

**PENILAIAN KUALITI PERKHIDMATAN
PUSAT KESIHATAN MASYARAKAT (PUSKESMAS)
DI WILAYAH SUMATERA UTARA, INDONESIA**

HERU SANTOSA

**UNIVERSITI SAINS MALAYSIA
2010**

**PENILAIAN KUALITI PERKHIDMATAN
PUSAT KESIHATAN MASYARAKAT (PUSKESMAS)
DI WILAYAH SUMATERA UTARA, INDONESIA**

oleh

HERU SANTOSA

**Tesis yang diserahkan untuk
memenuhi keperluan bagi ijazah
Doktor Falsafah**

**UNIVERSITI SAINS MALAYSIA
April 2010**

PENGAKUAN

**Saya mengaku bahawa tesis ini adalah hasil kerja saya sendiri,
kecuali kutipan-kutipan yang setiap satunya telah saya
sertakan sumbernya.**

April 2010

**HERU SANTOSA
P-SD008/05(R)**

PENGHARGAAN

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah, Tuhan Yang Maha Kuasa, atas segala ridho dan kurnia sehingga penyelidik dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini disusun sebagai syarat penyelesaian program doktor di Program Perancangan dan Pengurusan Pembangunan Pusat Pengajian Sains Kemasyarakatan Universiti Sains Malaysia.

Proses penyelesaian tesis ini tentunya tidaklah terlepas daripada bantuan dan sokongan pelbagai pihak sama ada secara persendirian mahupun institusi. Oleh yang demikian, perkenankanlah penyelidik merakamkan setinggi-tinggi penghargaan dan ucapan hormat serta terima kasih kepada Dr. Nor Malina Malek, selaku penyelia utama. Beliau telah banyak memberi bimbingan, tunjuk ajar dan saranan-saranan untuk kesempurnaan kajian ini. Penyelidik yakin bahawa tanpa bantuannya sukar bagi penyelidik untuk menyiapkan tesis ini. Seterusnya, juga kepada Prof. Madya Dr. Tiun Ling Ta selaku penyelia bersama. Beliau telah banyak memberi bimbingan, tunjuk ajar dan saranan-saranan untuk penyelesaian tesis ini.

Penyelidik juga mengucapkan terima kasih kepada Naib Canselor dan para Timbalan Naib Canselor, Dekan dan Timbalan Dekan Pusat Pengajian Sains Kemasyarakatan, Dekan dan Timbalan Dekan Institut Pengajian Siswazah serta para pensyarah yang telah memberikan arahan dan tunjuk ajar selama penyelidik mengikuti pengajian tinggi diperingkat Doktor Falsafah, dan para kakitangan Perpustakaan Universiti Sains Malaysia yang telah memberikan bantuan untuk menyelesaikan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga dihantarkan kepada Rektor dan Timbalan Rektor Universitas Sumatera Utara, Dekan dan Timbalan Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara yang telah memberikan kemudahan guna melanjutkan pengajian di Universiti Sains Malaysia Pulau Pinang. Terima kasih juga kepada Pengetua Pejabat Kesihatan Provinsi Sumatera Utara yang telah memberikan rekomendasi penyokongan dana beasiswa dari Bank Dunia. Terima kasih juga dihaturkan kepada Pengetua Pejabat Kesihatan Binjai; Pengetua Pejabat Kesihatan Simalungun; Pengetua Pejabat Kesihatan Karo; dan Pengetua Pejabat Kesihatan Sibolga atas segala sokongan dan kemudahannya.

Penyelidik juga ucapkan terima kasih kepada Pengetua PUSKESMAS Binjai Kota, Pengetua PUSKESMAS Tiga Dolok, Pengetua PUSKESMAS Tiga Binanga, dan Pengetua PUSKESMAS Sibolga Kota atas segala sokongan dan kemudahan yang telah diberikannya. Kepada pelajar pengutip data Atun, Rizal, Ayu, Ade, Rita, Amay, Risk, dan Datkita juga terima kasih. Kepada istri tercinta Ros Rita Kaban, dan anak-anak tersayang Ayudia Hesarika, Adelia Hesarika, dan Muhammad Bagus Hesananta yang sentiasa sabar dan tabah selama penulis mengikuti pengajian. Ucapan terima kasih juga dihantarkan kepada Bang Enda, Bang Soffian dan Febry Ichwan Butsi yang telah banyak memberikan sokongan kemudahan bilik tempat tinggal di Plat Hamna Blok C3/39 Desa Permai Indah, Jalan Sungai Dua. Akhirnya, semoga tesis ini bermanfaat bagi kehidupan dan perkembangan ilmu pengetahuan.

Pulau Pinang, April 2010

Heru Santosa

SENARAI KANDUNGAN

PENGAKUAN	i
PENGHARGAAN	ii
SENARAI KANDUNGAN	iv
SENARAI JADUAL	viii
SENARAI RAJAH	xiii
SENARAI LAMPIRAN	xv
ABSTRAK	xvi
ABSTRACT	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Pengenalan	1
1.2 Latar Belakang Kajian	3
1.2.1 PUSKESMAS	6
1.2.2 Visi Daerah Sihat 2010	10
1.3 Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS	12
1.4 Permasalahan Kajian	22
1.5 Tujuan Kajian	29
1.6 Kepentingan Kajian	31
1.7 Skop Dan Batasan Kajian	32
1.8 Organisasi Tesis	33
BAB 2 ULASAN KARYA	36
2.1 Pengenalan	36
2.2 Perkhidmatan Kesihatan Dari Perspektif Pembangunan	37
2.3 Persepsi Masyarakat Pengguna Tentang Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	49
2.3.1 Pengertian Persepsi Secara Am	50
2.3.2 Perilaku Masyarakat Berkaitan Dengan Pencarian Perkhidmatan Kesihatan	53
2.4 Definisi Dan Dimensi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	55
2.4.1 Definisi Kualiti Secara Am	56
2.4.2 Dimensi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	59
2.5 Perkhidmatan Kesihatan Yang Berkualiti	64
2.6 Kaedah Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	72
2.7 Kajian Lepas Berkaitan Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	81
2.8 Perilaku Pencarian Perkhidmatan Kesihatan	93
2.9 Kerangka Konseptual Kajian	101
BAB 3 PROFIL WILAYAH SUMATERA UTARA	105
3.1 Pengenalan	105
3.2 Profil Geografi	105
3.3 Profil Demografi	108
3.4 Profil Sosioekonomi	115
3.5 Profil Kesihatan	117

3.5.1	Kadar Kelahiran	117
3.5.1.1	Kadar Kelahiran Kasar	118
3.5.1.2	Kadar Kesuburan Umur Tertentu	119
3.5.1.3	Kadar Jumlah Kesuburan	123
3.5.2	Kadar Kematian	125
3.5.3	Jangkaan Hayat	128
3.5.4	Kemudahan Kesihatan	132
3.5.5	Transisi Demografi Dan Epidemiologi	135
3.6	Polisi Pembangunan Kesihatan Wilayah Sumatera Utara	146
3.6.1	Prinsip Asas Pembangunan Kesihatan Wilayah Sumatera Utara	148
3.6.2	Visi, Misi, Dan Matlamat Pembangunan Kesihatan Sumatera Utara	149
3.6.3	Arah Polisi Pembangunan Kesihatan Di Sumatera Utara	150
3.6.4	Strategi Pembangunan Kesihatan Di Sumatera Utara	151
3.7	Polisi Asas PUSKESMAS	153
3.8	Tipologi PUSKESMAS	158
BAB 4	KAEDAH PENYELIDIKAN	163
4.1	Pengenalan	163
4.2	Reka Bentuk Penyelidikan	164
4.3	Tempat Penyelidikan	164
4.4	Persampelan	170
4.4.1	Sampel Penduduk Yang Mendapatkan Rawatan Di PUSKESMAS	170
4.4.2	Sampel Penduduk Tidak Mendapatkan Rawatan Di PUSKESMAS	172
4.4.3	Sampel Pengetua PUSKESMAS	174
4.4.4	Sampel Kakitangan PUSKESMAS	175
4.5	Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS	177
4.6	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	180
4.7	Sumber Dan Jenis Data	182
4.7.1	Data Sekunder	183
4.7.2	Data Primer	184
4.7.2.1	Temu Bual Bersemuka Dengan Menggunakan Soal Selidik Berstruktur	185
4.7.2.2	Pemerhatian Langsung	186
4.7.2.3	Temu Bual Mendalam Dan Perbincangan Kumpulan Fokus	187
4.8	Kajian Dan Ujian Rintis	188
4.9	Pemprosesan Dan Analisis Data	192
4.9.1	Penyuntingan	192
4.9.2	Mengekod Data	194
4.9.3	Kemasukan Data Ke Dalam Komputer	198
4.9.4	Analisis Data	198

