan fasilitas kesehatan pratama mobile yang menyediakan layanan gawat darurat dengan dilengkapi dengan alat dan obat emergensi, serta ditangani langsung oleh dokter, serta tenaga medis lainnya seperti bidan, perawat dan supir yang berpengalaman dalam setiap kunjungannya (5). Ambulance Hebat tersebar di lima titik di kota Semarang. Lima titik tersebut terdiri dari Kantor Dinas Kesehatan Kota Semarang sebagai pusat koordinasi, Puskesmas Bangetayu untuk wilayah Semarang Timur, Puskesmas Karangmalang untuk wilayah Semarang Barat, Puskesmas Srandol untuk wilayah Semarang Selatan dan Puskesmas Halmahera untuk wilayah Semarang Utara. Upaya kesehatan yang dibuat oleh pemerintah kota Semarang tersebut sesuai dengan pernyataan dari Hunyadi-Anticevic, 2006, yaitu pelayanan emergensi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan primer yang membutuhkan reaksi tindak lanjut secara cepat. Pelayanan

emergensi pra rumah sakit seharusnya memperoleh dukungan penuh dari pemerintah sehingga masyarakat dapat mengakses pelayanan emergensi pra rumah sakit secara gratis (10).

Pedoman penyelenggaraan program Ambulance Hebat berdasarkan Permenkes No. 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu, Kepmenkes RI Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit, serta Kepmenkes RI Nomor 882/Menkes/SK/X/2009 tentang Pedoman Penanganan Evakuasi Medik. Program Ambulance Hebat terdiri dari 5 tim yang masing-masing terdiri dari 5 perawat, 5 dokter umum, 5 bidan, 5 driver. Untuk bagian administrasi dilaksanakan secara terpusat di Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan 5 operator call center, serta 4 tenaga administrasi sehingga komunikasi juga dilakukan secara terpusat yang diperantarai oleh operator (11).

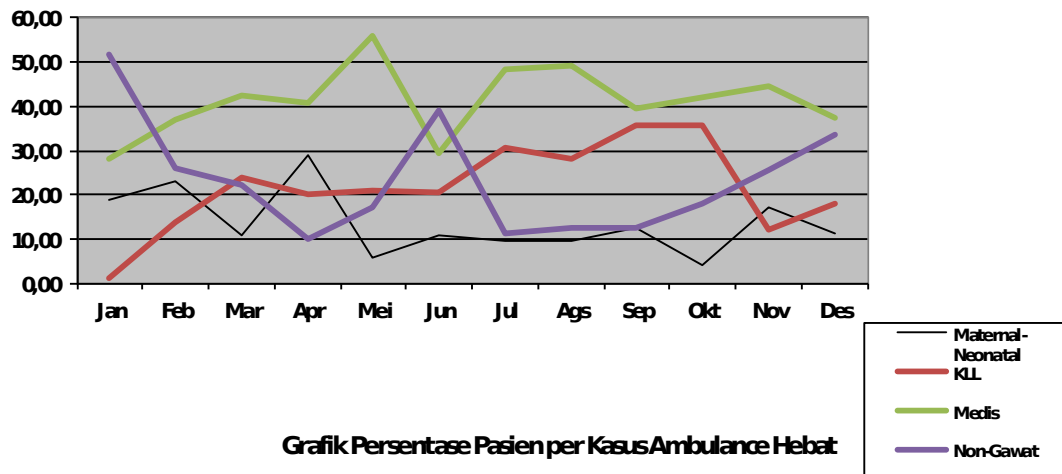
Di awal peluncuran program Ambulance Hebat telah mendapat respon yang sangat positif dari masyarakat. Baru dua minggu diluncurkan, jumlah pasien yang menghubungi operator untuk menggunakan layanan Ambulance Hebat mencapai 85 orang. Diikuti dibulan Februari jumlah pasien yang menghubungi operator mencapai 73 orang. Pada bulan Maret terjadi penurunan yaitu 54 orang , kemudian 59 orang dibulan April, dan 52 orang di bulan Mei. Pada bulan Juni jumlah pasien yang menghubungi Ambulance Hebat mencapai 82 orang, kemudian 62 orang dibulan Juli, dan 71 orang dibulan Agustus. Pada bulan September diberlakukan kebijakan baru, yaitu Ambulance Hebat juga melayani pasien non gawat darurat, sehingga terjadi peningkatan jumlah pasien sebanyak 104 orang di bulan September, 121

orang di bulan Oktober, 105 orang di bulan November dan 188 orang di bulan Desember. Menurut Kepala Bidang Pelayanan kesehatan DKK Semarang, meskipun telah dibuka akses Ambulance Hebat bagi pasien non gawat darurat, namun cakupan pelayanan Ambulance Hebat jika dibandingkan dengan penduduk Kota Semarang masih tergolong rendah(12).



Gambar 1.1 Grafik Jumlah Pasien Ambulance Hebat

Dari data jumlah pasien berdasarkan jenis kasus yang ditangani, program Ambulance Hebat dibagi menjadi tiga jenis kasus, yaitu kasus *maternal-neonatal*, kasus kecelakaan lalu lintas, dan kasus medis. Kemudian sejak bulan September ditambahkan juga pelayanan non gawat darurat. Berikut data yang diperoleh dari bulan Januari hingga Desember 2017.



Gambar 1.2 Grafik Persentase Pasien per Kasus Ambulance Hebat

Pada kasus *Maternal-Neonatal* diperoleh data sebanyak 18,82% kasus pada bulan Januari, 23,29% kasus pada bulan Februari, 11,11 % kasus pada bulan Maret, 28,81% kasus pada bulan April, 5,77% kasus pada bulan Mei, 10,98% kasus pada bulan Juni, 9,68% kasus pada bulan Juli, 9,86% kasus pada bulan Agustus, 12,50% kasus pada bulan September, 4,13% kasus pada bulan Oktober, 17,14% kasus pada bulan November, dan 11,17% kasus pada bulan Desember. Grafik tersebut menunjukkan kasus *maternal-neonatal* menjadi kasus yang rendah peminatnya, bahkan terjadi penurunan yang signifikan sejak bulan Mei. Penurunan pasien *maternal-neonatal* juga tidak sebanding dengan angka kematian ibu dan bayi yang masih tinggi di kota Semarang. Pada tahun 2017, angka kematian ibu mencapai 23 ibu, dan angka kematian bayi mencapai 197 bayi (12), untuk kasus kematian ibu hamil sendiri 70% terjadi karena kegawatdaruratan ketika nifas, 30% terjadi ketika hamil dengan kegawatan berupa pre eklamsia, eklamsia, perdarahan, dan lainnya. Berdasarkan tempat terjadinya kematian,

78% kematian terjadi dirumahsakit dengan waktu rawat kurang dari 48 jam. Dari studi pendahuluan yang dilakukan pada beberapa bidan praktek mandiri yang pernah menggunakan Ambulance Hebat, responden cenderung memilih untuk menggunakan taksi atau kendaraan pribadi pasien dari pada menghubungi Ambulance Hebat karena dianggap lebih praktis dan cepat. Konsumen pada kasus *maternal-neonatal* merupakan konsumen internal yang telah mendapat sosialisasi secara khusus dan sangat mengetahui bagaimana pelayanan Ambulance Hebat, yaitu Bidan Praktek Mandiri. Program Ambulance hebat merupakan layanan kegawatdaruratan yang diharapkan menjadi suatu solusi dalam menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang diketahui banyak terjadi karena keterlambatan dalam merujuk. Pada kasus tersebut, penanganan kegawatdaruratan sangatlah penting, akan tetapi response time dalam penanganan kegawatdaruratan juga sangat penting karena setiap kasus memiliki *golden periode* sehingga harus ditangani dengan cepat dan tepat (13).

Indikator penting dalam pelayanan emergensi prarumah sakit adalah *Response time*. *Response time* adalah waktu yang diperlukan oleh ambulan untuk dapat merespon panggilan darurat yang telah dilakukan. *Response time* merupakan suatu tolak ukur yang dapat digunakan dalam menilai kinerja pelayanan emergensi prarumah sakit. Ada beberapa kendala yang dihadapi oleh pelayanan emergensi prarumah sakit dalam memenuhi durasi *response time* ini. Diantaranya adalah jarak tempuh, kondisi fisik jalan, situasi lalu lintas, dan kondisi serta kepadatan perumahan (14).

Menurut Azrul Azwar, 1996, indikator terpenting mutu pelayanan kesehatan adalah kepuasan setiap pengguna jasa pelayanan kesehatan

yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penyelenggara yang sesuai dengan standart operasional dan kode etik profesi (3). Ketika pelayanan yang diterima sesuai dengan apa yang diharapkan, maka dapat dipersepsikan bahwa pelayanan tersebut memuaskan. Apabila pelayanan yang diterima lebih buruk dari apa yang diharapkan, maka pelayanan tersebut dapat dipersepsikan kurang bermutu(15). Baik dan buruk reputasi institusi pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kompetensi petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pengguna jasa pelayanan di institusi pelayanan kesehatan (16). Variabel dimensi mutu pelayanan kesehatan pada penelitian terdiri dari bukti fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati, yang kemudian dijabarkan menjadi beberapa item variabel.

Menurut Buckley, 2009, minat pasien pada suatu pelayanan kesehatan merupakan indikator kualitas pelayanan kesehatan, baik di bagian *emergency department* termasuk prarumah sakit, maupun bagian lain dalam sistem pelayanan kesehatan (17). Sehingga pengukuran minat pasien menjadi sangat penting sebagai salah satu rujukan untuk perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan(18). Evaluasi pada suatu pelayanan kesehatan sangat penting dilakukan untuk proses perbaikan pada kegiatan organisasi untuk meningkatkan produktifitas dan proses penjaminan mutu pelayanan sehingga organisasi mampu meningkatkan daya saing, mampu melindungi konsumen, tenaga kerja, serta masyarakat(19). Belum pernah dilakukan suatu kajian untuk mengevaluasi Program Ambulance Hebat Semarang sebelumnya. Oleh karena itu peneliti bermaksud melakukan penelitian untuk mengevaluasi minat pemafaatan Program Ambulance Hebat Semarang pada bidan praktek mandiri.

B. Perumusan Masalah

Tingginya angka kematian di lokasi prarumah sakit yang diakibatkan kasus *emergency* menginisiasi pemerintah kota Semarang membuat program Ambulance Hebat (Si Cepat) Semarang. Akan tetapi cakupan penggunaan layanan program Ambulance Hebat masih tergolong rendah. Belum pernah ada penelitian yang melakukan evaluasi tentang minat pemanfaatan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang untuk kasus emergensi pada bidan praktek mandiri, oleh karena itu penelitian ini perlu dilakukan.

C. Pertanyaan Penelitian

Dari uraian diatas, maka pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana evaluasi tentang minat pemanfaatan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang pada bidan praktek mandiri tahun 2018 ?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengevaluasi minat pemanfatan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui kebutuhan pelayanan kegawatdaruratan pada bidan praktek mandiri di kota Semarang.
- b. Mengetahui persepsi mutu pada bidan praktek mandiri tentang program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.

- c. Mengetahui estimasi Response Time Program Ambulance Hebat (si Cepat) Semarang pada bidan praktek mandiri.
- d. Mengetahui minat bidan praktek mandiri untuk memanfaatkan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.
- e. Mengetahui hubungan antara kebutuhan dengan minat bidan praktek mandiri pada pemanfaatan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.
- f. Mengetahui hubungan antara persepsi mutu dengan minat bidan praktek mandiri pada pemanfaatan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.
- g. Mengetahui hubungan antara estimasi response time dengan minat bidan praktek mandiri pada pemanfaatan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.
- h. Dari hasil penelitian, digunakan untuk mengetahui mengapa permasalahan tersebut muncul dalam Program Ambulance Hebat (si cepat)

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan kepada para pengambil kebijakan khususnya di sektor kesehatan sebagai dasar pembuatan atau pengambilan keputusan serta menentukan strategi dalam pelaksanaan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.

