

## **KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN KELUARGA DAN GIZI MASYARAKAT OLEH DINAS KESEHATAN KOTA PRABUMULIH**

**Feni Mertiana<sup>1</sup>, Aditia Dwinanto Nugroho<sup>2</sup>, Amancik<sup>3</sup>, Aswindi Ramadhila<sup>4</sup>, Sri Diana<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Dinas Kesehatan Kota Prabumulih

<sup>2</sup>BKPSDM Kab.Banyuasin

<sup>3</sup>Kecamatan Plaju Kota Palembang

<sup>4</sup>PT. Jamkrida Sumsel (BUMD Prov. Sumsel) PT. Jamkrida Sumsel (BUMD Prov. Sumsel)

<sup>5</sup>Puskesmas Prabumulih Timur

Email: feni010289@gmail.com<sup>1</sup>, dwinantoaditia@gmail.com<sup>2</sup>, amancik200168@gmail.com<sup>3</sup>, windimtyoraffa@gmail.com<sup>4</sup>, sridiana.skm@gmail.com<sup>5</sup>

### **ABSTRACT**

This study aims to determine the quality of family health services and community nutrition by the Prabumulih City Health Service. This research was conducted at the Prabumulih City Health Office. This research is a descriptive research with a qualitative approach. Technique Determination of informants using purposive technique. The technique of obtaining data uses several procedures for entering the field, stages when in the field, stages out of the field. Based on the results of the study, it showed that the quality of family health and community nutrition services by the Prabumulih City Health Service, based on aspects of physical appearance, reliability, responsiveness, assurance, empathy had not gone well. The aspects of service quality are not going well, seen from the physical appearance, the availability of physical facilities and equipment has not provided comfort for the patients served; Reliability, regarding the suitability of the services provided with the scheduled information is not consistent, the standard of recording administration services is still convoluted; responsiveness, health services for patients cannot be carried out quickly in accordance with patient needs and expectations. The patience and hospitality of the nurses were not good; empathy / empathy doctors and nurses do not understand and pay attention to the feelings of patients being served. Nurses and doctors in serving patients have not reflected a sincere attitude, and are less consistent with respect to the suitability and timeliness of serving patients. Suggestions that can be given are the need for additional medical personnel, the existence of services and the provision of complete drugs as needed by patients, as well as the existence of information media that clearly contains procedures and procedures for providing services to patients.

**Keywords:** Quality, Health Services, Family and Community Nutrition

### **ABSTRAK**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas pelayanan kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat Oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih. Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Prabumulih. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Teknik Penentuan informan menggunakan teknik purposive. Teknik memperoleh data menggunakan beberapa prosedur tahapan memasuki lapangan, tahapan ketika berada di lapangan, tahapan keluar dari lapangan. Berdasarkan hasil penelitian

menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan keluarga dan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih, berdasarkan aspek-aspek tampilan fisik, reabilitas, daya tanggap, jaminan, empati belum berjalan dengan baik. Tidak berjalannya dengan baik aspek – aspek kualitas pelayanan terlihat dari tangibels/ tampilan fisik, ketersediaan fasilitas fisik dan peralatan belum memberikan kenyamanan bagi pasien yang dilayani; Reliability, tentang kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan dijadwalkan belum konsisten, standar pelayanan administrasi pencatatan masih berbelit-belit; responsiveness/ daya tanggap, pelayanan kesehatan bagi pasien belum dapat dilakukan secara cepat sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien. Kesabaran dan keramah-tamahan perawat belum baik; empathy/ empati dokter dan perawat kurang memahami dan memperhatikan perasaan pasien yang dilayani. Perawat dan dokter dalam melayani pasien belum mencerminkan sikap yang tulus, serta kurang konsisten terhadap kesesuaian dan ketepatan waktu melayani pasien. Saran yang dapat diberikan adalah perlu adanya penambahan tenaga medis, adanya pelayanan dan penyediaan obat yang lengkap sebagaimana yang dibutuhkan oleh pasien, serta adanya media informasi yang memuat prosedur dan tata cara pelayanan bagi pasien secara jelas.

**Kata Kunci:** Kualitas, Pelayanan Kesehatan, Keluarga dan Gizi Masyarakat

## A. PENDAHULUAN

Dinas Kesehatan (Dinkes) kota Prabumulih adalah suatu instansi pemerintahan kota Prabumulih yang bertanggung jawab terhadap kesehatan masyarakat kota Prabumulih. Dalam menjalankan tugasnya agar mencapai tujuan, Dinkes Kota Prabumulih membaginya ke dalam beberapa seksi. Salah satu seksi tersebut adalah Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat.

Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat adalah seksi yang ada di Dinkes Kota Prabumulih yang mempunyai tugas yaitu mengelola pelayanan kesehatan keluarga dan gizi masyarakat skala kota. Menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 828/MENKES/SK/IX/2008.

Pelayanan Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat adalah jenis pelayanan

publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan. Untuk mencapai tujuan Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat tersebut, Dinkes Kota Prabumulih menggunakan Standar Pelayanan Minimal yang telah dibuat oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Penggunaan standar pelayanan minimal di dalam kesehatan keluarga dan gizi masyarakat digunakan sebagai tolak ukur dalam mencapai kebutuhan kesehatan masyarakat Indonesia khususnya kesehatan keluarga dan gizi masyarakat.

Permasalahan utama pembangunan kesehatan saat ini antara lain adalah masih tingginya disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antarkawasan, dan antara perkotaan dengan perdesaan. Secara umum status kesehatan penduduk dengan

tingkat sosial ekonomi tinggi, di kawasan barat Indonesia, dan di kawasan perkotaan, cenderung lebih baik. Sebaliknya, status kesehatan penduduk dengan sosial ekonomi rendah, di kawasan timur Indonesia dan di daerah perdesaan masih tertinggal.

Permasalahan penting lainnya yang dihadapi adalah terjadinya beban ganda penyakit, yaitu belum teratasinya penyakit menular yang diderita oleh masyarakat seperti tuberkulosis paru, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), malaria, dan diare, serta munculnya kembali penyakit polio dan flu burung. Namun, pada waktu yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, serta diabetes melitus dan kanker.

Dalam era perdagangan bebas, kondisi kesehatan masyarakat makin rentan akibat meningkatnya kemungkinan konsumsi obat dan makanan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan. Ketersediaan, mutu, keamanan obat, dan perbekalan kesehatan masih belum optimal serta belum dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat. Selain itu, obat asli Indonesia (OAI) belum sepenuhnya dikembangkan dengan baik meskipun potensi yang dimiliki sangat besar.

Perilaku masyarakat juga sering tidak mendukung hidup bersih dan sehat. Hal ini dapat terlihat dari meluasnya kebiasaan merokok, rendahnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, tingginya prevalensi gizi kurang dan gizi lebih pada balita, serta kecenderungan meningkatnya jumlah penderita HIV/AIDS, penderita penyalahgunaan narkotika, psikotropika, zat adiktif (Napza), dan kematian akibat kecelakaan.

Selain permasalahan mendasar seperti itu, dalam sepuluh bulan terakhir, paling tidak terdapat lima isu penting di bidang kesehatan yang perlu penanganan segera, yaitu penjaminan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, penanganan masalah gizi buruk, penanggulangan wabah penyakit menular, pelayanan kesehatan di daerah bencana, dan pemenuhan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan.

Alasan inilah yang melandasi penulis untuk membahas tentang kualitas pelayanan kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat Oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih, untuk melihat bagaimana pelayanan kesehatan kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat yang diberikan, sehingga tidak terjadi kesenjangan antara pelayanan yang dirasakan dengan pelayanan yang diharapkan.

## B. KAJIAN PUSTAKA

### 1. Kajian Pustaka

#### 1.1. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Menurut Parasuraman, dkk(2005), terdapat lima dimensi kualitas (kualitas) pelayanan yang dikenal dengan *ServQual*, yaitu:

##### 1. *Responsiveness* (cepat tanggap)

Kemampuan petugas kesehatan menolong pelanggan dan kesiapannya melayani sesuai prosedur dan bisa memenuhi harapan pelanggan.

##### 2. *Reliability*

Kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan tepat waktu dan akurat sesuai dengan yang ditawarkan.

##### 3. *Assurance*

Kriteria ini berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan dan sifat petugas yang dapat dipercaya oleh pelanggan. Dimensi ini meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan.

##### 4. *Emphaty*

Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya.

##### 5. *Tangible*

Kualitas jasa pelayanan kesehatan juga dapat dirasakan secara langsung oleh para penggunanya dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai.

#### 1.2 Kompetensi Aparatur

Mitrani (1995:21) menyatakan bahwa kompetensi adalah suatu sifat dasar seseorang yang dengan sendirinya berkaitan dengan pelaksanaan suatu pekerjaan secara efektif atau sangat berhasil.