BAB 5 PERSEPSI MASYARAKAT TERHADAP KUALITI PERKHIDMATAN KESIHATAN PUSKESMAS	200
5.1 Pengenalan	200
5.2 Ciri-Ciri Responden	201
5.2.1 Ciri Demografi	201
5.2.1.1 Umur	202
5.2.1.2 Perkahwinan	205
5.2.1.3 Bilangan Anak	207
5.2.2 Ciri Sosial	210
5.2.2.1 Pendidikan	210
5.2.2.2 Kerjaya	214
5.2.3 Ciri Ekonomi: Pendapatan Bulanan	217
5.2.4 Pemanfaatan Kemudahan Kesihatan	219
5.3 Persepsi Masyarakat Tentang Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS	223
5.4 Perbezaan Persepsi Tentang Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Antara Kawasan Bandar Dan Desa	240
5.5 Faktor Masukan, Proses Dan Persekitaran Di PUSKESMAS	251
5.5.1 Faktor Masukan Yang Berlaku Di Dalam PUSKESMAS	252
5.5.2 Faktor Proses Yang Berlaku Di Dalam PUSKESMAS	255
5.5.3 Faktor Persekitaran Yang Berlaku Di Dalam PUSKESMAS	258
5.5.3.1 Aspek Polisi PUSKESMAS	260
5.5.3.2 Aspek Organisasi PUSKESMAS	261
5.5.3.3 Aspek Pengurusan PUSKESMAS	264
5.5.3.4 Aspek Cabaran Perkhidmatan PUSKESMAS	265
5.5.3.5 Aspek Pembabitan Pihak Swasta	266
5.5.3.6 Aspek Program Perancangan PUSKESMAS	267
5.6 Kesan Pelaksanaan Visi Indonesia Sihat 2010	271
5.7 Permintaan Dan Keperluan Masyarakat Di Masa Hadapan	286
5.8 Perumusan Instrumen Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	294
BAB 6 KESIMPULAN	305
6.1 Pengenalan	305
6.2 Hasil Dapatan Utama Kajian	305
6.3 Implikasi Kajian	312
6.4 Cadangan Kajian Lanjut	314
6.5 Penutup	316
BIBLIOGRAFI	318
LAMPIRAN	
LAMPIRAN 1.1	Borang Soal Selidik Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Di Wilayah Sumatera Utara (responden pernah berubat)
	329

LAMPIRAN 1.2	Borang Soal Selidik Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Di Wilayah Sumatera Utara (responden tidak pernah berubat)	332
LAMPIRAN 1.3	Borang Soal Selidik Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Di Wilayah Sumatera Utara Mendalam	335
LAMPIRAN 1.4	Surat Kebenaran Untuk Menjalankan Penyelidikan	338
LAMPIRAN 1.5	Surat Kebenaran Penelitian Badan Penelitian Dan Pengembangan Provinsi Sumatera Utara	339
LAMPIRAN 1.6	Surat Kebenaran Penelitian Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara	340
LAMPIRAN 1.7	Surat Kebenaran Penelitian Dinas Kesehatan Kota Binjai	341
LAMPIRAN 1.8	Surat Kebenaran Penelitian Dinas Kesehatan Kota Sibolga	342
LAMPIRAN 1.9	Surat Kebenaran Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Karo	343
LAMPIRAN 1.10	Surat Kebenaran Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Simalungun	344

SENARAI JADUAL

1.1	Kedudukan PUSKESMAS Dalam Sistem Pembahagian Kuasa Pemerintahan Dan Pentadbiran Kerajaan Indonesia	10
1.2	Persepsi Masyarakat Terhadap PUSKESMAS Di Daerah Wih Pesam Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2003	21
1.3	Bilangan Lawatan Penduduk Ke PUSKESMAS Untuk Mendapatkan Rawatan Pada Tahun 1999 Dan 2003	25
2.1	Tahap Pembangunan Negara Serta Kaitannya Dengan Umur Purata Jangkaan Hayat Dan Kadar Mortaliti Tahun 1995-2005	74
2.2	Peratusan Para Doktor Di Kelima-lima Negara Yang Menyatakan Penurunan Kualiti Perkhidmatan	83
2.3	Persepsi Doktor Tentang Dimensi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan Yang Paling Penting	85
2.4	Persepsi Pesakit Tentang Dimensi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan Yang Paling Penting	86
2.5	Peratusan Peruntukan Pembiayaan PUSKESMAS Terhadap Peruntukan Pembiayaan Pembangunan Kesihatan Keseluruhan Di Peringkat Kabupaten/Bandar (<i>Regency/City</i>) Di Tiga Daerah Tahun 2003	87
3.1	Keluasan Wilayah, Bilangan Kecamatan Dan Bilangan Kelurahan Atau Desa Menurut Kabupaten Atau Bandar Tahun 2005	107
3.2	Densiti Penduduk Dan Kadar Pertambahan Penduduk Tahunan Menurut Kabupaten Atau Bandar Di Sumatera Utara	110
3.3	Perbandingan Jumlah Dan Peratusan Penduduk Di Beberapa Negara Di Asia	111
3.4	Penduduk Berumur 15 Tahun Lebih Menurut Jenis Aktiviti Di Sumatera Utara Tahun 2002-2005	115
3.5	Penduduk Berumur 15 Tahun Lebih Yang Bekerja Menurut Jenis Pekerjaan Di Sumatera Utara Tahun 2005 (Peratusan)	116
3.6	Peratusan Penduduk Perempuan Peringkat Pendidikan Diploma Dan Sarjana Di Indonesia Tahun 1971-2000	121
3.7	Kadar Kelahiran Kasar Dan Kadar Jumlah Kesuburan Di Indonesia Dan Beberapa Negara Asia	124

3.8	Jangkaan Hayat Di Indonesia Dan Beberapa Negara Asia	130
3.9	Jangkaan Hayat Dan Peratusan Penduduk Yang Mempunyai Akses Perkhidmatan Kesihatan Di Beberapa Negara	130
3.10	Kemudahan Kesihatan Di Sumatera Utara Tahun 2005	132
3.11	Nisbah Setiap Jawatan Kesihatan Di Sumatera Utara	133
3.12	Penyebab Kematian Seluruh Umur Di Indonesia Pada Tahun 1980, 1986, 1992 (Dalam Peratusan)	142
3.13	Penyebab Kematian Bayi Di Indonesia Pada Tahun 1980, 1986, 1992 (Dalam Peratusan)	143
3.14	Peratusan Penyebab Kematian Di Indonesia, Negara Membangun Dan Negara Maju Tahun 1992	143
4.1	Penilaian Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS	179
4.2	Jenis Data Menurut Pelbagai Sumber Dan Kaedah	183
4.3	Tempoh Temu Bual Untuk Pengutipan Data Di PUSKESMAS	186
4.4	Hasil Ujian Reliabiliti Dan Validiti Instrumen Soal Selidik	191
4.5	Aktiviti Proses Penyuntingan Soal Selidik Di Setiap Lokasi PUSKESMAS	194
4.6	Contoh Panduan Pengekod Data Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Di Wilayah Sumatera Utara (Responden Berubat Di PUSKESMAS)	196
5.1	Taburan Umur Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	203
5.2	Taburan Pola Penyakit Responden Berumur Di Atas 50 Tahun Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	204
5.3	Taburan Status Perkahwinan Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	206
5.4	Silang Selang Responden Yang Berkahwin Dan Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS Diperinci Menurut Jumlah Rawatan Yang Dilakukan	207
5.5	Taburan Bilangan Anak Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	208