2. Bagi konsumen
 - a. Menyalurkan aspirasi terkait persepsi mutu dan minat dalam menggunakan kembali program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.
 - b. Menambah pengetahuan dan pembelajaran.
3. Bagi Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Dapat menambah kepustakaan dan referensi untuk pengembangan ilmu pengetahuan di bidang administrasi kebijakan kesehatan yang berkaitan dengan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.
4. Bagi Peneliti
Memberi wawasan baru untuk peneliti yang tertarik dengan penelitian mengenai program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang

F. Ruang Lingkup Penelitian

1. Lingkup waktu
Waktu penelitian adalah bulan Maret sampai April 2017
2. Lingkup tempat
Tempat penelitian di kota Semarang
3. Lingkup materi
Penelitian ini termasuk dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat, khususnya Administrasi Kebijakan Kesehatan, terutama pengembangan program kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
4. Lingkup metode
Metode pada penelitian ini adalah kuantitatif.

G. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian Kuantitatif dengan rancangan studi *crosssectional*.

H. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang hubungan antara persepsi konsumen tentang mutu pelayanan dengan minat pemanfaatan ulang program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang belum pernah dilakukan, namun ada beberapa penelitian lain yang hampir sama dengan penelitian ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Unit Analisis	Variabel Penelitian	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
Widiastuti (2009)	<i>Networking dalam Yogyakarta Emergency Services 118 (YES 118)</i>	pelayanan Yogyakarta <i>Emergency Services 118</i>	<i>Networking</i> , Pola relasi, Saling ketergantungan, Pengelolaan Jaringan kerjasama	kualitatif dengan metode deskriptif dan eksplanatory	Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa antara unsur pemerintah (Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta), unsur swasta (rumah sakit yang tergabung dalam jaringan YES 118), dan unsur masyarakat memiliki peran dalam pelayanan gawat darurat dengan tata cara dan prosedur masing-masing (20).
Ong et al., (2009)	<i>Geographic-Time Distribution of Ambulance Calls in Singapore</i>	Singapura	Waktu panggilan ambulans Pola persebaran geografis	observasional prospektif	Hasil dari penelitian ini adalah adanya pola persebaran geografis dari panggilan ambulans yang menunjukkan pemanfaatan sistem informasi geografis yang dapat

					meningkatkan efektifitas ambulan (21)
Peleg & Pliskin (2004)	<i>A Geographic Information System Simulation Model of EMS: Reducing Ambulance Response Time</i>	Israel	Respon model ambulan Response time Peluang keselamatan pasien Efektifitas biaya	restrospektif review	Hasil dari penelitian adalah dengan menggunakan model simulasi sistem informasi geografis menunjukkan adanya penurunan response time sehingga dapat meningkatkan peluang keselamatan pasien dan efektifitas biaya dan waktu (22).
Peters & Hall (1999)	<i>Assessment of Ambulance Response Performance using a Geographic Information System.</i>	Southern Ontario, Canada	kinerja pelayanan ambulan sistem informasi geografis	Study kasus	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa, pemanfaatan aplikasi yang berbasis sistem informasi geografis dalam pelayanan ambulan memberikan banyak keuntungan, dan dapat mengidentifikasi dengan cepat evaluasi kinerja pelayanan (23)
Joko Satrio, 2018	Evaluasi Minat Pemanfaat-an Program Ambulance Hebat (Si Cepat) Semarang Tahun 2018	Semarang, Indonesia	Kebutuhan Persepsi Mutu Response Time Minat pemanfaatan	Kuantitatif, Crossectional	-

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Mutu

Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan penampilan suatu pelayanan kesehatan yang dapat digunakan dalam pengukuran dan proses peningkatan mutu agar terpenuhi kebutuhan dan harapan dari pelanggan. Memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan bertujuan untuk mencapai mutu pelayanan yang optimal (24).

Ali Gufran, 2007 memiliki perbedaan penafsiran mengenai istilah mutu. Ketika istilah mutu digunakan untuk menggambarkan sebuah produk atau pelayanan tertentu, bermutu tinggi adalah ketika sesuatu tersebut dianggap lebih cepat, lebih baik, lebih mewah dan lebih mahal dibandingkan dengan produk atau layanan lainnya (25).

Pelayanan kesehatan bermutu dapat diartikan sebagai layanan yang memuaskan pelanggan. Padahal mungkin layanan yang diberikan tidak memenuhi standar pelayanan medis profesional. Begitu juga sebaliknya, pelayanan yang sudah sesuai dengan standar pelayanan medis bisa juga dinilai tidak bermutu oleh pelanggan. Mutu pada pelayanan kesehatan tersebut bersifat multidimensional. Untuk itu penilaian mutu dibagi menjadi beberapa persepsi mutu berdasarkan pada siapa mutu itu dinilai. Bergantung pada latar belakang dan kepentingan individual. Dengan demikian, setiap orang dapat saja melakukan penilaian dengan dimensi yang berbeda (26).

Pelanggan insitusi pelayanan kesehatan menurut Prof.dr.A.A Gde Muninjaya, 2013, dibedakan menjadi dua yaitu :

- a. Pelanggan internal (*internal customer*) yaitu mereka yang bekerja di dalam institusi kesehatan seperti staf medis, paramedis, teknisi, administrasi, pengelola dan lain sebagainya.
- b. Pelanggan eksternal (*external customer*) yaitu pasien, keluarga pasien, pengunjung, pemerintah, perusahaan asuransi kesehatan, masyarakat umum, rekanan, lembaga swadaya masyarakat dan lain sebagainya (27).

Mutu dapat dinilai dan diukur dengan berbagai pendekatan. Metode pengukuran yang digunakan dalam upaya meningkatkan mutu tersebut dapat digunakan pada dimensi input, proses dan output (16).

Dalam model yang dikembangkan oleh Dabholkar (1996), kualitas jasa dievaluasi pada tiga level berbeda yaitu level dimensi, level keseluruhan (overall), dan level sub dimensi. Dimensi kualitas jasa ini meliputi lima faktor utama (28)

- a. Aspek Fisik (*Physical Aspect*)

Meliputi penampilan fisik dan kenyamanan yang ditawarkan kepada pelanggan berkaitan dengan layout fasilitas fisik. Penampilan fisik menyangkut tatanan interior dan eksterior rumah sakit yang modern dan menarik secara visual; perlengkapan yang berkaitan dengan perlengkapan rumah sakit seperti plastik tempat obat, kartu berobat, dan lain sebagainya; kebersihan dan

kenyamanan rumah sakit; serta ruangan yang mudah dicari oleh konsumen.

b. Reliabilitas (*Reliability*)

Berkaitan dengan kemampuan perusahaan untuk memberikan layanan yang akurat sejak pertama kali tanpa membuat kesalahan apapun dan menyampaikan jasanya sesuai dengan waktu yang disepakati. Reliabilitas disini dipilah ke dalam dua sub dimensi yaitu memenuhi janji (*keeping promise*) dan memberikan layanan dengan tepat (*doing it right*).

c. Interaksi Personal (*Personal Interaction*)

Mengacu pada kemampuan karyawan jasa dalam menumbuhkan kepercayaan kepada pasien dan sikap sopan atau suka membantu. Pada prinsipnya, dimensi ini merefleksikan cara karyawan memperlakukan para pelanggan tentang bagaimana pengetahuan tenaga rumah sakit dalam menjawab pertanyaan dari pasien dan keluarganya, kemudian menumbuhkan kepercayaan pada pasien serta memberikan perhatian yang tulus sehingga pasien merasa aman dalam memanfaatkan pelayanan di rumah sakit.

d. Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)

Dimensi ini berkaitan kepekaan tenaga rumah sakit dalam mengatasi komplain dari pasien dan keluarganya. Aspek ini akan melibatkan interaksi antara pasien dan pegawai rumah sakit, secara spesifik berkaitan dengan penanganan masalah.

e. Kebijakan (*Policy*)

Dimensi ini mencakup aspek kualitas jasa yang secara langsung dipengaruhi kebijakan rumah sakit. Kebijakan rumah sakit mencerminkan bahwa rumah sakit tersebut responsif terhadap kebutuhan pelanggan atau tidak. Dimensi ini meliputi jam buka yang sesuai dengan kebutuhan pasien, fasilitas parkir yang luas, nyaman dan teduh serta dekat dengan fasilitas umum.

Hal yang memerlukan pemantauan dalam upaya memperbaiki mutu adalah kepuasan pelanggan dan standar pelayanan kesehatan. Kedua aspek tersebut harus seimbang. Sehingga dalam pengertian yang luas, Ali Gufran, 2007, menyatakan bahwa pelayanan yang dikatakan bermutu dapat diartikan dengan seberapa jauh realisasi suatu pelayanan kesehatan yang diberikan petugas kesehatan telah sesuai dengan standar operasional medis profesional, sekaligus apakah pelayanan yang diberikan secara efisien mampu memenuhi dan melebihi kebutuhan maupun keinginan pelanggan (25).

2. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Parasuraman, Berry, dan Zeithaml, dalam Muninjaya (2013), menganalisis dimensi mutu pelayanan kesehatan berdasarkan lima aspek komponen. Lima aspek tersebut dikenal dengan nama Servqual (*Service Quality*). Servqual mempunyai kontribusi dalam mengidentifikasi masalah dan dapat digunakan untuk menentukan langkah awal bagi pemberi

pelayanan untuk mengevaluasi kualitas pelayanan yang telah diberikan (29). Dimensi mutu tersebut adalah :

a. Bukti fisik (tangibles)

Dapat diartikan mutu pelayanan dirasakan langsung terhadap penampilan fasilitas fisik serta pendukung dalam pelayanan.

- 1) Kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan.
- 2) Penataan eksterior dan interior.
- 3) Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai.
- 4) Kerapian dan kebersihan penampilan petugas.

b. Keandalan (reliability)

Merupakan kemampuan pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan tepat waktu dan akurat sesuai dengan standar yang ada.

- 1) Proses penerimaan pasien yang cepat dan tepat.
- 2) Pelayanan pemeriksaan, pengobatan yang cepat dan tepat.
- 3) Jadwal pelayanan dijalankan dengan tepat.
- 4) Prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit.

c. Daya tanggap (responsiveness)

Yaitu pelayanan yang cepat sesuai prosedur yang dilakukan oleh petugas yang mampu memenuhi harapan pelanggan.

- 1) Kemauan petugas untuk cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien
- 2) Petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti.
- 3) Tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan.

d. Jaminan (assurance)

Yaitu rasa aman dan kenyamanan pelanggan karena terciptanya unsur kepercayaan terhadap petugas yang berkompeten, memiliki kredibilitas dan memiliki ketrampilan yang baik dalam memberikan pelayanan, sehingga pelanggan memperoleh jaminan pelayanan yang aman dan nyaman.

- 1) Pengetahuan dan kemampuan petugas menetapkan problematic pasien
- 2) Ketrampilan petugas dalam bekerja
- 3) Pelayanan yang sopan dan ramah.
- 4) Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan

e. Empati (emphaty)

Merupakan kepedulian dan perhatian petugas kepada pelanggan dengan cara mendengarkan dengan baik semua keluhan pelanggan, serta memahami apa yang menjadi kebutuhan pelanggan sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal.

- 1) Memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien
- 2) Perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarga.
- 3) Pelayanan pada semua pasien tanpa memandang status social

Pengukuran kesenjangan dalam servqual

Model kualitas layanan ciptaan Parasuraman dkk mengidentifikasi alasan-alasan terciptanya kesenjangan antara persepsi dan ekspektasi konsumen (29). Terdapat lima kesenjangan (*Gap*) dan patut diketahui

terlebih dahulu bahwa *Gap 5* adalah produk dari *Gap 1, 2, 3, dan 4*. Jika *Gap 1* hingga *Gap4* dapat ditutup, maka secara otomatis *Gap 5* akan tertutup (29). *Gap* tersebut adalah sebagai berikut:

Gap 1, adalah kesenjangan antara apa yang menjadi harapan konsumen dan apa yang diasumsikan manajemen perusahaan sebagai harapan konsumen.