Menurut Suprpto (2002:3), standar kompetensi minimal mengandung empat komponen kelompok pokok, yaitu: (1)*Knowledge*; (2)*Skill*; (3)*Attitude*; dan (4)Kemampuan untuk mengembangkan *knowledge, skill* pada orang lain.

Hal ini sejalan dengan pendapat Sofo (1999:123) yang mengemukakan “*A competency is composed of skill, knowledge, and attitude to the standard of performance required in employment*”. Dengan kata lain, menurut Sofo (1999:123) bahwa kompetensi tidak hanya mengandung pengetahuan, keterampilan dan sikap, namun yang penting adalah penerapan dari pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan tersebut dalam pekerjaan.

#### 1.3. Perilaku Aparatur

Ndraha (2003:33), menyebutkan bahwa: “Perilaku adalah operasionalisasi dan aktualisasi sikap seseorang atau suatu

kelompok dalam atau terhadap suatu (situasi dan kondisi) lingkungan (masyarakat, alam, teknologi, atau organisasi), sementara sikap adalah operasionalisasi dan aktualisasi pendirian". Pada prinsipnya perilaku manusia nampak dalam berbagai dimensi. Dimensi-dimensi tersebut, menurut Ndraha (2003:522), antara lain: ketaatan, tanggungjawab, dan kedisiplinan.

Ketaatan diartikan sebagai kesetiaan dan pengabdian kepada organisasi. Ketaatan adalah tekad dan kesanggupan mentaati, melaksanakan, dan mengamalkan sesuatu yang disertai dengan penuh kesadaran dan tanggung jawab. Tanggung jawab diartikan sebagai kesanggupan seorang aparatur untuk menyelesaikan pekerjaan yang diserahkan kepadanya dengan sebaik-baiknya dan tepat pada waktunya serta berani memikul resiko atas keputusan yang diambilnya atau tindakan yang dilakukannya.

Kedisiplinan dapat diartikan sebagai kepatuhan, ketaatan, dan kesungguhan pegawai untuk melaksanakan kewajiban dan tanggung jawabnya sesuai dengan ketentuan atau peraturan yang berlaku serta berusaha untuk menghindari dari segala perbuatan yang dilarang.

#### **1.4. Konsep Pelanggan**

Muninjaya (2012) menyatakan bahwa pelanggan pelayanan kesehatan

secara umum adalah masyarakat (individu atau kelompok) atau institusi penggunaan jasa pelayanan kesehatan, yang membutuhkan pelayanan kesehatan atau yang mempunyai potensi membayar jasa pelayanan kesehatan.

Pelanggan institusi pelayanan kesehatan dibedakan menjadi tiga, yaitu:

1. Pelanggan internal (*internalcustomer*)
2. Pelanggan antara (*intermediate customer*), yaitu mereka yang bertindak atau berperan sebagai perantara, bukan sebagai pemakai akhir produk jasa.
3. Pelanggan eksternal (*external customer*)

##### **1.4.1 Pelanggan Internal**

Pelanggan internal (*internal customer*), yaitu mereka yang bekerja di dalam institusi kesehatan dan memiliki pengaruh pada kinerja (*performance*) bagi institusi kesehatan seperti staf medis, paramedik, teknisi, administrasi, pengelola, dan lain – lain.

##### **1.4.2 Pelanggan Eksternal**

Pelanggan eksternal (*external customer*), adalah pemakai akhir dari produk jasa kesehatan yang sering disebut sebagai pelanggan nyata (*real customer*), yaitu pasien, keluarga pasien, pengunjung, pemerintah, perusahaan asuransi kesehatan, masyarakat umum,

rekanan, lembaga swadaya masyarakat, dan lain – lain.

### **1.5. Hubungan Kualitas Dengan Pelanggan**

Manajemen kualitas mengisyaratkan kepuasan pelanggan internal tercermin dari kualitas pelayanan internal. Kualitas pelayanan internal ini tercermin dalam lingkungan kerja yang kondusif (lewat pemberdayaan, delegasi wewenang, saling percaya, komunikasi efektif, dan sebagainya) dan penerapan *total human reward*. Hal ini akan menumbuhkan loyalitas pelanggan internal pada organisasi. Selanjutnya, loyalitas pelanggan internal akan mengarah pada peningkatan produktivitas. Produktivitas pelanggan internal akan mendorong penciptaan nilai pelayanan eksternal, yang kemudian menentukan kepuasan pelanggan eksternal (Suardi, 2004).