5.6	Hasil Ujian Korelasi Antara Bilangan Anak Dengan Purata Bilangan Rawatan Di PUSKESMAS	209
5.7	Hasil Ujian Khi Kuasa Dua Antara Bilangan Anak Dengan Keckerapan Rawatan Di PUSKESMAS	210
5.8	Taburan Tahap Pendidikan Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	212
5.9	Hasil Ujian Khi Kuasa Dua Antara Tahap Pendidikan Dengan Pendapatan Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	212
5.10	Silang Selang Antara Tahap Pendidikan Dengan Pendapatan Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	213
5.11	Taburan Kerjaya Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	214
5.12	Taburan Tahap Pendidikan Responden Menurut Kerjaya	215
5.13	Hasil Ujian Khi Kuasa Dua Antara Tahap Pendidikan Dengan Kerjaya Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	216
5.14	Taburan Pendapatan Bulanan Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	217
5.15	Hasil Ujian Korelasi Antara Pendapatan Bulanan Dengan Purata Bilangan Rawatan Di PUSKESMAS	218
5.16	Taburan Ciri-Ciri Akses Kesihatan Responden	219
5.17	Hasil Ujian Korelasi Antara Jarak Lokasi PUSKESMAS Terhadap Kedudukan Rumah Responden Dengan Bilangan Rawatan Di PUSKESMAS	220
5.18	Jenis Penyakit Menurut Kelompok Umur Responden	221
5.19	Taburan Biaya Perubatan Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	222
5.20	Skor Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Di Wilayah Sumatera Utara	225
5.21	Taburan Pemenuhan Permintaan Responden Dari Segi Bukti Nyata	227
5.22	Hasil Ujian Korelasi Antara Aspek Kebolehpercayaan Dengan Kepakaran Jururawat PUSKESMAS	229

5.23	Hasil Ujian Korelasi Antara Aspek Jaminan Kesembuhan Pesakit Dengan Kualiti Ubat-Ubatan Terhadap Responden Yang Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	231
5.24	Hasil Ujian Korelasi Antara Aspek Empati Dengan Kesesuaian Perkhidmatan Terhadap Permintaan Pesakit	232
5.25	Purata Skor Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Menurut Kawasan Bandar Dan Desa	234
5.26	Alasan Penduduk Tidak Berubat Di PUSKESMAS	237
5.27	Hasil Ujian Korelasi Antara Aspek Jaminan Kesembuhan Pesakit Dengan Kualiti Ubatan-Ubatan Bagi Responden Yang Tidak Mendapat Rawatan Di PUSKESMAS	238
5.28	Perbezaan Purata Skor Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Menurut Dimensi Antara Kawasan Bandar Dan Desa	248
5.29	Hasil Ujian Perbezaan Min Terhadap Setiap Dimensi Menurut Kawasan Bandar Dan Desa	249
5.30	Perbezaan Nilai Pekali Korelasi Hubungan Antara Aspek Jaminan Dan Empati Dengan Kualiti Perkhidmatan Kesihatan Secara Keseluruhan Menurut Kawasan Bandar Dan Desa	249
5.31	Faktor Masukan Yang Berlaku Di Dalam PUSKESMAS (Kaedah Kualitatif)	254
5.32	Faktor Proses Yang Berlaku Di Dalam PUSKESMAS (Kaedah Kualitatif)	257
5.33	Faktor Persekitaran Yang Berlaku Di Dalam PUSKESMAS (Kaedah Kualitatif)	259
5.34	Fokus Polisi Menurut Sumber	261
5.35	Persepsi Kakitangan PUSKESMAS Tentang Faktor Dalam PUSKESMAS	268
5.36	Jenis Peralatan Perubatan PUSKESMAS Yang Diperolehi Melalui Projek Kesihatan Provinsi-II Di Wilayah Kajian Tahun 2004/2005	274
5.37	Peningkatan Pendidikan Kakitangan Kesihatan Dalam Projek Kesihatan Provinsi-II Di Wilayah Kajian Tahun 2004/2005	276

5.38	Peratusan Subsidi Dana Kesihatan Daripada Jumlah Perbelanjaan Pembangunan Tahun 2004/2005	277
5.39	Latihan Untuk Kakitangan Kesihatan PUSKESMAS Dalam Projek Kesihatan Provinsi-II Di Wilayah Kajian Tahun 2004/2005	278
5.40	Penerbitan Peraturan Daerah Penyokong Desentralisasi PUSKESMAS Dalam Projek Kesihatan Provinsi-II Di Wilayah Kajian Tahun 2004/2005	281
5.41	Bilangan Lawatan Penduduk Ke PUSKESMAS Untuk Mendapatkan Rawatan Pada Tahun 1999, 2003, 2004 Dan 2005	283
5.42	Aliran Petanda-Petanda Kesihatan Untuk Tempoh Tahun 2000-2005 Di Wilayah Kajian	286
5.43	Permintaan Pembaikan Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Untuk Jangka Masa Panjang	288
5.44	Keperluan Pembaikan Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Untuk Jangka Masa Pendek	290
5.45	Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Sedia Ada	299
5.46	Contoh Perumusan Instrumen Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan Yang Disaranankan Untuk Diguna Pakai Pihak PUSKESMAS	304

SENARAI RAJAH

1.1	Sejauhmana Tahap Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Telah Berjaya Dicapai	28
1.2	Skop Kajian Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS	33
2.1	Dimensi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan	63
2.2	Kaitan Antara Kualiti, Pesakit, Profesionalisme Kakitangan Serta Pihak Pengurusan	65
2.3	Hubungan Antara Lima Dimensi SERQUAL Dengan Sepuluh Dimensi Asal Penilaian Kualiti Perkhidmatan	79
2.4	Perbelanjaan Kewangan Kerajaan Indonesia Untuk Pelbagai Peruntukan (Peratusan)	88
2.5	Kerangka Konseptual Kajian	104
3.1	Pertambahan Penduduk Kawasan Bandar Dan Desa Di Sumatera Utara Tahun 2000-2005	109
3.2	Bilangan Penduduk Di Sumatera Utara Tahun 2000-2005 (Jutaan Orang)	113
3.3	Aliran Kadar Kelahiran Kasar Di Sumatera Utara	119
3.4	Kadar Kesuburan Umur Tertentu Di Sumatera Utara Pada Tahun 1990 Dan 1999	122
3.5	Aliran Kadar Jumlah Kesuburan Di Sumatera Utara	123
3.6	Aliran Kadar Kematian Bayi Di Sumatera Utara	128
3.7	Jangkaan Hayat Di Sumatera Utara	129
3.8	Jangkaan Hayat Menurut Daerah Di Sumatera Utara Tahun 2000	131
4.1	Peta Wilayah Sumatera Utara, Indonesia	168
4.2	Lokasi Sampel Kajian Wilayah (Provinsi) Sumatera Utara, Indonesia	169
4.3	Hubungkait Antara Faktor Masukan, Faktor Proses Serta Faktor Persekitaran Dengan Kualiti	182

4.4.	Contoh Lembaran Pengkodan Data	197
5.1	Taburan Peratusan Jenis Penyakit Responden Semasa Lawatan Terakhir Di PUSKESMAS	221
5.2	Skor Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Secara Keseluruhan Di Wilayah Sumatera Utara	226
5.3	Contoh Sistem Pendaftaran Dan Penyimpanan Rekod Perubatan Pesakit	228
5.4	Skor Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Sambas Sibolga	233
5.5	Skor Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Binjai Kota Binjai	233
5.6	Skor Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Tiga Binanga Karo	233
5.7	Skor Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Tiga Dolok Simalungun	233
5.8	Purata Skor Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Antara Kawasan Bandar Dan Desa	242
5.9	Skor Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Kawasan Bandar	246
5.10	Skor Persepsi Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Kawasan Desa	246
5.11	Contoh Peralatan Pergigian	255
5.12	Struktur Organisasi PUSKESMAS Sambas Wilayah Sibolga Yang Lama	263
5.13	Struktur Organisasi PUSKESMAS Sambas Wilayah Sibolga Yang Baru	263
5.14	Aliran Bilangan Lawatan Penduduk Ke PUSKESMAS Tahun 1999, 2003 Dan 2005	284
5.15	Contoh Keadaan Ketidakselesaian Bilik Menunggu Pesakit	292
5.16	Gambaran Kemudahan Bilik Menunggu Pesakit Di PUSKESMAS	292