Gap 2, adalah kesenjangan yang terjadi ketika manajemen gagal mendesain standar layanan yang memenuhi harapan konsumen.

Gap 3, terjadi saat sistem penyampaian layanan oleh perusahaan yang terdiri dari SDM, teknologi, dan proses gagal memenuhi standar yang telah ditentukan.

Gap 4, terjadi ketika komunikasi yang terjadi antara perusahaan dengan konsumen menjanjikan level pelayanan yang tidak dapat diberikan oleh SDM, teknologi, dan proses.

Agar *Gap 5* dapat ditemukan, model *servqual* yang terdiri dari 22 item berperan penting. Berikut ini adalah penjelasan kelima dimensi *servqual*.

Kepentingan-kepentingan relatif dari variabel-variabel yang ada juga diukur untuk memungkinkan perhitungan kepentingan relatif antara ekspektasi dan persepsi. Setelahnya, manajemen dapat berfokus kepada strategi dan taktik untuk menutup kesenjangan-kesenjangan yang paling signifikan (30). Model *servqual* juga dapat digunakan untuk keperluan pemasaran internal. Basis pemikirannya adalah setiap individu di dalam organisasi, khususnya perusahaan jasa, harus memahami bahwa mereka

memiliki konsumen untuk dilayani. Berdasarkan riset, terdapat hubungan positif antara kualitas layanan internal dan eksternal dengan kepuasan konsumen, loyalitas konsumen, dan laba perusahaan.

Riset pemasaran dapat diadaptasi untuk keperluan hubungan dengan karyawan. Karyawan dapat diberikan kesempatan memberikan masukan kepada manajemen mengenai lingkungan kerja, kebijakan perusahaan, dan pemahaman pribadi karyawan mengenai arti kualitas bagi konsumen. Hubungan antarjenjang organisasi dari atas hingga bawah juga penting (31). Di sini, model *servqual* dapat membantu kita melakukan pengukuran internal.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan

Prinsip utama dalam penilaian mutu pada layanan kesehatan adalah bagaimana kepedulian petugas kesehatan terhadap pelanggan (32). Pasien merupakan pelanggan eksternal yang menginginkan solusi dari setiap masalah kesehatan. Solusi dari setiap masalah kesehatan tersebut dapat disebut sebagai luaran (*outcome*) dari pelayanan (33). Selain luaran, pasien akan merasakan dan dapat menilai secara langsung bagaimana proses pelayanan itu diberikan. Pelayanan yang baik, adalah pelayanan yang peduli dan memperhatikan nilai kebutuhan (*needs*) pelanggan, nilai harapan (*expectation*) pelanggan, serta nilai manfaat (*value*) yang didapatkan oleh pelanggan. Upaya peningkatan mutu pelayanan dan kinerja sangat perlu berpedoman pada trilogi tersebut. Harapan (*expectation*) yang dimiliki pelanggan tidak sekedar diartikan sebagai apa yang menjadi keinginan atau sesuatu yang menjadi harapan bagi

pelanggan, tetapi juga akan menjadi sesuatu yang dapat dinikmati selama proses pelayanan diberikan (34).

Kualitas pelayanan dapat didefinisikan sebagai perbedaan antara pelayanan yang secara nyata diterima dengan harapan pelanggan (18). Di industri pelayanan kesehatan, terdapat beberapa jenis pelayanan yang sama difasilitas pelayanan kesehatan yang berbeda, namun kualitas pelayanan dari masing-masing fasilitas kesehatan belum tentu sama. Pasien adalah pelanggan, sehingga pasien menjadi bagian yang terpenting dalam perkembangan industri kesehatan.

Hal ini didukung dengan teori dari Muninjaya (2013) bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dikaji berdasarkan *output* sistem pelayanan kesehatan. Sedangkan output sistem pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh tiga komponen yaitu masukan/input, proses dan lingkungan (27).

B. Evaluasi Program Kesehatan

1. Pengertian

Evaluasi atau kegiatan penilaian adalah merupakan bagian integral dari fungsi manajemen dan didasarkan pada sistem informasi manajemen. Evaluasi dilaksanakan karena adanya dorongan atau keinginan untuk mengukur pencapaian hasil kerja atau kegiatan pelaksanaan program terhadap tujuan yang ditetapkan. Evaluasi dimaksudkan untuk mendapatkan informasi yang relevan guna pengambilan keputusan (35).

Menurut Alwi, A. (2011), secara umum istilah evaluasi dapat diartikan suatu proses pemberian pertimbangan mengenai nilai dan arti sesuatu

yang dipertimbangkan. Sesuatu tersebut dapat berupa orang, benda, kegiatan, keadaan, atau suatu kesatuan atau kelompok tertentu seperti materi pelajaran, kurikulum, proyek, program itu sendiri. Proses evaluasi selalu mengandung *judgement* (penilaian atau penentuan) yang didasarkan oleh kriteria tertentu. Kriteria dapat ditentukan oleh evaluator sendiri atau dari pemberi tugas(36).

2. Jenis Evaluasi

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan pada tahap pelaksanaan program dengan tujuan untuk mengubah atau memperbaiki program. Evaluasi ini dilakukan untuk memperbaiki program yang sedang berjalan dan didasarkan atas kegiatan sehari-hari, minggu, bulan bahkan tahun, atau waktu relatif pendek. Manfaat evaluasi formatif terutama untuk memberikan umpan balik kepada manajer program tentang kemajuan hasil yang dicapai beserta hambatan-hambatan yang dihadapi. Evaluasi formatif disebut juga sebagai evaluasi proses atau *monitoring*.

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan untuk melihat hasil keseluruhan dari suatu program yang telah selesai dilakukan. Evaluasi ini dilakukan pada akhir kegiatan atau beberapa kurun waktu setelah program, guna menilai keberhasilan program. Hasil evaluasi dapat memberikan jawaban atas pertanyaan, apakah tujuan program dapat tercapai atau tidak dan alasan-alasan mengapa demikian.

Karena itu, keluaran (*output*) program berupa efek hasil keluaran (*outcome*) dan dampak sangat diperlukan.

3. Komponen evaluasi program kesehatan

Menurut Donabedian dalam Alwi, A. (2011) penilaian mutu dibagi menjadi tiga pendekatan, yaitu :

a. *Input*

Yang termasuk dalam aspek *input* meliputi segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan kegiatan berupa sumber daya manusia, dana dan sarana. *Input* fokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi, termasuk komitmen, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas dimana pelayanan diberikan.

b. *Proses*

Merupakan segala aktivitas yang dilaksanakan dengan cara profesional oleh tenaga kesehatan yaitu dokter, perawat, dan tenaga profesi lain, serta bagaimana interaksi tenaga kesehatan dengan pasien, yang meliputi metode yang digunakan atau tata cara pelayanan kesehatan dan bagaimana pelaksanaan fungsi manajemen dari organisasi kesehatan.

c. *Output*

Aspek keluaran adalah mutu pelayanan yang diberikan melalui tindakan tenaga kesehatan yang dirasakan secara langsung oleh pasien sehingga memberikan perubahan pada tingkat kesehatan dan kepuasan pasien (36).

Menurut Kotler (2000) kepuasan konsumen adalah perasaan seseorang yang puas atau sebaliknya setelah membandingkan antara

kenyataan dan harapan yang diterima dari sebuah produk atau jasa (37). Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat Berdasarkan prinsip pelayanan sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan Men.PAN Nomor: 63/KEP/M.PAN/7/2003, unsur minimal yang harus ada untuk dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan.
- b. Persyaratan Pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administratif yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya.
- c. Kejelasan petugas pelayanan, yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggung jawabnya).
- d. Kedisiplinan petugas pelayanan, yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku
- e. Tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggungjawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan.
- f. Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan ketrampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/ menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat.
- g. Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan.

- h. Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani.
- i. Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati.
- j. Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan.
- k. Kepastian biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan.
- l. Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
- m. Kenyamanan lingkungan, yaitu kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan.
- n. Keamanan pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan atau sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan (37).

C. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan proses menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan berupa rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan, rawat jalan, serta berbagai bentuk kegiatan lainnya yang berasal dari proses pemanfaatan pelayanan

kesehatan berdasarkan unsur ketersediaan pelayanan yang berkesinambungan, unsur penerimaan oleh masyarakat dan kewajaran, unsur kemudahan untuk dicapai oleh masyarakat, unsur keterjangkauan, serta unsur mutu (38).

Teori sosiologi oleh Rogers, menyatakan bahwa manusia akan mengalami proses psikologi yang dimulai dari awal ketika orang tersebut menerima suatu ide baru, yang didalamnya terdapat berbagai macam proses yaitu menyadari atau mengetahui suatu ide baru (*awareness*), setelah itu mulai memberi perhatian kepada ide (*interest*), kemudian memberikan tanggapan dan penilaian (*evaluation*) terhadap ide tersebut, dan akhirnya mencoba memakainya (*trial*), diantara waktu ketika menerima sebuah informasi sampai akhirnya memilih dan memutuskan untuk menerima atau menolak ide baru. Kondisi tersebut jika dikaitkan dengan teori diatas akan memberi gambaran bahwa penilaian (*evaluation*) yang dilakukan responden akan sangat berpengaruh dengan keinginan untuk mencoba memakainya (*trial*) (39).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat berkaitan dengan waktu dimana seseorang memerlukan sebuah pelayanan kesehatan dan efektifitas pelayanan kesehatan. Kapan seseorang memerlukan sebuah pelayanan kesehatan pada umumnya dapat digambarkan sebagai waktu ketika seseorang merasakan adanya gangguan pada kesehatan (sakit). Waktu tersebut sifatnya tidak pasti. Hal tersebut memberikan informasi bahwa konsumen-konsumen pada fasilitas kesehatan tidak dapat dipastikan (40).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat berkaitan erat dengan penilaian pemakai jasa pelayanan tentang kualitas pelayanan yang diberikan. Kualitas pelayanan dapat dilihat dari beberapa aspek, diantaranya adalah ketersediaan pilihan, kualitas informasi, kemampuan petugas pelayanan, hubungan antara petugas dengan klien, dan mekanisme pelayanan lanjutan (41).

2. Faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan

a. Persepsi Masyarakat tentang Kesehatan

Menurut Twoddle, persepsi setiap orang mengenai sehat berbeda-beda. Terkadang kondisi yang dikatakan sehat bagi seseorang mungkin saja dirasakan sebagai kondisi tidak sehat bagi orang lain. Selain itu, juga ada perbedaan konsep sehat-sakit di dalam masyarakat. Secara objektif, bila seseorang terkena penyakit, fungsi salah satu organ tubuhnya terganggu, namun terkadang dia tidak merasa sakit. Sebaliknya, seseorang bisa merasa sakit dan merasakan sesuatu di dalam tubuhnya, tetapi dari pemeriksaan klinis tidak didapatkan kelainan yang menunjukkan ia sakit (42).

b. Persepsi Masyarakat tentang Kualitas

Persepsi tentang kualitas pelayanan dapat diukur melalui kaca mata pelanggan. Sama halnya dengan penilaian terhadap kualitas pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan tersebut tergantung bagaimana persepsi pasien terhadap pelayanan yang akan diterimanya. Persepsi pasien akan berpengaruh pada kepatuhan dalam proses pengobatan dan kesediannya untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kembali (43).

c. Pendapatan Keluarga

Saeed, Abdul-Aziz, dan XicangZhao (2013) menyatakan bahwa kondisi keuangan pada sebuah keluarga memiliki pengaruh terhadap keputusan keluarga tersebut dalam mencari pelayanan kesehatan. Tidak hanya dalam hal pembayaran pengobatan, akan tetapi biaya untuk transportasi, pendampingan dan biaya lainnya saat menjalani pengobatan juga menjadi beban bagi keuangan keluarga (44).

d. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan pada keluarga berkaitan dengan tingkat kesadaran dan pengetahuan setiap individu, sehingga bagaimana pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi tingkat pendidikan. Masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan rendah, cenderung kurang kesadarannya dan juga pengetahuan tentang pemanfaatan pelayanan kesehatannya kurang (1).