### **1.6. Pelayanan Kesehatan**

Definisi pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Departemen Kesehatan RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan,

perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

Berdasarkan Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*).
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*).

#### **1.6.1 Clinical Governance**

Muninjaya (2012) menyatakan bahwa terdapat empat aspek yang perlu diperhatikan oleh pihak pimpinan dalam mengembangkan *Clinical Governance*, yaitu:

1. Aspek akuntabilitas  
Pelayanan rumah sakit harus dapat dipertanggungjawabkan kualitasnya kepada publik secara medis teknis dan ilmiah (akademik) melalui *evidence based medicine*.
2. Perbaikan kualitas pelayanan  
Perbaikan kualitas pelayanan harus berkelanjutan, komprehensif, dan sistematis.
3. Lingkungan kerja yang kondusif  
Terciptanya lingkungan kerja yang kondusif untuk menjamin penerapan standar kualitas pelayanan. Dalam hal ini fokus perhatian *Clinical Governance* terletak pada pengaturan mekanisme kerja staf medis dan para medis.

4. Kebijakan penyediaan sarana dan dukungan financial  
Adanya kebijakan untuk penyediaan sarana dan dukungan finansial yang akan menjamin meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan secara maksimal. Untuk itu, staf medis dan paramedis harus mampu bekerja secara profesional untuk mengembangkan kualitas pelayanan di unit kerja masing-masing.

### 1.6.2 Budaya Kerja

Salah satu strategi pengembangan kualitas pelayanan adalah pendekatan budaya kerja. Budaya kerja dilakukan melalui pengembangan iklim kerja, semangat kerja, dan rasa kebersamaan yang kondusif untuk meningkatkan kualitas pelayanan, dan sebagainya. Jika budaya kerja yang berkualitas sudah berkembang, rewards and punishment akan dapat dikembangkan secara lugas. Team work yang solid juga akan tumbuh dengan sendirinya (Muninjaya, 2012).

Muninjaya(2012) menyatakan bahwa langkah-langkah strategis harus dilakukan oleh pimpinan institusi pelayanan kesehatan untuk membangun budaya kerja institusi sesuai dengan komitmennya untuk mengembangkan kualitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi harapan pelanggan, yaitu:

1. Institusi merumuskan visi atau cita-cita pengembangan institusi yang disosialisasikan kepada seluruh staf.
2. Institusi memiliki rencana kerja yang jelas dengan tahapan-tahapan untuk mencapai visi institusi.
3. Ada proses belajar bersama melalui praktik.
4. Keteladanan harus dimulai dari pimpinan tertinggi sebagai figur teladan.
5. Ada kesepakatan bersama dalam suasana kemitraan untuk tekun dan setia mengusahakan tercapainya cita-cita bersama.
6. Ada dukungan pimpinan yang kondusif untuk menciptakan iklim perubahan kerja secara berkelanjutan.

### 2. Orisinilitas Penelitian Terdahulu

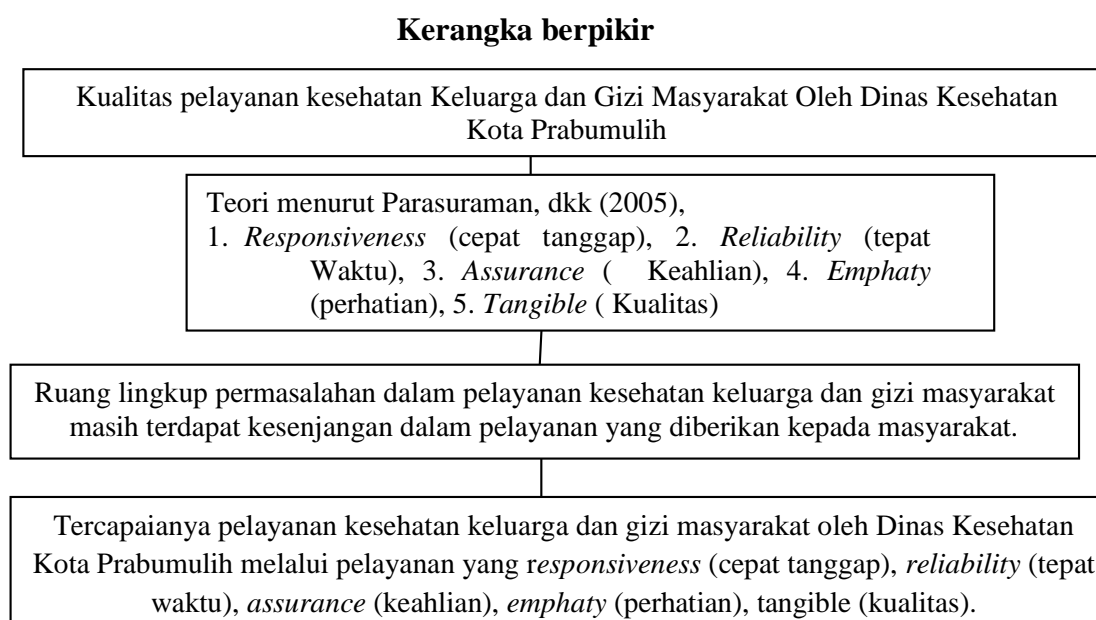
Lima dimensi kualitas pelayanan ini juga banyak digunakan dalam berbagai penelitian untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan, salah satunya adalah penelitian yang telah dilakukan oleh:

1. Suryani (2011). Penelitian ini berlokasi di Rumah Sakit Paru Provinsi Sumatera Selatan. Hasilnya adalah lima dimensi kualitas (*Responsiveness, Reliability, Assurance, Empathy, Tangible*) berpengaruh terhadap kepuasan pasien khususnya pasien JKBM. Dimensi yang paling memuaskan adalah *Assurance*.

2. Penelitian lain yang dilakukan oleh Gunawan dan Djati (2011) menyimpulkan bahwa lima dimensi kualitas (*Responsiveness, Reliability, Assurance, Empathy, Tangible*) berpengaruh terhadap loyalitas pasien. Dimensi kehandalan (*reliability*) merupakan dimensi yang mempunyai pengaruh dominan terhadap loyalitas pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Suryani (2011) serta Gunawan dan Djati (2011) hanya dilakukan dari perspektif pelanggan eksternal, sehingga penelitian untuk mengetahui kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kayu Agung perlu dilakukan karena melihat perspektif pelanggan internal dan eksternal serta sasarannya dilakukan terhadap pelayanan rawat inap, rawat jalan, penunjang laboratorium, penunjang radiologi, dan pelayanan rekam medis.

### 3. Kerangka Berpikir



Kesimpulan yang dapat dikemukakan tentang kualitas adalah sesuatu yang selalu berfokus pada pelanggan (*customer focused quality*), sehingga produk barang dan jasa didesain, diproduksi, serta pelayanan yang diberikan dilakukan untuk memenuhi keinginan pelanggan. Kualitas mengacu pada segala sesuatu yang menentukan kepuasan pelanggan, maka suatu produk yang dihasilkan baru dapat dikatakan berkualitas apabila sesuai dengan keinginan pelanggan, dapat dimanfaatkan dengan baik, serta diproduksi (dihasilkan) dengan cara yang baik dan benar (Gasperz, 2005).

Yang akan membedakan penelitian kualitas pelayanan kesehatan Keluarga dan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih dilihat pada aspek lokus dan fokus Penelitiannya serta teori yang digunakan oleh peneliti



Gambar 1. Kerangka Pemikiran

### C. METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Fokus penelitian adalah untuk menggambarkan bagaimana kondisi pelayanan kesehatan keluarga dan gizi masyarakat dan mengkaji sejauh mana kualitas pelayanan kesehatan keluarga dan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih serta kendala-kendala yang dihadapi.

Penentuan informan menggunakan teknik *purposive*, dimana hanya orang-orang atau pihak-pihak tertentu saja yang akan dijadikan sebagai sumber informasi. Seperti:

1. Pemberi Layanan seperti Kepala Dinas, Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat.
2. Penerima layanan, yaitu masyarakat pengguna layanan Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat.

Sumber data penelitian ini ada 2 macam yaitu data primer dan data sekunder. Data Primer adalah data yang diambil dari sumber pertama di lapangan yang diperoleh melalui wawancara terhadap informan yang ditemui dilapangan, sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh berupa surat

keputusan dan dokumen yang berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan keluarga dan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih, serta data dan informasi yang berkaitan dengan masalah penelitian ini.