SENARAI LAMPIRAN

LAMPIRAN	1.1	Borang Soal Selidik Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Di Wilayah Sumatera Utara (responden pernah berubat)	329
LAMPIRAN	1.2	Borang Soal Selidik Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Di Wilayah Sumatera Utara (responden tidak pernah berubat)	332
LAMPIRAN	1.3	Borang Soal Selidik Penilaian Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS Di Wilayah Sumatera Utara Mendalam	335
LAMPIRAN	1.4	Surat Kebenaran Untuk Menjalankan Penyelidikan	338
LAMPIRAN	1.5	Surat Kebenaran Penelitian Badan Penelitian Dan Pengembangan Provinsi Sumatera Utara	339
LAMPIRAN	1.6	Surat Kebenaran Penelitian Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara	340
LAMPIRAN	1.7	Surat Kebenaran Penelitian Dinas Kesehatan Kota Binjai	341
LAMPIRAN	1.8	Surat Kebenaran Penelitian Dinas Kesehatan Kota Sibolga	342
LAMPIRAN	1.9	Surat Kebenaran Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Karo	343
LAMPIRAN	1.10	Surat Kebenaran Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Simalungun	344

**PENILAIAN KUALITI PERKHIDMATAN
PUSAT KESIHATAN MASYARAKAT (PUSKESMAS)
DI WILAYAH SUMATERA UTARA, INDONESIA**

ABSTRAK

Pusat Kesihatan Masyarakat (PUSKESMAS) merupakan kemudahan perkhidmatan kesihatan utama dalam pembangunan kesihatan masyarakat di Indonesia dan mempunyai peranan yang besar dalam mencapai Visi Indonesia Sihat 2010. Penyelidikan ini dilakukan di wilayah Sumatera Utara bertujuan untuk menilai kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS; mengenal pasti pengaruh faktor masukan, proses dan persekitaran terhadap kualiti perkhidmatan PUSKESMAS; mengkaji perbezaan kualiti perkhidmatan kesihatan antara PUSKESMAS bandar dan desa; mengkaji permintaan dan keperluan masyarakat terhadap perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS; dan membina instrumen penilaian kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS untuk masa hadapan. Responden kajian ini ialah ketua isi rumah yang telah mendapat rawatan perubatan di PUSKESMAS. Seramai 200 orang terpilih mewakili empat kluster kajian yang telah dikenal pasti iaitu Sibolga, Binjai, Karo dan Simalungun. Penilaian kualiti perkhidmatan PUSKESMAS ini adalah melalui kaedah SERQUAL manakala pengutipan data dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif menggunakan kaedah pemerhatian langsung, temu bual mendalam dan perbincangan kumpulan berfokus.

Analisis kuantitatif mendapati purata skor persepsi kualiti adalah 3.79 pada skala 1 hingga 5. Seterusnya, kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS terhadap semua dimensi secara amnya menunjukkan skor melebihi 3. Hal ini menunjukkan kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS, daripada pelbagai dimensi penilaian,

berada pada tahap yang secara relatifnya baik. Apabila disusun mengikut purata skor, maka dimensi koresponsifan dan kebolehpercayaan menghasilkan purata skor persepsi 3.85; seterusnya dimensi empati menunjukkan purata skor persepsi 3.81; dimensi jaminan pula memperlihatkan purata skor persepsi 3.79; dan dimensi bukti nyata hanya menunjukkan purata skor persepsi paling rendah iaitu 3.64. Faktor-faktor yang mempengaruhi tahap kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS pula terdiri daripada faktor masukan, proses, dan persekitaran bagi mencapai Visi Indonesia Sihat 2010 melalui pelaksanaan Projek Kesihatan Provinsi-II Sumatera Utara.

Seterusnya, analisis ujian perbezaan min (*compare means analysis*), mendapati bahawa kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS di kawasan bandar adalah lebih baik berbanding di kawasan luar bandar. Walaupun perbezaan ini secara relatifnya adalah kecil tetapi ternyata sangat bermakna. Permintaan masyarakat terhadap peningkatan perkhidmatan PUSKESMAS pada masa hadapan pula adalah berkaitan perluasan bangunan fizikal PUSKESMAS, penambahan jenis perkhidmatan kesihatan, peningkatan proses perkhidmatan dan penambahan aspek-aspek penyokong lain seperti makmal, ubat-ubatan dan masa perkhidmatan.

Akhir sekali, walaupun instrumen penilaian kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS (yang dikenali sebagai “penilaian prestasi kerja PUSKESMAS”) telah sedia ada, namun secara konseptualnya dimensi-dimensi yang digunakan lebih bersifat dalaman (*internal-dimension*) berbanding aspek luaran (*external-dimension*), contohnya persepsi pesakit. Oleh yang demikian, diharapkan instrumen penilaian kualiti perkhidmatan kesihatan yang menggabungkan dimensi bukti nyata, kebolehpercayaan, tindakbalas, jaminan, dan kesefahaman, sebagaimana dalam penyelidikan ini, dapat dijadikan instrumen penilaian kualiti perkhidmatan PUSKESMAS yang lebih berkesan secara berkala di wilayah Sumatera Utara.

**THE EVALUATION OF SERVICE QUALITY
OF PUBLIC HEALTH CENTER (PUSKESMAS)
IN NORTH SUMATERA REGION, INDONESIA**

ABSTRACT

Public Health Center (PUSKESMAS) is a leading health service facility in the development of community health in Indonesia and plays a vital role to realize the vision of Healthy Indonesia 2010. This research was conducted in the North Sumatera region with the objectives to evaluate the health service quality of PUSKESMAS; to identify the effect of input, process and environmental factors on PUSKESMAS health service quality; to assess the difference in health service quality between urban and rural PUSKESMAS; to investigate the demand and need of the community; and to design an instrument for evaluating the health service quality of PUSKESMAS. The respondents of this research were the heads of households who received treatment in PUSKESMAS. The number of respondents were 200 individuals, representing the four sample clusters of Sibolga, Binjai, Karo and Simalungun. The quality of PUSKESMAS services was evaluated using SERQUAL method while the data was collected using quantitative and qualitative methods namely observation, in-depth interview and focus group discussion.

The quantitative analysis indicated that the mean score for quality was 3.79 on the scale of 1 to 5. In addition, the health service quality of PUSKESMAS, on all dimensions, generally show the scores above 3. This means that the health service quality of PUSKESMAS is at a relatively good level. Stratified by the mean scores, the dimensions of responsiveness and reliability have similar mean scores of 3.85; the dimension of empathy has a mean score of 3.81; and the dimension of assurance has a mean score of 3.79. The dimension of tangibles has the lowest mean score of 3.64. The factors affecting the improvement of health service quality in PUSKESMAS are the input factors, process factors, and environmental factors for achieving the vision of Healthy Indonesia 2010 through the implementation of the North Sumatera Province Health Project-II.

Furthermore, a compare mean analysis discovers that the health service quality in urban PUSKESMAS was better than that of the rural ones, and this difference is, in fact, very significant. The demand and need of the community in terms of the future improvement of health service quality of PUSKESMAS include the expansion of the physical structure of PUSKESMAS, the provision of additional health services, the improvement of service process and an increase in the supporting aspects of health services such as laboratory, medication and time of service.