Hal tersebut sesuai dengan penelitian Yusniar (2012), yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan dipuskesmas. Tingkat pendidikan sangat relevan dengan tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang, sehingga pengetahuan tersebut berpengaruh pada persepsi seseorang terhadap pentingnya hidup sehat. Bagi masyarakat yang berpendidikan, mereka menganggap kesehatan adalah hal yang sangat penting, sehingga mereka berkecenderungan untuk aktif memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih banyak dibandingkan dengan masyarakat yang berpendidikan lebih rendah (45).

Menurut Andersen, determinan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga maupun individu bergantung pada beberapa karakteristik, yaitu:

1. *Predisposing factors*

Menggambarakan bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan yang berbeda-beda dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Faktor predisposisi adalah ciri-ciri yang telah ada pada individu dan keluarga sebelum menderita sakit, yaitu pengetahuan, sikap, dan kepercayaan terhadap kesehatan. Faktor ini berkaitan dengan karakteristik individu yang mencakup:

- a. Ciri demografi seperti : usia, jenis kelamin, status perkawinan, dan jumlah anggota keluarga. Variabel-variabel ini digunakan sebagai ukuran mutlak atau indikator fisiologis yang berbeda dan siklus hidup dengan asumsi bahwa perbedaan derajat kesehatan, derajat kesakitan, dan penggunaan pelayanan kesehatan sedikit banyak berhubungan dengan variabel tersebut. Ciri demografi juga mencerminkan atau berhubungan dengan karakteristik sosial (perbedaan sosial dari jenis kelamin mempengaruhi tipe dan ciri sosial).
- b. Struktur sosial, seperti : status sosial, ras, pendidikan, jenis pekerjaan, dan kesukuan (budaya). Variabel ini mencerminkan keadaan sosial dan individu atau keluarga di masyarakat. Masalah utama dari struktur sosial pada penggunaan pelayanan kesehatan ialah tidak diketahuinya mengapa variabel ini menyebabkan penggunaan pelayanan kesehatan. Pendekatan struktur sosial

didasarkan asumsi bahwa orang dengan latar belakang struktur sosial yang berentangan akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara tertentu.

- c. Sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan, misalnya kepercayaan terhadap dokter, petugas kesehatan, nilai terhadap penyakit, sikap dan kemampuan petugas kesehatan, fasilitas kesehatan, pengetahuan tentang penyakit (46).

2. *Enabling Factors* (Faktor Pemungkin)

Merupakan kondisi yang memungkinkan orang sakit memanfaatkan pelayanan kesehatan yang mencakup status ekonomi keluarga, akses terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada, dan penanggung biaya berobat/aspek logistik untuk mendapatkan perawatan yang meliputi:

a. Pribadi/keluarga (*Family resources*)

Adanya sumber pembiayaan dari diri sendiri maupun keluarga, sarana dan tahu mengakses pelayanan kesehatan, cakupan asuransi kesehatan, perjalanan, kualitas hubungan sosial. Karakteristik ini untuk mengukur kesanggupan dari individu dan keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan mereka.

b. Sumber daya masyarakat (*Community resources*)

SDM dalam konteks ini adalah penyedia pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat, dan ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia. SDM selanjutnya dalam suplay ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber-

sumber kesehatan. SDM mencakup tenaga kesehatan, fasilitas yang tersedia serta kecepatan pelayanan.

Faktor lain yang juga memungkinkan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah (47):

a. Pendapatan

Sejumlah penelitian telah mengungkapkan hubungan antara pendapatan keluarga dan pengeluaran untuk pelayanan kesehatan. Ketika studi ini didasarkan pada data survey sering ditemukan bahwa keluarga-keluarga dengan pendapatan yang lebih tinggi memiliki pengeluaran yang lebih besar untuk pelayanan kesehatan.

b. Harga

Hubungan tariff dengan *demand* (permintaan) terhadap pelayanan kesehatan adalah negative. Semakin tinggi tarif maka *demand* akan menjadi semakin rendah. Sangat penting untuk dicatat bahwa hubungan negatif ini secara khusus terlihat pada keadaan pasien yang mempunyai pilihan. Pada pelayanan Rumah Sakit, tingkat demand pasien sangat dipengaruhi oleh keputusan dokter. Keputusan dari dokter mempengaruhi *length of stay*, jenis pemeriksaan, keharusan untuk operasi dan berbagai tindakan medis keharusan untuk operasi, dan berbagai tindakan medis lainnya pada keadaan yang membutuhkan penanganan medis segera maka faktor tarif mungkin tidak berperan dalam mempengaruhi *demand* sehingga elastisitas harga bersifat

inelastic. Sebagai contoh, operasi dan berbagai tindakan medis lainnya. Pada keadaan yang membutuhkan penanganan medis segera maka faktor tarif mungkin tidak berperan dalam mempengaruhi *demand* sehingga elastisitas harga bersifat *inelastic*. Sebagai contoh, operasi segera akibat kecelakaan lalu lintas. Apabila tidak ditolong segera, maka korban dapat meninggal atau cacat seumur hidup.

c. Jaminan atau asuransi kesehatan

Asuransi dan jaminan kesehatan dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan. Dengan demikian hubungan dari asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan terhadap *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah bersifat positif. Pada Negara maju, faktor asuransi kesehatan menjadi penting dalam hal *demand* pelayanan kesehatan (48). Sebagai contoh, di Amerika Serikat.

d. Nilai waktu bagi pasien

Ketika harga pelayanan kesehatan diminimalkan maka seseorang akan mempertimbangkan penggunaan waktu seperti jauh dekatnya dengan tempat pelayanan kesehatan atau lama waktu tunggu sebelum mendapat pelayanan kesehatan juga akan mendapat perhatian dari konsumen.

3. *Need Factors* (Faktor Kebutuhan)

Teori pemanfaatan pelayanan kesehatan berkaitan erat dengan permintaan akan pelayanan kesehatan justru selama ini meningkat. Hal ini dikarenakan masyarakat sudah benar-benar mengeluh sakit serta mencari pengobatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan diantaranya adalah pengetahuan tentang kesehatan, sikap terhadap kemampuan fasilitas kesehatan tersebut.

Karakteristik ini merupakan persepsi kebutuhan dari seseorang terhadap penggunaan pelayanan kesehatan.

Faktor predisposisi dan faktor pendukung dapat terwujud menjadi tindakan pencarian pengobatan, apabila tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dikategorikan menjadi:

- a. Kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*), yaitu keadaan kesehatan yang dirasakan oleh keluarga.
- b. *Evaluated/clinical diagnosis* yang merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas.

Faktor *need* merupakan prediktor terkuat dari pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor *predisposing* tidak pernah lebih dari 3% untuk keseluruhan variasi perhitungan dari pemanfaatan pelayanan kesehatan dan faktor *enabling* merupakan faktor yang pengaruhnya tidak signifikan selain tersedianya sumber daya yang terus menerus untuk perawatan.

Model ini telah digunakan dalam beberapa penelitian yang melibatkan sejumlah besar responden. Dalam penelitian yang dilakukan Andersen (1968), berdasarkan survei terhadap 2367 keluarga pada tahun 1964, model tersebut menjelaskan 43% varians penggunaan pelayanan kesehatan (46).

Model ini sebenarnya telah dikritik karena tidak memberi perhatian yang cukup kepada jaringan sosial, interaksi sosial, dan budaya yang dapat mempengaruhi orang untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Kepercayaan seseorang terhadap kesehatan adalah sikap, nilai, dan pengetahuan yang seseorang miliki tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi persepsi mereka tentang kebutuhan adanya pelayanan kesehatan dan penggunaan layanan kesehatan (49). Kepercayaan kesehatan menyediakan satu cara untuk menjelaskan bagaimana struktur sosial dapat mempengaruhi sumber daya memungkinkan, kebutuhan yang dirasakan, dan penggunaan selanjutnya. Tujuan utama dari model perilaku ini adalah untuk menyediakan pengukuran terhadap akses penggunaan pelayanan kesehatan.

Meskipun faktor-faktor ini sangat berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan, tetapi model ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, hubungan mediasi mungkin tidak terjadi secara sistematis, meskipun ada antara variabel tertentu dari tiga kelompok faktor di atas. Tidak setiap variabel memiliki hubungan langsung dengan variabel lainnya. Misalnya, keyakinan kesehatan (bagian dari faktor predisposisi) mungkin tidak selalu mempengaruhi sumber daya pribadi atau keluarga

(bagian dari faktor pendukung), dan kebutuhan untuk kesehatan perawatan mungkin tidak tergantung pada faktor-faktor pendukung dan struktur sosial. Kedua, sumber daya tertentu yang diperlukan tetapi tidak cukup kondisi untuk penggunaan pelayanan kesehatan (46). Ketiga, struktural sosial karena lebih besar di luar kontrol individu adalah bagian dari struktur sosial, mereka harus dipilih bukan diperlakukan sebagai bagian dari kecenderungan individu. Akhirnya, ada juga penentu lainnya dalam penggunaan pelayanan kesehatan yang belum dimasukkan.

3. Model pemanfaatan pelayanan kesehatan

Model Andersen dan Anderson, menggolongkan model yang dilakukan dalam penelitian pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu:

a. Model Demografi

Variabel-variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Variabel ini digunakan sebagai ukuran atau indikator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

b. Model Struktur Sosial

Variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan etnis. Variabel ini mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga dalam masyarakat, yang juga dapat menggambarkan tentang gaya hidup mereka. Struktur sosial dan gaya hidup masyarakat ini akan menggambarkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri.

c. Model Sosial Psikologis

Variabel yang dipakai adalah pengetahuan, sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel psikologi ini mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.

d. Model Sumber Daya Keluarga

Variabel yang dipakai adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi kesehatan. Variabel ini dapat mengukur kesanggupan dari individu atas keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Makin komprehensif paket asuransi kesehatan yang sanggup individu beli, makin terjamin pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dapat dikonsumsi oleh individu.

e. Model Sumber Daya Masyarakat

Variabel yang dipakai adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Pada dasarnya model sumber daya masyarakat ini adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber kesehatan pada masyarakat. Artinya, makin banyak PPK yang tersedia, makin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

f. Model Organisasi

Variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan, meliputi gaya (*style*) praktek pengobatan (sendiri, rekanan atau kelompok), sifat alamiah (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak), lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit atau klinik), petugas

kesehatan yang pertama kali dikontak oleh pasien (dokter, perawat, atau yang lainnya).

g. Model Sistem Kesehatan.

Model ini mengintegrasikan keenam model di atas ke dalam suatu model yang lebih sempurna, sehingga apabila dilakukan analisa terhadap penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan semua faktor yang berpengaruh didalamnya (50).

D. *Public Safety Center* di Indonesia

Peningkatan jumlah penduduk, yang membawa perubahan pada pola hidup dan kondisi lingkungan membuat masalah kesehatan menjadi semakin beragam. Situasi darurat seperti kasus serangan jantung atau kondisi gawat darurat medis, kecelakaan baik kecelakaan kerja maupun kecelakaan kendaraan bermotor serta kejadian bencana alam memerlukan tindakan gawat darurat yang cepat, tepat dan terarah (51). Oleh karena itu diperlukan suatu sistem manajemen emergensi (*Emergency Management Systems*), sehingga kasus-kasus atau kejadian emergensi dapat ditangani dengan baik dan memadai (52).