Untuk memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa prosedur sebagai berikut:

- a) Tahapan memasuki lapangan (*getting in*)
- b) Tahapan ketika berada di lapangan (*getting along*)
- c) Tahapan keluar dari Lapangan (*getting out*)

Pengujian data dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *triangulasi* yaitu melalui: *check*, *re-check* dan *crosscheck* terhadap data yang diperoleh dari teori, metodologi dan persepsi peneliti.

Teknik analisis data pada penelitian ini dilakukan dalam bentuk interaktif pada 3 (tiga) komponen utama yaitu; Reduksi data, sajian data dan penarikan kesimpulan.

Lokasi penelitian di Dinas Kesehatan Kota Prabumulih dengan waktu penelitian selama 6 bulan

### D. HASIL DAN PEMBAHASAN

## **1. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kota Prabumulih**

Dalam menyelenggarakan tugas, Kepala Dinas Kesehatan mempunyai fungsi :

- a. Perumusan dan penetapan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, dan sumber daya kesehatan.
- b. Pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, dan sumber daya kesehatan
- c. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, dan sumber daya kesehatan.
- d. Koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan administrasi serta pelaksanaan administrasi kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Prabumulih dan sesuai dengan lingkup tugasnya.
- e. Pengawasan Pengelolaan asset yang menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kota Prabumulih.
- f. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Walikota terkait dengan bidang kesehatan.

Dinas Kesehatan Kota Prabumulih terdiri dari:

- a. Sekretariat;
- b. Bidang kesehatan Masyarakat;
- c. Bidang Pencegahan dan Pengendalian penyakit;
- d. Bidang Pelayanan Kesehatan;
- e. Bidang Sumber Daya Kesehatan;

## **2. Pembahasan tentang Kualitas Pelayanan Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih**

Untuk mendukung pencapaian pembangunan kesehatan pemerintah telah menyediakan beberapa sarana/fasilitas kesehatan beserta tenaga kesehatannya. Salah satu tugas pokok pemerintah adalah memberikan pelayanan, termasuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat, maka dengan model pengukuran Parasuraman dkk berdasarkan skala *multi item* yang diberi nama *Servqual* peneliti akan menjabarkan harapan/ persepsi masyarakat dan kesenjangan yang ada dalam model kualitas jasa yang terjadi di lapangan atau berdasarkan fakta yang ada. Pemaparan harapan/ persepsi pasien dan kesenjangan akan dikaji berdasarkan lima dimensi yakni: reliabilitas, daya tanggap, kompetensi, akses, kesopanan, komunikasi, kredibilitas, keamanan, kemampuan memahami pelanggan dan bukti fisik, untuk mendapatkan solusi sekaligus saran dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan keluarga dan

gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih.

### **2.1. Bukti Fisik/Tangibles**

Menurut Parasuraman, dkk, (1990:25), bahwa: Bukti fisik (*Tangibles*) meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.

Kualitas pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan fasilitas yang ada belum memenuhi dimensi tampilan fisik, antara lain karena ditemukannya adanya tempat tidur pasien yang rusak.

### **2.2. Reliability/ Kehandalan**

Menurut Parasuraman, dkk, (1990:25) *reliability/* kehandalan adalah kemampuan memberikan layanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan. Berdasarkan temuan lapangan tersebut di atas, maka terlihat bahwa pihak kurang memperhatikan aspek *reliability/* reabilitas atau kehandalan rumah sakit dalam pemberian pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh pasien seperti keterlambatan dalam mendapatkan obat dapat mengakibatkan hal yang buruk baik bagi pasien maupun bagi keluarga pasien.

### **2.3. Responsiveness/Daya Tanggap**

Parasuraman, dkk, (1990:25), menyatakan bahwa daya tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan layanan dengan tanggap.

Berdasarkan hasil wawancara diatas, dapat menjelaskan bahwa demi kemudahan masyarakat penerima layanan kesehatan keluarga dan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih tidak dibedakan dengan fasilitas apa yang menjamin pasien, semua menerima pelayanan yang sama, dimana perwujudan kemampuan dan kesigapan para medis dalam menanggapi keluhan atau masalah dari masyarakat mencerminkan daya tanggap yang dimiliki oleh para medis.