Finally, the existing evaluation instrument of health service quality in PUSKESMAS known as “the work performance evaluation of PUSKESMAS” conceptually still focus on the internal dimensions, rather than the external dimensions, such as patient perception. Thus, it is hoped that the new evaluation instrument which integrates the tangible, reliability, responsiveness, assurance and empathy dimensions, as used in this research, could be realized as the more effective instrument for periodical evaluation of PUSKESMAS service quality in the North Sumatera region.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Pengenalan

Pembangunan kesihatan merupakan salah satu aspek penting dalam pembangunan sosial sesebuah negara. Ia bertujuan meningkatkan kesedaran, kemahuan dan kemampuan hidup sihat bagi setiap individu dalam masyarakat agar mencapai taraf kesihatan yang optimum. Dalam konteks Indonesia, pembangunan kesihatan memberikan sumbangan besar kepada peningkatan kualiti dan daya saing sumber manusia di negara ini (*Departemen Kesehatan, 2004*).

Daya peningkatan kualiti hidup manusia dalam bidang kesihatan merupakan suatu usaha yang sangat besar dan menyeluruh. Usaha berkenaan meliputi peningkatan kesihatan masyarakat sama ada secara fizikal mahupun bukan fizikal. Sistem Kesihatan Nasional menyatakan bahawa kesihatan berkait rapat dengan setiap aspek kehidupan yang ruang lingkup serta jangkauannya sangat luas dan kompleks. Hal ini sesuai dengan pengertian "sihat" yang diberikan oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (*World Health Organization atau WHO*) sebagaimana berikut:

A state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity (World Health Organization, 1981:38).

(Sihat adalah keadaan kesihatan yang menyeluruh, baik dari aspek jasmani, rohani mahupun kesejahteraan sosial dan tidak hanya terbatas kepada bebas daripada penyakit atau kecacatan).

Berdasarkan huraian di atas, dapat difahami bahawa secara asasnya masalah kesihatan masyarakat berkait rapat dengan semua aspek kehidupan dan meliputi sepanjang tempoh kehidupan manusia iaitu pada masa lalu, kini dan masa hadapan. Jika dilihat daripada sejarah perkembangan kesihatan, telah berlaku perubahan orientasi nilai dan pemikiran mengenai usaha penyelesaian masalah kesihatan. Proses perubahan orientasi nilai dan pemikiran tersebut sentiasa berkembang mengikut perkembangan teknologi dan sosio-budaya dalam sebuah masyarakat.

Dasar pembangunan kesihatan pada awalnya hanya tertumpu pada penyembuhan dan perubatan pesakit, telah berkembang secara berterusan ke arah pembangunan kesihatan untuk seluruh masyarakat yang bersifat menyeluruh, bersepadu dan berterusan serta meliputi aspek promosi (*promotion*), pencegahan (*preventive*), penyembuhan (*curative*), dan usaha pemulihan (*rehabilitation*). Perkhidmatan kesihatan dipengaruhi oleh faktor persekitaran sosial, budaya, ekonomi, dan persekitaran fizikal serta biologikal yang bersifat dinamik dan kompleks. Menyedari betapa luasnya hal berkenaan, pihak kerajaan Indonesia melalui Sistem Kesihatan Nasional, berusaha menyediakan perkhidmatan kesihatan yang bersifat holistik, bersepadu, menyeluruh, dan dapat diterima serta mampu dinikmati setiap individu dalam masyarakat. Usaha berkenaan dilaksanakan dengan memberi fokus kepada perkhidmatan kesihatan untuk seluruh masyarakat bagi mencapai tahap kesihatan yang optimum (*Nasution, 2005:1*).

Umumnya, kesihatan merupakan hak asasi manusia dan ia dianggap sebagai satu pelaburan untuk menghasilkan pembangunan sesebuah bangsa. Oleh yang demikian, hal yang penting adalah pembangunan kesihatan dilaksanakan secara

menyeluruh dan berterusan untuk meningkatkan kesedaran, kemahuan dan kemampuan hidup yang sihat bagi setiap individu agar dapat diwujudkan satu tahap kesihatan masyarakat yang sangat tinggi. Dalam rangka mencapai tahap kesihatan tersebut, maka penyediaan perkhidmatan kesihatan yang berhampiran atau mudah dikunjungi oleh masyarakat dan berkualiti tinggi adalah sangat perlu.

Sehubungan itu, Pusat Kesihatan Masyarakat (*Public Health Center*) atau PUSKESMAS telah ditubuhkan oleh kerajaan Indonesia sejak tahun 1968 sebagai langkah penyelesaian terhadap keperluan kesihatan berkenaan. PUSKESMAS mempunyai kebebasan dan tanggungjawab memberikan perkhidmatan kesihatan kepada seluruh masyarakat di wilayah perkhidmatannya. Bentuk perkhidmatan kesihatan yang diberikan PUSKESMAS bersifat menyeluruh, iaitu perkhidmatan kesihatan yang meliputi aspek promosi, usaha pencegahan, penyembuhan dan pemulihan. Namun begitu, secara khususnya perkhidmatan yang disediakan oleh PUSKESMAS adalah berbentuk perkhidmatan kesihatan asas yang lebih mengutamakan usaha penggalakan kesihatan dan pencegahan penyakit (*Muninjaya, 1999:81*).

1.2 Latar Belakang Kajian

Pelaksanaan sistem perkhidmatan kesihatan dalam memenuhi penjagaan kesihatan primer perlu disokong oleh tiga komponen yang terbabit iaitu: pengguna (pesakit), pihak pemberi perkhidmatan (infrastruktur, peralatan dan staf kesihatan),

dan pihak kerajaan. Pihak kerajaan dalam hal ini ialah Kementerian Kesihatan yang mempunyai peranan berikut¹:

1. Mengatur, membina, dan mengawasi aktiviti penyediaan serta pemberian perkhidmatan kesihatan.
2. Menyokong institusi perkhidmatan kesihatan untuk memberi perkhidmatan kesihatan yang optimum.
3. Memudahcarakan pelaksanaan usaha perkhidmatan yang merata dan mampu diperoleh masyarakat.
4. Menggerakkan peranan masyarakat dalam penyediaan dan pembiayaan kesihatan.
5. Mengawasi fungsi sosial supaya perkhidmatan kesihatan bagi masyarakat miskin tetap terjamin.
6. Menjamin pemberian perkhidmatan kesihatan oleh kerajaan kepada masyarakat semasa diperlukan.

Perkhidmatan kesihatan dapat diterima oleh masyarakat jika pendekatan dalam pemberian perkhidmatan sesuai dengan pemahaman masyarakat mengenai konsep sihat dan sakit serta pemahaman mereka mengenai pelbagai jenis penyakit yang ada. Dahulu, ramai orang berpendapat bahawa perkhidmatan kesihatan merupakan satu khidmat sosial dan lebih berbentuk penyembuhan penyakit. Kini, proses pembangunan telah menyebabkan kemajuan dan perkembangan dalam segala sektor baik teknologi, ekonomi, pendidikan, sosial mahupun politik serta menyebabkan perubahan persepsi dan minda dalam pelbagai aspek kehidupan

¹ Purnomo, Bambang (Ketua Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta) “Pandangan pemerintah mengenai pemberlakuan undang-undang perlindungan konsumen”, Kertas kerja di seminar dalam peningkatan kualitas kesehatan untuk pemberlakuan undang-undang perlindungan konsumen, 22 April 2000. Yogyakarta: Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

manusia. Dalam sektor kesihatan, telah berlaku beberapa perubahan sebagaimana berikut:

1. Terjadinya transisi epidemiologi yang menyebabkan perubahan pola penyakit. Keadaan ini diperlihatkan dengan meningkatnya jangkaan hayat penduduk di negara ini. Dengan peningkatan jangkaan hayat, berlaku juga peningkatan penyakit kronik degeneratif (contohnya penyakit jantung, kanser, apopleksi, hati dan diabetes) dan akibat modernisasi teknologi dalam bidang industri maka kemalangan di tempat kerja juga meningkat.
2. Pertumbuhan dan perkembangan infrastruktur dan perkhidmatan kesihatan menyebabkan persaingan antara perkhidmatan yang sama sehingga timbul pandangan bahawa bukan hanya pesakit yang memerlukan kemudahan perkhidmatan kesihatan tetapi kemudahan perkhidmatan kesihatan juga memerlukan pesakit.
3. Perubahan dalam hubungan antara doktor, infrastruktur perkhidmatan kesihatan dan pesakit. Hubungan tersebut telah berkembang menjadi hubungan antara penyedia perkhidmatan dan pengguna. Oleh yang demikian, kedudukan pesakit dengan sendirinya telah berubah kerana sebagai pengguna, mereka mempunyai hak yang harus diakui dan dihormati oleh penyedia perkhidmatan kesihatan.