Pelayanan kesehatan emergensi (*Health Emergency Service*) terbagi menjadi dua bagian, yaitu pelayanan prarumah sakit dan pelayanan *in-hospital*. Pelayanan prarumah sakit merupakan pelayanan emergensi yang diberikan sebelum tiba di rumah sakit dan berkenaan dengan transportasi atau yang disebut juga sebagai ambulans, dan pelayanan *in-hospital* merupakan pelayanan emergensi yang diberikan di unit gawat darurat yang ada di rumah sakit (53).

Response time menjadi salah satu hal penting dalam pelayanan emergensi *prahospital*, yaitu berapa lama waktu yang diperlukan oleh ambulan untuk dapat merespon panggilan darurat yang telah dilakukan. *Response time* merupakan suatu tolak ukur yang dapat digunakan dalam menilai kinerja pelayanan emergensi *prahospital*. Ada beberapa kendala yang dihadapi oleh pelayanan emergensi *prahospital* dalam memenuhi durasi *response time* ini. Diantaranya adalah jarak tempuh, kondisi fisik jalan, situasi lalu lintas, dan kondisi serta kepadatan perumahan (14).

Di Indonesia sistem manajemen kegawatdaruratan di buat dalam bentuk Public Safety Center dengan dasar hukum Permenkes No. 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu, Kepmenkes RI Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit, serta Kepmenkes RI Nomor 882/Menkes/SK/X/2009 tentang Pedoman Penanganan Evakuasi Medik. Public Safety Center terimplementasi menjadi Pos Pelayanan Gawat Darurat Terpadu, yaitu unit penanganan pertama kegawatdaruratan sehari-hari di masyarakat yang diharapkan menjamin respon cepat dan tepat untuk mencegah kecacatan dan menyelamatkannya. Unit ini dapat terdiri dari unsur-unsur: Ambulan, SAR/keselamatan, Kepolisian/ pengamanan (54).

1. Fungsi Pos Pelayanan Gawat Darurat Terpadu

Pos Pelayanan Gawat Darurat Terpadu merupakan wadah koordinasi untuk memberikan pelayanan bagi masyarakat yang mengalami kegawatdaruratan. Dalam mejalankan fungsinya, pos pelayanan gawat darurat terpadu berperan untuk:

- a. Mempercepat *response time* penanganan korban kegawatdaruratan Pra Rumah Sakit.
- b. Mempercepat proses evakuasi korban ke fasilitas kesehatan terdekat.
- c. Mencegah kecacatan dan kematian akibat kegawatdaruratan.

2. Prinsip Pelayanan

- a. *Time Saving is Life Saving* .
- b. *Response Time* sesingkat mungkin.
- c. *The Right Patient to The Right Place in The Right Time*.

3. Ketenagaan

Disesuaikan dengan jenis potensi kegawatdaruratan atau masalah yang dihadapi. Dapat berupa unsur atau gabungan unsur:

- a. Medis (pelayanan Ambulan gawat darurat)
- b. Penyelamatan korban (SAR, unit pemadam kebakaran)
- c. Pengamanan (kepolisian, Satpol PP dan Linmas)
- d. Masyarakat (dalam rangka memaksimalkan fungsi Pos Pelayanan Gawat Darurat Terpadu)

4. Ruang Lingkup Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan meliputi penanganan kegawatdaruratan sehari hari pra Rumah Sakit, yang diarahkan pada respon intervensi segera guna menghindari kecacatan atau kematian sebelum dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan atau Rumah Sakit yang dituju.

5. Sarana dan Prasarana

- a. Pos/bangunan/tempat berkumpul tenaga untuk Pos Pelayanan Gawat Darurat Terpadu.
- b. Ambulance gawat darurat yang berfungsi untuk merujuk pasien setelah dilakukan stabilisasi.
- c. Sentral dan jaringan komunikasi (call center)

6. Peralatan

Peralatan yang dibutuhkan sesuai dengan keadaan yang dihadapi antara lain:

- a. Alat Medis : Alat untuk penanganan kegawatdaruratan *Airway, Breathing, Circulation dan Disability*, baik tingkat dasar maupun lanjutan. Serta Alat untuk penyelamatan (rescue)
- b. Alat Non Medis

7. Sumber Dana

Pembiayaan dapat bersumber dari:

- c. APBD Provinsi/Kabupaten/Kota
- d. Sumber lain yang tidak mengikat (swadaya masyarakat, Corporate Social Responsibility, Non Government Organization, Lembaga Swadaya Masyarakat, dll)

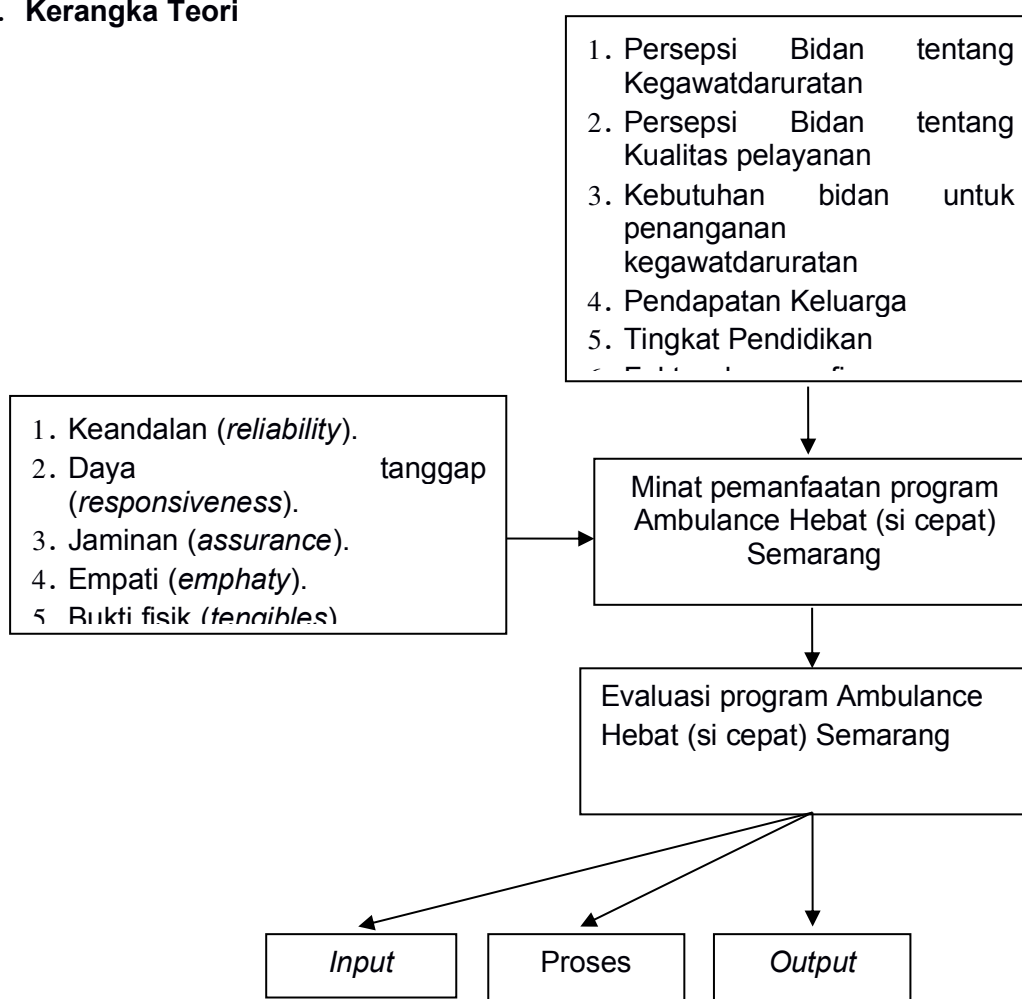
8. Penanggungjawab

- a. Penanggung jawab tingkat Provinsi adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi. Pelaksanaan tugas dilingkungan Dinas Kesehatan provinsi dikoordinasikan oleh pejabat yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.
- b. Penanggung jawab pelayanan kesehatan tingkat Kabupaten/kota adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaksanaan tugas

dilingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dikoordinasikan oleh pejabat yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

- c. Penanggung jawab pelayanan kesehatan di lokasi kejadian adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Kepala Puskesmas sebagai pelaksana tugas Dinas Kesehatan(12).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas
 - a. Persepsi mutu
 - 1) Persepsi Keandalan
 - 2) Persepsi ketanggapan
 - 3) Persepsi jaminan
 - 4) Persepsi empati
 - 5) Persepsi Bukti langsung
 - b. Response Time
 - c. kebutuhan
2. Variabel terikat
 - a. Minat Pemanfaatan

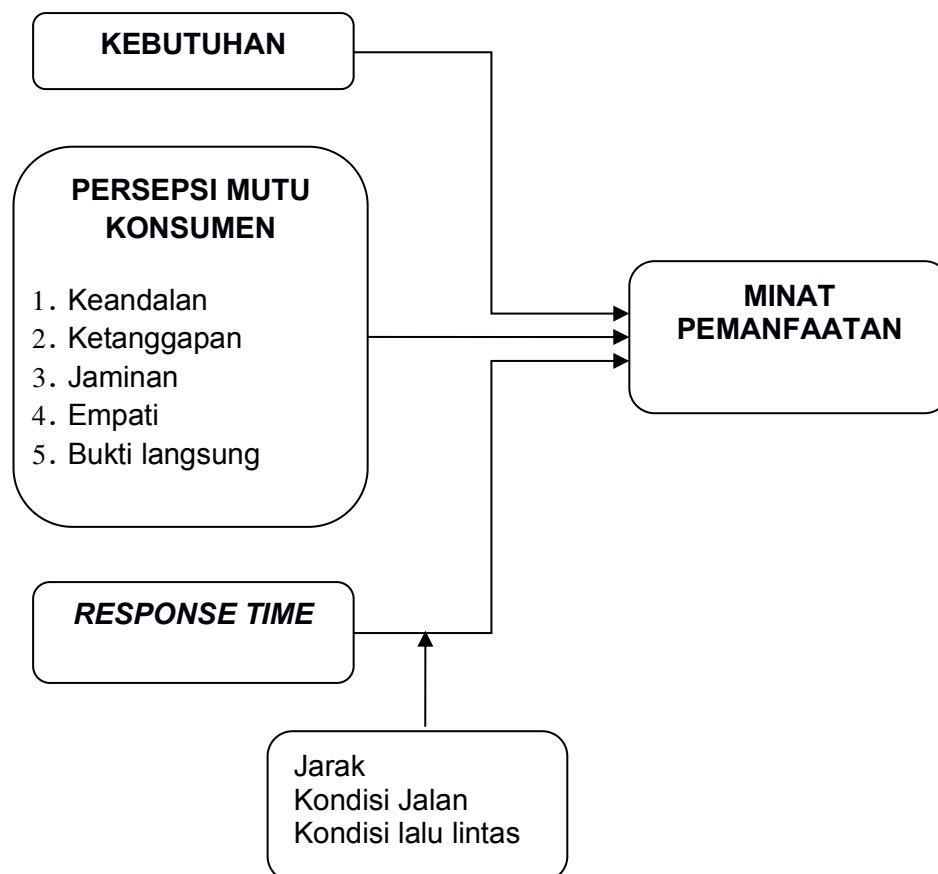
B. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara kebutuhan dengan minat bidan praktek mandiri pada pemanfaatan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.
2. Ada hubungan antara persepsi mutu dengan minat bidan praktek mandiri pada pemanfaatan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.

3. Ada hubungan antara estimasi response time dengan minat badan praktek mandiri pada pemanfaatan program Ambulance Hebat (si cepat) Semarang.

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian tentang pengaruh persepsi mutu konsumen dengan minat menggunakan kembali program Ambulance Hebat Semarang seperti yang terdapat pada gambar 3.1 kerangka konsep berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

D. Rancangan Penelitian

1. Jenis penelitian

Rancangan penelitian ini adalah analitik observasional kuantitatif, yaitu pada penelitian kuantitatif akan dilakukan analisa dan dicari hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat yang berupa data kuantitatif (55).