### **2.4. Assurance/ Jaminan**

Menurut Parasuraman, dkk, (1990:25) Jaminan (*assurance*) mencakup: pengetahuan, kompetensi, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf bebas dari bahaya, resiko atau keraguan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa selaku institusi pelayanan kesehatan keluarga dan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih menunjukkan pemahaman tentang pentingnya jaminan sebagai acuan dalam menjalankan tugas, kemampuan menyelesaikan tugas dan keramahan dalam memberikan pelayanan. Bentuk nyata jaminan akan pelayanan dapat terlihat dari keterbukaan dan transparansi prosedur pelayanan.

### **2.5. Empathy/Empati**

Menurut Parasuraman, dkk, (1990:25), bahwa Empati (*Empathy*)

meliputi: Kesiediaan memberikan perhatian yang mendalam dan khusus kepada masing-masing pelanggan. Berangkat dari aspek Empati, maka pasien mempunyai harapan terhadap adanya kepedulian pada pasien dalam perawatan medis, sikap personal dari dokter, mempelajari kebutuhan personal dari pasien, pasien menyediakan pertimbangan individu pada pasien, mengingat nama dan wajah dari pasien.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat (wawancara dengan perawat 3 Januari 2021) Adanya kelambanan pelayanan dan penanganan dalam kaitan dengan empati menunjukkan bahwa terkadang terjadinya keterlambatan pelayanan bukan disengaja oleh para medis akan tetapi karena ada penanganan pasien lain yang lebih membutuhkan. Biasanya prosedur penanganan oleh perawat yang bertugas terlebih dahulu telah melakukan diagnosa awal kepada pasien.

## **E. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **1. Kesimpulan**

1. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan keluarga dan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Prabumulih, berdasarkan aspek-aspek tampilan

fisik, rehabilitas, daya tanggap, jaminan, empati belum berjalan dengan baik.

2. Tidak berjalannya dengan baik aspek-aspek kualitas pelayanan terlihat dari *tangibels/* tampilan fisik, ketersediaan fasilitas fisik dan peralatan belum memberikan kenyamanan bagi pasien yang dilayani; *reliability*, tentang kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan yang diinformasikan dijadwalkan belum konsisten, standar pelayanan administrasi pencatatan masih berbelit-belit; *responsivness/* daya tanggap, pelayanan kesehatan bagi pasien belum dapat dilakukan secara cepat sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien. Kesabaran dan keramah-tamahan perawat belum baik; *empaty/* empati dokter dan perawat kurang memahami dan memperhatikan perasaan pasien yang dilayani. Perawat dan dokter dalam melayani pasien belum mencerminkan sikap yang tulus, serta kurang konsisten terhadap kesesuaian dan ketepatan waktu melayani pasien.

### **2. Saran**

1. Perlu adanya penambahan tenaga medis, yakni dokter ahli dan perawat serta perlu adanya peningkatan pelayanan kesehatan bagi pasien.
2. Perlu adanya pelayanan dan penyediaan obat yang lengkap sebagaimana yang dibutuhkan oleh

pasien. Serta perlu adanya media informasi yang memuat prosedur dan tata cara pelayanan bagi pasien secara jelas.

### DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. 2008. *Kesiapan Rumah Sakit Dalam Menghadapi Globalisasi*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Arian, Robertus. 2011. *Cara Rumah Sakit Mengukur Mutu Pelayanan*. Robertus arian.wordpress.com
- Arso, Septo Pawelas. 2013. Prinsip-Prinsip Manajemen dalam Pelayanan Kesehatan. *Materi Kuliah Administrasi Rumah Sakit Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*. Semarang: Universitas Diponegoro
- Barata, Atep Adya. 2003. *Dasar-Dasar Pelayanan Prima*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Depkes RI. 2008. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Laporan Nasional 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Depkes RI. 2010. *Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Dwiprahasto, Iwan. 2001. *Clinical Governance Konsep Modern Pelayanan Yang Bermutu*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Vol. 04/ No. 04/ 2001
- Faizin, Achmad, Winarsih. 2008. *Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat Dengan Kinerja Perawat di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali*. *Berita Ilmu Keperawatan* ISSN 1979-2697, Vol 1 No 3, September 2008 : 137-142
- Gasperz, Vincent. 2005. *Total Quality Management*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Gasperz, Vincent, 2002. *Manajemen Kualitas Dalam Industri Jasa*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Gatot, Dewi Basmala, Wiku Adisasmito. 2005. *Hubungan Karakteristik Perawat, Isi Pekerjaan, dan Lingkungan Pekerjaan Terhadap Kepuasan Kerja Perawat di Instalasi Rawat Inap Gunung Jati Cirebon*. *Makara Kesehatan*, Vol 9 No. 1, Juni 2005: 1-8
- Gunawan, Ketut dan Sundring Pantja Djati. 2011. *Kualitas Layanan dan Loyalitas Pasien (Studi pada Rumah Sakit Swasta di Kota Singaraja-Bali)*. *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*, Vol 13. No. 1, Maret 2011: 32 – 39
- Hasyim, Hamzah. 2005. *Manajemen Hiperkes dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (Tinjauan Kegiatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Institusi Sarana Kesehatan)*. *JMPK* Vol. 08/No.02/Juni/2005
- Irawati, Nisrul dan Rina Primadha. 2008. *Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Brand Image Pada Unit Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Dr. Pringadi di Medan*. *Jurnal Manajemen Bisnis* Volume 1, Nomor 2 Mei 2008 ISSN 1978-8339