Perubahan dalam sektor kesihatan telah memberikan peluang kepada Kementerian Kesihatan Indonesia untuk menyedari bahawa telah tiba masanya untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan kesihatan, termasuk meningkatkan kualiti perkhidmatan kesihatan masyarakat. Peningkatan perkhidmatan kesihatan

masyarakat berkenaan dijalankan ke atas PUSKESMAS yang berasaskan kepada misi penubuhannya sebagai pusat pembangunan kesihatan di wilayah pentadbiran pada peringkat kecamatan atau daerah (*district*)².

1.2.1 PUSKESMAS

PUSKESMAS merupakan sebuah organisasi di bawah Kementerian Kesihatan Kerajaan Indonesia yang berfungsi untuk mengurus perkhidmatan kesihatan awam. Perkhidmatan yang ditawarkan bersifat menyeluruh, bersepadu, boleh diterima dan mampu diperoleh masyarakat. PUSKESMAS juga mengutamakan pembabitian aktif masyarakat, penggunaan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sesuai dengan keupayaan dan kemampuan kerajaan serta masyarakat. Purata jumlah penduduk yang memperolehi perkhidmatan sesebuah PUSKESMAS biasanya mencapai 30,000 hingga 50,000 orang dalam sesebuah kawasan perkhidmatan. Jika sesebuah kawasan perkhidmatan itu sangat luas, maka ia perlu disokong oleh unit perkhidmatan kesihatan yang dikenali sebagai PUSKESMAS PEMBANTU³ (*The Assistant PUSKESMAS*) dan PUSKESMAS KELILING⁴ (*The Mobile PUSKESMAS*) (*Departemen Kesehatan, 2002*). Dilaporkan bahawa pada tahun 2002 jumlah PUSKESMAS di seluruh wilayah Indonesia adalah 7,277 buah manakala di wilayah Sumatera Utara adalah 408 buah⁵.

² Kecamatan adalah wilayah pentadbiran dalam sistem kerajaan Indonesia di bawah pentadbiran autonomi wilayah peringkat kedua (kabupaten/kota) diketuai oleh seorang Camat dan di sinilah PUSKESMAS ditempatkan untuk memberi perkhidmatan kesihatan kepada masyarakat. Kecamatan setara dengan peringkat pentadbiran daerah (*district*) (Silalahi, 2002).

³PUSKESMAS PEMBANTU adalah PUSKESMAS kecil yang berfungsi menyokong PUSKESMAS di wilayah kecamatan, kerana jumlah penduduk yang dihidmati melebihi 50,000 penduduk. PUSKESMAS kecil dikenali PUSKESMAS PEMBANTU.

⁴ PUSKESMAS KELILING adalah PUSKESMAS di dalam kereta atau van yang bergerak mengelilingi wilayah, terutama di wilayah desa yang terpencil.

⁵ Data ini dipetik daripada BPS-Statistics of Sumatera Utara and The Regional Development Planning Board of Sumatera Utara Province (2003): *Sumatera Utara in Figures 2002*.

Struktur organisasi PUSKESMAS bergantung kepada aktiviti dan beban tugas mengikut kesesuaian wilayah pentadbiran tempatan. Ertinya, struktur organisasi untuk setiap PUSKESMAS tidak sama, kerana bergantung kepada keadaan dan keperluan sesebuah daerah. Susunan struktur organisasi PUSKESMAS di sesebuah negeri (*kabupaten/kota*)⁶ dilakukan oleh Jabatan Kesihatan Negeri, manakala peraturannya pula dibuat melalui Peraturan Daerah. Pola struktur organisasi PUSKESMAS secara amnya meliputi:

1. Ketua PUSKESMAS
2. Unit Pentadbiran yang bertanggungjawab membantu Ketua PUSKESMAS dalam pengurusan:
 - Data dan maklumat
 - Perancangan dan Penilaian
 - Kewangan
 - Pejabat Am dan pegawai
3. Unit Pelaksana Fungsi Teknikal PUSKESMAS
 - Perkhidmatan Kesihatan Masyarakat, termasuk kaunseling
 - Perkhidmatan Kesihatan Persendirian
4. Jaringan Perkhidmatan PUSKESMAS
 - Unit PUSKESMAS PEMBANTU
 - Unit PUSKESMAS KELILING
 - Unit Bidan di kawasan desa atau luar bandar

⁶ Kabupaten (*Regency*) adalah daerah atau wilayah pentadbiran autonomi peringkat kedua, berada di bawah pentadbiran daerah atau wilayah peringkat pertama atau provinsi (*province*) yang berciri luar bandar dan diketuai seorang bupati. Kota (*city*) adalah daerah atau wilayah pentadbiran autonomi peringkat kedua berada di bawah pentadbiran daerah atau wilayah peringkat pertama atau provinsi (*province*) yang berciri bandar dan diketuai seorang walikota.

Mengikut Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996, Kakitangan kesihatan

PUSKESMAS adalah meliputi:

1. Pegawai perubatan/kesihatan (sama ada doktor mahupun doktor gigi)
2. Sarjana kesihatan masyarakat
3. Jururawat (meliputi jururawat pergigian dan perbidanan)
4. Pegawai farmasi
5. Pegawai kesihatan masyarakat (meliputi pentadbiran kesihatan, pekerja kesihatan dan pembersihan).
6. Pegawai pemakanan (*nutrition*)
7. Kakitangan teknikal perubatan (meliputi tenaga teknikal pergigian, penganalisis kesihatan)
8. Kakitangan bukan perubatan (seperti juru teknik komputer, pelayan pejabat dan pemandu).

Dari segi fungsi ditubuhkan, PUSKESMAS merupakan perkhidmatan kesihatan asas dan di peringkat pertama. Ini bermakna, PUSKESMAS berperanan sebagai berikut:

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesihatan.

Ini bererti PUSKESMAS harus mampu bertindak sebagai penggerak dan pemantau proses pembangunan yang berlaku di peringkat daerah agar dalam pelaksanaannya memfokuskan kepada kesihatan sebagai matlamat utama pembangunan.

2. Pusat pembangunan masyarakat.

Ini bererti PUSKESMAS harus menyediakan segala kemudahan yang bersifat khidmat nasihat seperti kaunseling untuk meningkatkan

pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar dalam mengenal pasti masalah kesihatan, merancang dan mencari penyelesaiannya dapat memanfaatkan kekuatan potensi tempatan.

3. Pusat perkhidmatan kesihatan peringkat pertama.

Ini bererti PUSKESMAS harus berusaha menyediakan perkhidmatan kesihatan yang bersifat holistik, komprehensif, terpadu dan berterusan kerana ia merupakan kemudahan kesihatan utama bagi masyarakat berpendapatan rendah dan miskin.

Dari segi peringkat pentadbiran, PUSKESMAS berkedudukan di peringkat pentadbiran daerah (Jadual 1.1). Jadual ini menggambarkan bahawa peringkat pemerintahan dan pentadbiran di Indonesia meliputi lima peringkat dan setiap peringkat mempunyai kuasa pemerintahan dan pentadbiran di bawah kawalan Kementerian Dalam Negeri. Gubernur merupakan ketua pemerintah untuk peringkat pertama, Bupati/Walikota untuk peringkat kedua, Camat untuk peringkat ketiga, Kepala Desa/Lurah untuk peringkat keempat, dan Kepala Lingkungan untuk peringkat kelima. PUSKESMAS berkedudukan di peringkat keempat di mukim daerah dan di bawah kawalan Kementerian Kesihatan.