2. Waktu pengumpulan data

Penelitian akan dilakukan menggunakan pendekatan *crosssectional* untuk mempelajari dinamika korelasi antar variabel dengan cara observasi dan pengumpulan data dilakukan secara bersama-sama pada waktu tertentu (56).

3. Metode pengumpulan data.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung antara peneliti dengan responden dengan menggunakan kuesioner terstruktur (57).

4. Populasi penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah Bidan praktek mandiri di Semarang

5. Sampel penelitian

Sampel penelitian kuantitatif pada penelitian ini adalah bidan praktek mandiri di kota semarang tahun 2017.

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *simple random sampling* yaitu dengan mendata setiap bidan yang membuka praktek mandiri dikota Semarang tahun 2017 (58).

Penghitungan jumlah sampel minimal menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + Nd^2}$$

$$n = \frac{112}{1 + 112 (0,05)^2}$$

$n = 87,5$ (dibulatkan menjadi 90 sampel)

Keterangan :

n : besarnya sampel

N : Populasi / sampel frame

d : batas presisi yang diharapkan

6. Kriteria inklusi dan eksklusi

a. Kriteria Inklusi

- 1) Bidan yang membuka layanan bidan praktek mandiri di Semarang tahun 2017.
- 2) Memiliki STR dan SIPB yang masih berlaku

b. Kriteria eksklusi

- 1) Tidak bersedia mengikuti penelitian
- 2) Pernah menggunakan Ambulance Hebat

E. Definisi Operasional

1. Variabel bebas

- a. Persepsi mutu merupakan suatu ide atau gagasan mengenai kualitas dari suatu pelayanan kesehatan dalam aspek Keandalan, Ketanggapan, Jaminan, Empati, dan Bukti langsung. Pengukuran dilakukan dengan cara wawancara menggunakan panduan kuesioner terstruktur yang terdiri dari pernyataan *favourable*. Jawaban pertanyaan diberi skor 1 bila jawaban 'sangat baik', 2 bila jawaban

'baik', 3 bila jawaban 'cukup baik', 4 bila jawaban 'kurang baik', dan 5 bila jawaban "tidak baik". Skala ordinal.

- b. *Response time* merupakan estimasi waktu yang dibutuhkan oleh Ambulance Hebat dimulai menerima panggilan hingga sampai di lokasi kejadian. Cara pengukuran menggunakan estimasi waktu diukur dari pos terdekat Ambulance Hebat sampai di lokasi tempat bidan praktek mandiri berdasarkan aplikasi Google maps, didalam aplikasi tersebut akan disebutkan estimasi waktu sesuai dengan jarak, kecepatan rata-rata, kondisi jalan dan lalu lintas, kemudian estimasi waktu dikategorikan menjadi "tercapai" jika Ambulance sampai di lokasi kurang dari samadengan 30 menit. "Tidak tercapai" jika Ambulance sampai di lokasi lebih dari 30 menit. Skala ordinal.
- c. Kebutuhan didefinisikan sebagai kebutuhan akan pelayanan kegawatdaruratan bagi bidan praktek mandiri yang meliputi kasus-kasus kegawatdaruratan yang pernah dialami selama tahun 2017. Jika pernah mendapatkan kasus kegawatdaruratan lebih dari sama dengan 1 kali, maka bidan tersebut dinilai membutuhkan pelayanan kegawatdaruratan. Skala ordinal.

2. Variabel terikat

Minat konsumen diartikan sebagai kepuasan pasien, penggunaan berulang yang dilakukan, dan niat untuk menggunakan layanan Ambulance Hebat. Pengukuran dilakukan dengan cara wawancara menggunakan panduan kuesioner terstruktur yang terdiri dari pernyataan minat dan tidak minat. Cara pengukuran menggunakan wawancara dengan panduan kuesioner terstruktur terdiri dari pertanyaan favourable.

Jawaban pertanyaan diberi skor 1 bila jawaban 'sangat baik', 2 bila jawaban 'baik', 3 bila jawaban 'cukup baik', 4 bila jawaban 'kurang baik', dan 5 bila jawaban "tidak baik". Skala ordinal.

F. Instrumen Penelitian Dan Cara Penelitian

1. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Jumlah instrument yang akan digunakan untuk penelitian tergantung pada jumlah variabel yang akan diteliti. Pengembangan proses uji instrument pada penelitian menggunakan uji validitas dan uji reliabilitas yang digunakan untuk menguji tiap item pertanyaan yang dibuat oleh peneliti. Jika data sudah valid dan reliable maka setiap item pertanyaan tersebut sudah bisa digunakan untuk pengumpulan data (58). Penelitian *kuantitatif* pada penelitian ini menggunakan kuesioner terstruktur sebagai alat pengumpulan data (59). Kuesioner terdiri dari tiga kelompok pernyataan yaitu karakteristik responden, pernyataan pengukuran variabel persepsi mutu konsumen dan minat pemanfaatan program Ambulance Hebat.

1.1. Uji Validitas

Validitas berasal kata *validity* yang artinya sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (dalam hal kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya.

Teknik korelasi yang digunakan korelasi Pearson Product Moment (60).

Keterangan:

r = Koefisien korelasi

N = Jumlah responden

$\sum X$ = Jumlah skor item

$\sum Y$ = Jumlah skor total item (seluruh item)

Keputusan uji :

- a. Bila r hitung $>$ r tabel artinya variabel valid
- b. Bila r hitung $<$ r tabel artinya variabel tidak valid

1.2. Uji Reabilitas

Realibilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (60). Pengukuran reliabilitas pada dasarnya dapat dilakukan dengan dua cara:

- a. Repeated Measure atau ukur ulang. Pertanyaan ditanyakan pada reponden berulang pada waktu yang berbeda (misal sebulan kemudian), dan kemudian dilihat apakah ia tetap konsistendengan jawabannya.

- b. One Shot atau diukur sekali saja. Disini pengukurannya hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain.

Pada umumnya pengukuran dilakukan dengan One Shot dengan beberapa pertanyaan. Pengujian reliabilitas dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu. Jadi jika pertanyaan tidak valid, maka pertanyaan tersebut dibuang. Pertanyaan-pertanyaan yang sudah valid kemudian baru secara bersama-sama diukur reliabilitasnya. Untuk menguji reliabilitas instrument dalam penelitian, menggunakan koefisien reliabilitas Alfa Crombach. Keputusan uji yaitu:

- a. Bila Crombach Alpha $\geq 0,6$ artinya variabel reliabel.
- b. Bila Crombach Alpha $< 0,6$ artinya variabel tidak reliabel.

2. Uji Instrumen Penelitian

Penelitian ini melakukan uji validitas dan reliabilitas kepada 20 bidan di Kota Semarang. Pengambilan keputusan dari r hitung $> r$ tabel, dengan r tabel sebesar 0,444 untuk $df = 20-2 = 18$; $\alpha = 0,05$ maka item pertanyaan tersebut valid. Uji reliabilitas dilakukan setelah item pertanyaan valid dengan keputusan uji bila cronbach alpha $\geq 0,6$ artinya variabel reliabel.

2.1. Uji Validitas

a. Persepsi Mutu ; Tangible

Berdasarkan hasil perhitungan uji validitas untuk variabel persepsi mutu ; tangible dengan 5 pertanyaan, 5 item pertanyaan dinyatakan valid karena r hitung $> r$ tabel.

b. Persepsi Mutu ; Reliable

Berdasarkan hasil perhitungan uji validitas untuk variabel persepsi mutu ; reliable dengan 5 pertanyaan, ada 1 item pertanyaan yang dinyatakan tidak valid karena r hitung $<$ r tabel yaitu no 5 dengan nilai r hitung 0,341.

c. Persepsi Mutu ; Responsive

Berdasarkan hasil perhitungan uji validitas untuk variabel persepsi mutu ; responsive dengan 5 pertanyaan, ada 1 item pertanyaan yang dinyatakan tidak valid karena r hitung $<$ r tabel yaitu no 4 dengan nilai r hitung 0,335.

d. Persepsi Mutu ; Assurance

Berdasarkan hasil perhitungan uji validitas untuk variabel persepsi mutu ; assurance dengan 5 pertanyaan, 5 item pertanyaan dinyatakan valid karena r hitung $>$ r tabel.

e. Persepsi Mutu ; Empathy

Berdasarkan hasil perhitungan uji validitas untuk variabel persepsi mutu ; responsive dengan 5 pertanyaan, ada 1 item pertanyaan yang dinyatakan tidak valid karena r hitung $<$ r tabel yaitu no 3 dengan nilai r hitung 0,434.

f. Minat menggunakan Ambulance Hebat

Berdasarkan hasil perhitungan uji validitas untuk variabel minat menggunakan Ambulance Hebat dengan 8 pertanyaan, ada 1 item pertanyaan yang dinyatakan tidak valid karena r hitung $<$ r tabel yaitu no 7 dengan nilai r hitung 0,378.

2.2. Uji Realibilitas

Variabel penelitian yang terdiri dari: Persepsi Mutu (Tangible, Reliable, Responsive, Assurance, Empathy) dan Minat menggunakan Ambulance Hebat dinyatakan reliabel semua karena $r \text{ alpha} \geq 0,6$ yang artinya instrument tersebut reliabel atau memenuhi persyaratan.

3. Cara penelitian

- a. Persiapan peneliti
- b. Menentukan sampel
- c. Pengumpulan data
- d. Pengolahan data

G. Teknik Pengolahan Data Dan Analisis Data

1. Data kuantitatif

a. *Editing*

Editing yaitu meneliti kembali kelengkapan pengisian, keterbacaan tulisan, kejelasan jawaban, keajegan atau kesesuaian jawaban, relevansi dan keseragaman satuan data.

b. *Coding*

Coding yaitu mengklasifikasikan jawaban responden menurut macamnya dengan cara menandai masing-masing jawaban dengan tanda kode tertentu.

c. *Tabulating*

Tabulating yaitu mengelompokan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian dimasukkan dalam tabel yang telah disiapkan.

Setiap pertanyaan yang telah diberi nilai, dilakukan penjumlahan atau pengurangan dan diberi kategori sesuai dengan tujuan penelitian. Entry data yang telah siap diolah dimasukan dalam alat pengolahan data, selanjutnya hasil pengolahan data dianalisis secara diskriptif maupun analitik.

d. Analisis data

1) Analisis *univariat*

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Setiap variabel dari hasil penelitian akan keluar dalam bentuk frekuensi dan prosentase dari setiap variabel independen dan dependen.

2) Analisis *bivariat*

Analisis bivariate dilakukan untuk menguji hubungan antar dua variabel. Uji yang dilakukan adalah uji Chi Quare dan Confident Interval 95% pada (tingkat kemaknaan) = 0,05. Uji chi square memiliki prinsip pengujian untuk membandingkan frekuensi yang diamati (observasi) dengan frekuensi yang diharapkan (ekspektasi). Bila nilai frekuensi observasi dengan nilai frekuensi harapan sama, maka dikatakan tidak ada perbedaan yang bermakna (signifikan). Sebaliknya, bila nilai frekuensi observasi dan nilai frekuensi harapan berbeda, maka dikatakan ada perbedaan yang bermakna (signifikan) (55).