- Khasanah, Imroatul dan Octarina Dina Pertiwi. 2010. *Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Konsumen RS St. Elisabeth Semarang*. Aset, Februari 2010, Hal 117 – 124. ISSN 1693-928X
- Koesmono, H. Teman. 2007. *Pengaruh Kepemimpinan dan Tuntutan Tugas Terhadap Komitmen Organisasi Dengan Variabel Moderasi Motivasi Perawat Rumah sakit Swasta Surabaya*. Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan Vol. 09 No. 01
- Kotler, P. 2002. *Manajemen Pemasaran*. Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta : PT Prenhalindo
- Kristiani, Yohanita Rini, dkk. 2006. *Pengembangan Desain Mutu Pelayanan Rawat Inap Puskesmas Karanganyar Kebumen Menggunakan Quality Function Deployment*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 09 No. 04 Desember 2006 Halaman 209 - 214
- Muninjaya. 2004. *Survey Kepuasan Pengguna Jasa Pelayanan Kesehatan Perjan Rumah Sakit Sanglah Denpasar*. JMPK Vol. 07/No. 03/September/2004
- Muninjaya, A.A. Gde. 2012. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Pambudi, Hubertus Agung. 2009. Studi Fenomenologis: Kecemasan Keluarga Pada Pasien Stroke Yang Dirawat di Ruang HND Santa Lukas Rumah Sakit Santa Elisabeth Semarang. (thesis). Semarang: Universitas Diponegoro
- Parasuraman dan Malhotra. 2005. A *Multiple-Item Scale for Assessing Electronic Service Research*. Vol.7, No.5 pp: 1-21
- Permenkes RI. 2011. *Komisi Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Rais, Abdul Rozaq. 2003. Analisis Perilaku Konsumen Terhadap Keputusan Rawat Inap : Studi Pada Pasien RS PKU Muhammadiyah. (thesis). Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Ratminto dan Winarsih. 2005. *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Rifai, Achmad. 2005. Pengaruh Persepsi Masyarakat Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Pengobatan di Puskesmas Binjai Kota Tahun 2004. (thesis). Medan : Universitas Sumatera Utara
- Saranga, Ester. 2000. Analisis Efisiensi Proses Lyananan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit: Penerapan Data Envelopment Analysis (DEA) dan Model Servqual (GAP 5).(thesis). Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada
- Siswanto, Susila, Suyanto. 2013. *Metodologi Kedokteran dan Kesehatan*. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Suardi, Rudi. 2004. *Sistem Manajemen Mutu ISO 9000: 2000: Penerapannya Untuk Mencapai TQM*. Jakarta: CV Teruna Grafica
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta
- Suryani, Kadek Ayu. 2011. Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) di Ruang Angsoka RSUP

- Sanglah Denpasar Tahun 2011.  
(*thesis*). Denpasar Universitas  
Udayana
- Suryawati, Chriswardani. 2004. *Kepuasan  
Pasien Rumah Sakit (Tinjauan  
Teoritis dan Penerapannya Pada  
Penelitian)*. JMPK Vol. 07/No.04/  
Desember/2004
- Wahyudi, Setya. 2011. *Tanggungjawab  
Rumah Sakit Terhadap Kerugian  
Akibat Kelalaian Tenaga Kesehatan  
dan Implikasinya*. Jurnal Dinamika  
Hukum Vol 11 No. 3 September  
2011
- Wijaya, Tony. 2011. *Manajemen Kualitas  
Jasa*. Cetakan ke-1. Jakarta: PT  
Indeks