Jadual 1.1
Kedudukan PUSKESMAS Dalam Sistem Pembahagian
Kuasa Pemerintahan Dan Pentadbiran Kerajaan Indonesia

Peringkat Pemerintahan	Peringkat Pentadbiran	Ketua Pemerintah	Pentadbiran Kesihatan
<i>Pertama</i>	<i>Provinsi (province)</i>	<i>Gubernur</i>	<i>Pejabat Kesihatan Provinsi</i>
<i>Kedua</i>	<i>Kabupaten/Kota (regency/City)</i>	<i>Bupati/Walikota</i>	<i>Pejabat Kesihatan Kabupaten/Kota</i>
<i>Ketiga</i>	<i>Kecamatan (district)</i>	<i>Camat</i>	PUSKESMAS <i>(public health center)</i>
<i>Keempat</i>	<i>Desa/Kelurahan (sub district)</i>	<i>Kepala Desa/Lurah</i>	<i>Masyarakat</i>
<i>Kelima</i>	<i>Dusun (village)</i>	<i>Kepala Lingkungan</i>	

1.2.2 Visi Daerah Sihat 2010

Seterusnya, menurut *Panduan Penyelenggaraan PUSKESMAS di Era Desentralisasi (Departemen Kesehatan, 2001)*, pembangunan kesihatan negara Indonesia mempunyai visi untuk mencapai status “Indonesia Sihat 2010”. Visi tersebut merupakan hasrat kerajaan untuk bekerjasama dengan masyarakat bagi mewujudkan persekitaran dan gaya hidup yang sihat, memiliki keupayaan untuk mencapai taraf perkhidmatan kesihatan yang berkualiti, adil dan menyeluruh, serta memiliki tahap kesihatan yang sangat tinggi.

Pengamalan visi Indonesia Sihat 2010 tersebut pada peringkat pentadbiran daerah disesuaikan dengan keadaan dan isu-isu kesihatan tempatan yang selanjutnya dikenali sebagai Visi Sihat 2010 yang merupakan arahan pembangunan kesihatan di

daerah berkenaan. Untuk merealisasikan Visi Indonesia Sehat 2010, PUSKESMAS mempunyai tiga misi utama iaitu:

1. Meningkatkan pembangunan berorientasikan kefahaman kesihatan yang tinggi.

PUSKESMAS harus berupaya menyokong pembangunan yang dijalankan di peringkat daerah. Maka oleh sebab itu, PUSKESMAS harus menjadikan peningkatan kualiti kesihatan masyarakat sebagai matlamat utama dalam perkhidmatannya.

2. Pendayaupayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesihatan.

PUSKESMAS berperanan menyediakan kemudahan bagi meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam meningkatkan tahap kesihatan mereka serta mengatasi masalah kesihatan yang dihadapi dengan memanfaatkan pelbagai potensi tempatan termasuk pembiayaan dan kemudahan yang sedia ada, baik daripada agensi kerajaan mahupun Badan Bukan Kerajaan. Pendayaupayaan masyarakat dan keluarga dalam bidang kesihatan harus dijalankan secara berterusan oleh PUSKESMAS. Usaha demikian diharapkan boleh memenuhi keperluan dan tuntutan masyarakat untuk memperoleh kehidupan yang sihat.

3. Memberikan perkhidmatan kesihatan peringkat pertama yang berkualiti untuk menuju Visi Indonesia Sehat 2010 agar penduduk mengamalkan gaya hidup sihat.

Perkhidmatan kesihatan peringkat pertama yang dilaksanakan PUSKESMAS adalah meliputi Perkhidmatan Kesihatan Masyarakat dan Perkhidmatan Klinik Asas.

1.3 Kualiti Perkhidmatan Kesihatan PUSKESMAS

Sejak PUSKESMAS memulakan aktivitinya pada tahun 1968 hingga kini, ia telah berjaya menyediakan perkhidmatan kesihatan terutama bagi masyarakat golongan menengah dan miskin sama ada di bandar mahupun di kawasan luar bandar. Beberapa kejayaan yang telah dicapai oleh PUSKESMAS adalah sebagaimana berikut:

1. Berlaku penurunan kadar kematian bayi secara signifikan di wilayah Sumatera Utara.

Hasil bancian Badan Statistik Sumatera Utara Tahun 2006 dan Pejabat Kesihatan Sumatera Utara Tahun 2006 menunjukkan pada tahun 1971 kadar kematian bayi adalah 122 bayi bagi setiap 1,000 kelahiran hidup dan pada tahun 2000 berlaku penurunan kepada 41 bayi bagi setiap 1,000 kelahiran hidup. Kemampuan perkhidmatan PUSKESMAS meliputi kawasan yang luas hingga ke daerah terpencil memberikan sumbangan yang bererti terhadap rancangan penurunan kadar kematian bayi. Penurunan kadar kematian bayi ini disebabkan bertambahnya kemudahan PUSKESMAS dan PUSKESMAS Pembantu. Kemudahan tersebut termasuk adanya polisi kerajaan tentang penempatan bidan di seluruh negara Indonesia bagi melaksanakan program penurunan kadar kematian bayi dan kematian selepas bersalin. Pada tahun 1995, nisbah

bidan terhadap 100,000 penduduk adalah 39.66 dan meningkat menjadi 54.9 pada tahun 2005.

2. Berlakunya peningkatan jangkaan hayat penduduk di wilayah Sumatera Utara.

Hasil bancian Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Sumatera Utara Tahun 2006 dan Pejabat Kesihatan Sumatera Tahun 2006 menunjukkan bahawa pada tahun 1980, jangkaan hayat penduduk di Sumatera Utara adalah 56 tahun, manakala pada tahun 2000 berlaku peningkatan kepada 66 tahun. Peningkatan jangkaan hayat ini merupakan salah satu sumbangan perkhidmatan PUSKESMAS, seperti adanya program penggalakan gaya hidup sihat untuk warga tua sehingga bertambah jangkaan hayat mereka. Di samping itu, terdapat kemudahan dan peralatan perubatan yang moden seperti "CT-Scan" dan "X-Ray" yang disediakan di hospital mahupun klinik-klinik kesihatan di seluruh wilayah Sumatera Utara.

3. Berlaku penurunan dalam kadar jumlah kesuburan di Sumatera Utara. Pada tahun 1971 kadar jumlah kesuburan adalah 7, tetapi pada tahun 2000 telah berlaku penurunan menjadi 3. Penurunan ini disebabkan kejayaan pelaksanaan program perancangan keluarga oleh PUSKESMAS. Dari tahun 1971 hingga 2000, telah berlaku pertambahan bilangan keluarga yang mengikuti program perancangan keluarga tersebut melalui penggunaan kontraseptif atau alat pencegahan kehamilan.

4. Berlaku perbaikan status nutrisi anak di bawah umur lima tahun. Berasaskan banciaan daripada *Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara (2006)*, didapati bahawa bilangan dan peratusan anak di bawah umur lima tahun dengan status nutrisi yang rendah telah mengalami kemerosotan daripada 48.49 peratus pada tahun 2001 kepada 13.92 peratus pada tahun 2003. Apabila data ini dibandingkan dengan petanda pencapaian Visi Indonesia Sihat 2010, yang menganggarkan peratusan anak di bawah umur lima tahun kepada kadar 15 peratus, kelihatan wilayah Sumatera Utara telah mencapai matlamat visi tersebut. Kejayaan ini turut disumbangkan oleh liputan perkhidmatan PUSKESMAS yang telah menjangkau ke seluruh peringkat masyarakat dan wilayah perkhidmatannya. Setakat ini setiap daerah di Sumatera Utara, secara puratanya, sudah mempunyai dua kemudahan PUSKESMAS.