DAFTAR PUSTAKA

1. Rumengan DSS, Umboh JML, Kandou GD. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *Jikmu Suplemen*. 2015;05(1):88–100.
2. Levey, Samuel & Loomba PN. Health care administration a managerial prespective. In Phil : J.P. Lippineett Comp; 1973.
3. Azrul Azwar. Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi Ke3. Binapura Aksara, editor. Jakarta; 1999.
4. Undang Undang Dasar 1945. UU Kesehatan. p. Pasal 52 ayat (1).
5. Wiwid Novitaria, Putri Asmita Wigati AS. Analisis Kesiapan Pelaksanaan Sosialisasi Program Ambulance Hebat Dalam Rangka Dukungan Terhadap Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Di Kota Semarang. *J Kesehat Masy*. 2017;5:164–71.
6. Sarimawar Djaja. Gambaran Kecelakaan Lalu Lintas Di Indonesia, Tahun 2010-2014. *Descr Traffic Accid Indones Year 2010-2014*. 2016;
7. WHO. WHO's Global Burden of Disease Project. In 2009. p. 132–9.
8. Kementrian Kesehatan RI. Cara Baru Atasi Kegawatdaruratan Secara Terpadu. 2016 Feb;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu. 2016. p. Nomor 19.
10. Hunyadi-Anticevic. Cereal Research Communications. In 2006.
11. Kepmenkes RI. Pedoman Penanganan Evakuasi Medik. 2009. p. Nomor 882/Menkes/SK/X/2009.
12. Dinkes Semarang. Data Ambulance Hebat. 2017.
13. Ingolfsson A, Budge S, Erkut E. Optimal ambulance location with random delays and travel times. *Health Care Manag Sci*. 2008;11(3):262–74.
14. Trowbridge et al. Teaching Secondary School Science Sixth Ed. In 2009.
15. Machmud R. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. *J Kesehat Masy Andalas*. 2008;2(2):186–90.
16. A.A Gde Muninjaya M. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Masyarakat. 2013. p. 104.
17. Buckley. Ilmu Pangan. jakarta: UI-Press; 2009.
18. Hamidiyah A. Hubungan Persepsi Pasien tentang Kualitas Pelayanan dengan Minat Kunjungan Ulang di Klinik Umum Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Kota Tangerang Selatan. 2015; Available from: <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/25898>
19. Probo Rahadianto S. Evaluasi Pelayanan Dan Penentuan Lokasi Optimum Stasiun Ambulan Di Kota Semarang Dengan Sistem Informasi Geografis. 2005;
20. Widiastuti. Networking dalam Yogyakarta Emergency Services 118 (YES 118). 2009;
21. Ong. Geographic-Time Distribution of Ambulance Calls in Singapore. 2009;
22. Peleg & Pliskin. A Geographic Information System Simulation Model of EMS: Reducing Ambulance Response Time. *Trauma and Emergency Medicine Research*,. 2004. 164-170 p.
23. Peters & Hall. Assessment of Ambulance Response Performance using a Geographic Information System. *Assess Ambulanc Response Perform using a Geogr Inf Syst*. 1999;

24. Anni Rohmatul Ummah SS. Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Dimensi Dabholkar Di Paviliun Mina Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang. *J Adm Kesehat.* 2014;2:1–13.
25. Ali Gufran. Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi, Magister Kebijakan Pembiayaan Dan Manajemen Asuransi Kesehatan. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Bekerjasama Dengan Asosiasi Jaminan Sosial Daerah; 2007.
26. Djoko Wijono. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. 1999;(September):186–90.
27. Muninjaya GA. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. EGC, editor. Jakarta; 2013.
28. Alfi Febriana Rahmawati SS. Mutu pelayanan kesehatan berdasarkan dimensi dabholkar di ruang rawat inap penyakit dalam. mutu pelayanan kesehatan berdasarkan dimensi dabholkar di ruang rawat inap penyakit dalam. 2013;1:132–9.
29. Berry LL and PA. A Marketing services. Press TF, editor. New York; 2013.
30. Handriani E. *Jurnal Dinamika Manajemen.* 2011;2(1):17–25. Available from: <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/jdm>
31. Noprinaldi, Meliala A, Utarini A. Persepsi Pengaruh Sistem Pembagian Jasa Pelayanan Terhadap Kinerja Karyawan di Rumah sakit Jiwa Madani. *J Manaj Pelayanan Kesehat.* 2006;09(02):65–71.
32. Sudaryanto H dan. Hubungan Response Time Perawat Dalam Memberikan Pelayanan Dengan Kepuasan Pelanggan Di Igd Rs. Panti Waluyo. *DigilibStikeskusumahusadaAcId* [Internet]. 2008; Available from: <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/22/01-gdl-ekowidodon-1064-1-skripsi.-7.pdf>
33. Trimurti I. Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Pandanaran Kota Semarang. Tesis Progr Stud Ilmu Kesehat Masy Univ Diponegoro. 2008;53.
34. Fajrianti KN, Muhtadi A. Review Artikel : Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Dengan Six Sigma Farmaka. 15:111–22.
35. Ihsan S, Rezky P, Akib NI. Evaluasi Mutu Pelayanan Di Apotek Komunitas Kota Kendari Berdasarkan Standar Pelayanan Kefarmasian. *J Farm dan Ilmu Kefarmasian Indones.* 2014;1(2):7.
36. Alwi M. Minat Siswa Sma Kelas Xii Kecamatan Sukasari Kota Bandung Terhadap Program Studi S1 PGPAUD FIP UPI. Anis Baswedan, Daftar UMR, Guru, dan Sertifikasi [online]. 2014.
37. Kotler P. *Marketing Management Millenium Edition.* Prentice-Hall. 2000;23(6):188–93.
38. Madunde KJ, Pelealu FJ, Kawatu P. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Kema Kecamatan Kema Kabupaten Minahasa Utara.
39. Robbins SP. *Organizational Behavior: Concept, Controversies and Applications* [Internet]. New Jersey: Prentice Hall International, Inc; 2003. Available from: <http://ieeexplore.ieee.org/lpdocs/epic03/wrapper.htm?arnumber=6973874>
40. Wulandari C, Ode L, Imran A, Syawal A. Puskesmas Langara Kecamatan Wawonii Barat Kabupaten Konawe Kepulauan Tahun 2016 the Related Factors With the Utilization of Health Service in Region Technical

- Executive Unit of Langara Local Government Clinic West Wawonii District of Konawe Kepulauan Rege. 2016;0–8.
41. Napirah MR, Rahman A, Tony A. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso. *J Pengemb Kota [Internet]*. 2016;4(1):29. Available from: <http://ejournal2.undip.ac.id/index.php/jpk/article/view/585>
 42. Soekidjo Notoatmodjo. *Kesehatan masyarakat: ilmu dan seni*. 2007.
 43. Apriyanto RH, Subsidi K, Kesehatan P, Apriyanto RH, Kuntjoro T, Lazuardi L, et al. Implementasi Kebijakan Subsidi Pelayanan Kesehatan Dasar terhadap Kualitas Pelayanan Puskesmas Di Kota Singkawang. *J Kebijakan Kesehat Indones*. 2013;02(04):180–8.
 44. Widodo P, Pratiwi A. Hubungan beban kerja dengan waktu tanggap perawat gawat darurat menurut persepsi pasien di instalasi gawat darurat rsu pandan arang boyolali. 2008;(3):125–30.
 45. Hawaii. DP, Nurjazuli N, D. YH. Revised laws of Hawaii. 1925. *J Kesehat Lingkung Indones [Internet]*. 1925;14(1):14–20. Available from: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jkli/article/view/10032/7994>
 46. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *J Health Soc Behav [Internet]*. 1995;36(1):1. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2137284?origin=crossref>
 47. Rini AS. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta Health Service Utilization in Membership of Community Health Insurance. 2015;
 48. Alamri AM, Rumayar AA, Kolibu FK, Kesehatan F, Universitas M, Ratulangi S. Hubungan Antara Mutu Pelayanan Perawat Dan Tingkat Pendidikan Dengan Kepuasan Pasien Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam (Rsi) Sitti Maryam Kota Manado. *PHARMACON J Ilm Farm – UNSRAT*. 2015;4(4):241–51.
 49. Jefri Reza Pahlevi. HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI TERHADAP PELAYANAN KEPERAWATAN DENGAN KEPERCAYAAN (TRUST) TERHADAP RSUD Dr. MOEWARDI. *Psikologi*. 2013;
 50. Anderson A. TITLE A Schema-Theoretic View of Basic Processes in Reading Comprehension. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED239236.pdf>
 51. Kurnia E, Yusanto D. Perbandingan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Gawat Darurat dan Gawat Non Darurat terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di UGD RS Baptis Batu. *J Penelit STIKES RS Baptis Kediri [Internet]*. 2010;3(2):78–84. Available from: <http://puslit2.petra.ac.id/ejournal/index.php/stikes/article/view/18397>
 52. Aboueljinane L, Sahin E, Jemai Z, Lina Aboueljinane ZJ. Reducing Ambulance Response Time Using Simulation: The Case of Val- De-Marne Department Emergency Medical Service. *Wsc*. 2012;66(4):943–54.
 53. Gondocs, Z. et al. Prehospital Emergency Care in Hungary: What can we learn from the past? *J Emerg Med*. 2010;39 (4):512–8.
 54. Permenkes. *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu*. 2016. p. No. 19.
 55. Sugiyono. *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta; 2010.

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Informan yang saya hormati,

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Joko Satrio

NIM : 25010116410003

Alamat : Jl. Cempolorejo VII/5 Rt.006 Rw.003 Kel. Krobokan
Kec. Semarang Barat

Adalah mahasiswa Pasca Sarjana Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang dan akan melakukan penelitian tentang **“Evaluasi Minat Pemanfaatan Program Ambulance Hebat (Si Cepat) Semarang Pada Bidan Praktek Mandiri Tahun 2018”**.

Bersama ini saya mohon kesediaan saudara/i untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan penelitian ini.

Jawaban yang saudara berikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian, sehingga tidak akan mempengaruhi/menghambat karier atau yang lainnya berkaitan dengan tugas yang saudara/i laksanakan.

Atas bantuan dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Semarang,2018

Informan

Peneliti

(.....)

(Joko Satrio)

Lampiran 2

**KUESIONER PENELITIAN
EVALUASI MINAT PEMANFAATAN PROGRAM
AMBULANCE HEBAT (SI CEPAT) SEMARANG
PADA BIDAN PRAKTEK MANDIRI TAHUN 2018**

Kepada Yth,

Ibu Bidan Praktek Mandiri

Di Kota Semarang.

Perkenalkan saya Joko Satrio, mahasiswa Universitas Diponegoro Semarang Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat saat ini sedang melakukan penelitian tesis tentang evaluasi minat pemanfaatan program ambulance hebat (si cepat) semarang Pada bidan praktek mandiri di kota Semarang. Saya memohon kesediaan ibu untuk kami wawancara menggunakan kuisisioner ini. Identitas ibu akan dirahasiakan dan besar harapan saya untuk ibu dapat memberikan jawaban yang sejujur-jujurnya dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Adapun jawaban yang ibu berikan tidak akan berpengaruh pada diri ibu karena penelitian ini dilakukan semata-mata untuk pengembangan ilmu pengetahuan. Atas kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Peneliti

Joko Satrio

A. Identitas Responden

1. Nama :
2. Umur :
3. Alamat :
4. Apakah Anda pernah mendapatkan sosialisasi tentang program Ambulance Hebat Semarang ?
 - PERNAH
 - TIDAK
5. Apakah Anda pernah menggunakan Ambulance Hebat Semarang ?
 - PERNAH
 - TIDAK

Jika pernah, berapa kali Anda menggunakan ambulance hebat? kali.
6. Estimasi waktu yang diperlukan Antara Pos Ambulance hebat Terdekat dengan Lokasi menit
7. Jarak Antara Pos Ambulance hebat Terdekat dengan Lokasi KM
8. Sumber informasi program Ambulance Hebat Semarang
 - Sosialisasi Dinas Kesehatan Kota
 - Iklan (TV, Media Cetak, Media Online, Banner)
 - Lainnya,

B. Kebutuhan dalam kasus kegawatdaruratan

1. Apakah Anda pernah mendapatkan kasus kegawatdaruratan maternal neonatal pada tahun 2017 ?
 - PERNAH
 - TIDAK
2. Apakah Anda pernah merujuk pasien pada tahun 2017 ?
 - PERNAH
 - TIDAK

Jika pernah, petugas mengisi kolom berikut berdasarkan rekam medis pasien.

Penanganan : 1 jika ditangani sendiri, 2 jika dirujuk

Kasus kegawatdaruratan maternal neonatal

No	Kasus kegawatdaruratan	Jumlah kasus	Penanganan
1.	Abortus		
2.	Pre Eklampsia		
3.	Eklampsia		
4.	Kehamilan Ektopik Terganggu		
5.	Perdarahan Antepartum		
6.	<i>Atonia Uteri</i>		
7.	Robekan Jalan Lahir		
8.	Robekan Serviks		
9.	<i>Retensio Plasenta</i>		
10.	Sisa Plasenta		
11.	<i>Inversio Uteri</i>		
12.	Ketuban Pecah Dini		
13.	Persalinan Lama		
14.	<i>Hiperemesis Gravidarum</i>		

C. Persepsi Mutu Pelayanan Ambulance Hebat Semarang

PETUNJUK PENGISIAN

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan bapak/ibu/sdr untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Berilah tanda ([≡]) pada kolom bapak/ibu/sdr pilih sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
3. Ada lima alternatif jawaban,yaitu:

- 1 = Sangat Baik**
- 2 = Baik**
- 3 = Cukup Baik**
- 4 = Kurang Baik**
- 5 = Tidak Baik**

NO.	ITEM PERNYATAAN	JAWABAN				
		1	2	3	4	5
Bagaimanakah persepsi Anda mengenai						
A. Tangible						
1	Kelengkapan peralatan yang digunakan di Ambulance hebat					
2	Mobil Ambulance di Ambulance hebat tampak menarik					
3	Petugas Ambulance Hebat senantiasa berpenampilan rapi					
4	Ruang Ambulan tertata rapi, bersih dan nyaman.					
5	Ketersediaan obat-obatan untuk kegawatdaruratan					
B. Reliable						
1	Ambulance hebat memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien sesuai yang dijanjikan					
2	Ketepatan waktu Ambulance datang dan memberikan penanganan					
3	Keterampilan dan kedisiplinan petugas Ambulance Hebat dalam melakukan tindakan					
4	Driver Ambulance Hebat mengendarai ambulance dengan cepat dan nyaman					
5	Kejelasan informasi yang diberikan Petugas Ambulance Hebat					
C. Responsive						
1	Petugas Ambulance Hebat memberikan kesempatan bertanya kepada pasien.					
2	Petugas Ambulance Hebat memberi penjelasan tentang penyakit dan prosedur medis yang dilakukan					
3	Petugas Ambulance Hebat sesegera mungkin merujuk pasien sesuai indikasi medis					
4	Petugas ambulance hebat sigap dalam memberikan penanganan					
5	Kemudahan mendapatkan akses pelayanan Ambulance dengan alur yang sederhana					
D. Assurance						
1	Kepastian Ketersediaan Petugas Ambulance hebat 24 jam					
2	Perasaan aman jika menggunakan Ambulance Hebat					
3	Kepastian prosedur medis dilakukan oleh tenaga medis yang sesuai dengan kompetensinya					
4	Kepastian biaya Ambulance hebat gratis					

5	Ambulance Hebat hanya melayani kasus-kasus kegawatdaruratan					
E. Empathy						
1	Petugas Ambulance Hebat berusaha menenangkan rasa cemas pasien terhadap penyakit yang diderita.					
2	Keramahan dan kesopanan petugas ambulance hebat dalam melayani pasien					
3	Petugas Ambulance Hebat tidak membedakan pasien dan bersikap adil					
4	Rasa hormat dan menghargai yang ditunjukkan petugas Ambulance Hebat dalam menanggapi pilihan yg					
5	Operator menerima pasien dengan baik					

D. Minat menggunakan Ambulance Hebat

STS = Sangat Tidak setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

NO.	ITEM PERNYATAAN	JAWABAN			
		STS	TS	S	SS
1	Saya mengetahui adanya program Ambulance Hebat Semarang				
2	Saya tertarik dengan program Ambulance Hebat				
3	Saya mencari informasi mengenai prosedur dan syarat menggunakan program Ambulance Hebat				
4	Saya ingin menggunakan pelayanan Ambulance Hebat				
5	Saya berbagi informasi dan merekomendasikan orang lain untuk menggunakan program Ambulance hebat				
6	Saya memprediksi bahwa saya akan menggunakan Ambulance Hebat ketika membutuhkan.				
7	Saya memiliki rencana untuk menggunakan Ambulance hebat				
8	Saya akan ikut mensukseskan Program Ambulance Hebat dengan menjadi pelanggan yang setia				

Lampiran 3

INDEPTH INTERVIEW**Identitas Responden**

1. Nama :
2. Umur :
3. JenisKelamin : Laki-Laki
 Perempuan
4. Pekerjaan : Dokter

1. Sebagai dokter, bagaimana menurut anda mengenai aspek penampilan fasilitas fisik dari Ambulance Hebat, dimulai dari penampilan pada pelayanan Ambulance itu sendiri dan petugas yang bertugas ? seberapa mudah diakses, dan berapa waktu yang dibutuhkan untuk mendapat akses ?
2. Sebagai dokter, bagaimana menurut anda mengenai aspek Kehandalan pada pelayanan Ambulance Hebat, dimulai dari ketepatan waktu pelayanan, dan ketepatan untuk mendiagnosis dan memberikan terapi ?
3. Sebagai dokter, bagaimana menurut anda mengenai aspek Daya tanggap pada pelayanan Ambulance Hebat, apakah petugas responsif terhadap apapun yang disampaikan pelanggan? Bagaimana dengan persyaratan untuk mengakses pelayanan ?
4. Sebagai dokter, bagaimana menurut anda mengenai aspek Jaminan pada pelayanan Ambulance Hebat, dimulai dari kejelasan informasi, ketersediaan

sarana prasarana, hingga dari ketepatan petugas yang memberikan pelayanan ?

5. Sebagai dokter, bagaimana menurut anda mengenai aspek Empati pada pelayanan Ambulance Hebat, dari peran pendengar yang baik hingga memahami perasaan pelanggan ?

Identitas Responden

1. Nama :

2. Umur :

3. JenisKelamin : Laki-Laki

Perempuan

4. Pekerjaan : Perawat

1. Sebagai Perawat, bagaimana menurut anda mengenai aspek penampilan fasilitas fisik dari Ambulance Hebat, dimulai dari penampilan pada pelayanan Ambulance itu sendiri dan petugas yang bertugas ? seberapa mudah diakses, dan berapa waktu yang dibutuhkan untuk mendapat akses ?
2. Sebagai Perawat, bagaimana menurut anda mengenai aspek Kehandalan pada pelayanan Ambulance Hebat, dimulai dari ketepatan waktu pelayanan, dan ketepatan untuk mendiagnosis dan memberikan terapi ?
3. Sebagai Perawat, bagaimana menurut anda mengenai aspek Daya tanggap pada pelayanan Ambulance Hebat, apakah petugas responsif terhadap apapun yang disampaikan pelanggan? Bagaimana dengan persyaratan untuk mengakses pelayanan ?
4. Sebagai Perawat, bagaimana menurut anda mengenai aspek Jaminan pada pelayanan Ambulance Hebat, dimulai dari kejelasan informasi, ketersediaan sarana prasarana, hingga dari ketepatan petugas yang memberikan pelayanan ?
5. Sebagai perawat, bagaimana menurut anda mengenai aspek Empati pada pelayanan Ambulance Hebat, dari peran pendengar yang baik hingga memahami perasaan pelanggan ?

Identitas Responden

1. Nama :
2. Umur :
3. JenisKelamin : Laki-Laki

Perempuan

4. Pekerjaan : Bidan

1. Sebagai Bidan, bagaimana menurut anda mengenai aspek penampilan fasilitas fisik dari Ambulance Hebat, dimulai dari penampilan pada pelayanan Ambulance itu sendiri dan petugas yang bertugas ? seberapa mudah diakses, dan berapa waktu yang dibutuhkan untuk mendapat akses ?
2. Sebagai Bidan, bagaimana menurut anda mengenai aspek Kehandalan pada pelayanan Ambulance Hebat, dimulai dari ketepatan waktu pelayanan, dan ketepatan untuk mendiagnosis dan memberikan terapi ?
3. Sebagai Bidan, bagaimana menurut anda mengenai aspek Daya tanggap pada pelayanan Ambulance Hebat, apakah petugas responsif terhadap apapun yang disampaikan pelanggan? Bagaimana dengan persyaratan untuk mengakses pelayanan ?
4. Sebagai Bidan, bagaimana menurut anda mengenai aspek Jaminan pada pelayanan Ambulance Hebat, dimulai dari kejelasan informasi, ketersediaan sarana prasarana, hingga dari ketepatan petugas yang memberikan pelayanan ?
5. Sebagai Bidan, bagaimana menurut anda mengenai aspek Empati pada pelayanan Ambulance Hebat, dari peran pendengar yang baik hingga memahami perasaan pelanggan ?

Identitas Responden

1. Nama :

2. Umur :

3. JenisKelamin : Laki-Laki

Perempuan

4. Pekerjaan : Operator

1. Sebagai operator, bagaimana menurut anda mengenai aspek penampilan fasilitas fisik dari Ambulance Hebat, dimulai dari penampilan pada pelayanan Ambulance itu sendiri dan petugas yang bertugas ? seberapa mudah diakses, dan berapa waktu yang dibutuhkan untuk mendapat akses ?
2. Sebagai operator, bagaimana menurut anda mengenai aspek Kehandalan pada pelayanan Ambulance Hebat, dimulai dari ketepatan waktu pelayanan, dan ketepatan untuk mendiagnosis dan memberikan terapi ?
3. Sebagai operator, bagaimana menurut anda mengenai aspek Daya tanggap pada pelayanan Ambulance Hebat, apakah petugas responsif terhadap apapun yang disampaikan pelanggan? Bagaimana dengan persyaratan untuk mengakses pelayanan ?
4. Sebagai operator, bagaimana menurut anda mengenai aspek Jaminan pada pelayanan Ambulance Hebat, dimulai dari kejelasan informasi, ketersediaan sarana prasarana, hingga dari ketepatan petugas yang memberikan pelayanan ?
5. Sebagai Petugas, bagaimana menurut anda mengenai aspek Empati pada pelayanan Ambulance Hebat, dari peran pendengar yang baik hingga memahami perasaan pelanggan ?

Identitas Responden

1. Nama :

2. Umur :

3. JenisKelamin : Laki-Laki

Perempuan

4. Pekerjaan : Driver

1. Sebagai Driver, bagaimana menurut anda mengenai aspek penampilan fasilitas fisik dari Ambulance Hebat, dimulai dari penampilan pada pelayanan Ambulance itu sendiri dan petugas yang bertugas ? seberapa mudah diakses, dan berapa waktu yang dibutuhkan untuk mendapat akses ?
2. Sebagai Driver, bagaimana menurut anda mengenai aspek Kehandalan pada pelayanan Ambulance Hebat, dimulai dari ketepatan waktu pelayanan, dan ketepatan untuk mendiagnosis dan memberikan terapi ?
3. Sebagai Driver, bagaimana menurut anda mengenai aspek Daya tanggap pada pelayanan Ambulance Hebat, apakah petugas responsif terhadap apapun yang disampaikan pelanggan? Bagaimana dengan persyaratan untuk mengakses pelayanan ?
4. Sebagai Driver, bagaimana menurut anda mengenai aspek Jaminan pada pelayanan Ambulance Hebat, dimulai dari kejelasan informasi, ketersediaan sarana prasarana, hingga dari ketepatan petugas yang memberikan pelayanan ?
5. Sebagai Driver, bagaimana menurut anda mengenai aspek Empati pada pelayanan Ambulance Hebat, dari peran pendengar yang baik hingga memahami perasaan pelanggan ?