Sekalipun pelbagai usaha untuk mencapai sasaran pembangunan kesihatan telah dijalankan, seperti penurunan kadar kematian bayi, penurunan kadar kelahiran dan pertambahan jangkaan hayat seperti perbincangan di atas, namun dari aspek perkhidmatannya, PUSKESMAS masih menghadapi pelbagai masalah dan cabaran sebagaimana berikut:

1. Visi, misi, serta peranan PUSKESMAS masih belum difahami secara jelas serta terperinci oleh para pelaksananya (dokter, jururawat dan kakitangan). Oleh itu, pelaksanaan rancangan PUSKESMAS dan keselarasan hubungan antara perancangan dan pengamalan pembangunan kesihatan masih belum mencapai tahap yang maksimum.

Hal ini disebabkan masih ada amalan pemeriksaan perubatan yang kadangkala tidak bersesuaian dengan piawai pemeriksaan perubatan yang telah ditentukan pihak kerajaan. Kepiawaian pemeriksaan perubatan ini dijadikan sebagai jaminan kualiti dalam perkhidmatan kesihatan. *Kajian daripada Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dan CV. Citra Pramatra (2003)* mendapati bahawa daripada empat PUSKESMAS yang dikaji, hanya satu PUSKESMAS yang mengamalkan prosedur pemeriksaan sebagaimana piawai yang ditetapkan.

2. Pemerhatian yang dilakukan mendapati bahawa bebanan kerja para kakitangan PUSKESMAS adalah sangat banyak dan berat. Hal ini disebabkan semua kakitangan berkenaan harus menjalankan perkhidmatan kesihatan di samping melakukan urusan pentadbiran. Contohnya, jururawat yang bertanggungjawab menguruskan pesakit pada waktu yang sama perlu bertugas sebagai petugas pendaftaran dan juga sebagai penyedia laporan pesakit.
3. PUSKESMAS masih belum diberikan autonomi untuk mengamalkan sistem pengurusan dan perancangan pembangunan kesihatan yang sesuai dengan keperluan kawasan perkhidmatan. Ini disebabkan pendekatan pengurusan dan perancangan aktiviti PUSKESMAS masih dijalankan mengikut arahan daripada kerajaan pusat. Amalan desentralisasi melalui autonomi perkhidmatan PUSKESMAS belum dapat dilakukan sepenuhnya kerana masih terdapat program-program perancangan kesihatan kerajaan pusat yang harus dijalankan oleh PUSKESMAS.

4. Seterusnya, berkaitan dengan proses desentralisasi pentadbiran kesihatan, ternyata PUSKESMAS masih belum mampu melaksanakan penyesuaian dan perubahan yang diperlukan. Hal ini kerana masih sukar bagi pentadbir dan kakitangan PUSKESMAS untuk meninggalkan amalan-amalan semasa era sentralisasi. Pengalaman selama ini yang sentiasa berorientasikan prinsip "terima dari atas" (*top down*) masih sukar untuk diubah kepada prinsip "dari bawah ke atas" (*bottom up*). Contohnya, PUSKESMAS dilihat masih belum mampu untuk merancang aktiviti yang sesuai dengan permintaan dan keperluan di wilayah persekitarannya, bahkan terus menurut arahan kerajaan pusat.
5. Aktiviti yang dijalankan oleh PUSKESMAS kurang menumpukan kepada masalah yang berkaitan dengan keperluan perkhidmatan kesihatan oleh masyarakat tempatan. Di era sentralisasi, setiap PUSKESMAS di Indonesia melaksanakan usaha dan rancangan-rancangan pembangunan kesihatan yang seragam sebagaimana arahan daripada kerajaan pusat. Hal ini menyebabkan usaha dan rancangan pembangunan kesihatan di suatu wilayah kadangkala tidak sesuai dengan keperluan penduduk tempatannya. Contohnya, pelaksanaan aktiviti program perancangan untuk warga tua di wilayah tertentu, sedangkan di wilayah tersebut bilangan warga tua adalah kecil sahaja. Maka kesannya, aktiviti tersebut tidak bersesuaian dengan keperluan sebenar masyarakat setempat.
6. Pembabitatan masyarakat dalam pembangunan perkhidmatan kesihatan pada peringkat pertama ini masih lagi kurang memberansangkan. Hal ini disebabkan pentadbiran PUSKESMAS tidak berupaya untuk

melibatkan masyarakat khususnya dalam mendapatkan sokongan kewangan. Contohnya, kaedah perkongsian untuk mendapatkan sokongan kewangan daripada pihak swasta secara umumnya masih belum berhasil. Oleh yang demikian, sumber kewangan untuk melaksanakan aktiviti program yang dirancangan menjadi terbatas. Ini menyebabkan perkhidmatan perubatan di beberapa PUSKESMAS masih belum mencapai tahap yang optimum.

7. Sistem pembiayaan PUSKESMAS belum mampu menuju ke arah perkembangan masa hadapan kerana masih bergantung kepada peruntukan kewangan daripada kerajaan. Dengan demikian, aktiviti program pembangunan PUSKESMAS tidak dapat dilaksanakan. Hal ini disebabkan PUSKESMAS tiada autonomi yang sepenuhnya untuk mengatur perjalanan kewangan dan perkembangan institusinya. Sebagai contoh, sehingga kini segala aktiviti PUSKESMAS masih dibiayai sepenuhnya oleh kerajaan yang secara relatifnya adalah rendah serta tidak memadai.

Berdasarkan huraian di atas, maka dapatlah disimpulkan bahawa cabaran dan isu berkaitan pengurusan, profesionalisme serta pembabitian masyarakat, dilihat jelas memberikan kesan terhadap kualiti perkhidmatan kesihatan di PUSKESMAS. Kualiti perkhidmatan kesihatan sangat dipengaruhi oleh kualiti infrastruktur, sumber manusia yang tersedia, ubat-ubatan, peralatan kesihatan, proses pemberian perkhidmatan, bayaran yang diterima, serta harapan masyarakat pengguna. Oleh itu, peningkatan kualiti infrastruktur serta faktor-faktor yang tersebut di atas merupakan

syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh PUSKESMAS untuk meningkatkan tahap perkhidmatannya. Hal ini seterusnya akan dibincangkan secara rinci dalam bab 2.

Beberapa kajian terhadap kualiti perkhidmatan PUSKESMAS di Sumatera Utara telah mendapati bahawa daripada 100 orang responden yang dinilai persepsi mereka dari aspek lokasi, perilaku doktor, perilaku petugas, kemudahan dan masa kerja, hanya 11.0 peratus yang menyatakan jawapan tidak baik, iaitu perkhidmatan yang diberikan belum bersesuaian dengan apa yang diperlukan oleh pesakit. Di antara semua aspek penilaian tersebut, aspek perilaku doktor dan petugas PUSKESMAS merupakan faktor utama dalam menentukan kualiti perkhidmatan PUSKESMAS. Hal ini kerana doktor dan petugas PUSKESMAS merupakan pihak yang pertama sekali berhubung dengan pesakit. Perilaku doktor yang dianggap tidak baik adalah seperti kemampuan, keprihatinan, penjelasan, sambutan, sikap dan kehadiran ke tempat kerja. Seterusnya, perilaku petugas PUSKESMAS yang dianggap tidak baik pula adalah seperti sikap dan tindakan yang tidak adil (*Harahap, 2003*). Hal ini membuktikan bahawa setiap tindakan doktor atau petugas PUSKESMAS terhadap semua pesakit merupakan pantulan atau refleksi yang mencerminkan kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS.

Seterusnya hasil kajian oleh *Jamil (2003)* tentang kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS di Kabupaten Aceh Tengah mendapati 20.9 peratus (daripada 43 orang responden) menyatakan bahawa prosedur penerimaan pesakit adalah tidak baik, kerana pemeriksaan sering dilakukan tidak mengikut urutan nombor pendaftaran pesakit. Dari aspek perkhidmatan, pemeriksaan, perubatan dan perawatan pula, didapati 23.3 peratus responden yang menyatakan jawapan tidak

baik, kerana pesakit sering mendapati bahawa hasil diagnosis adalah tidak tepat. Masa perkhidmatan juga dinyatakan sebagai tidak baik oleh 18.6 peratus responden disebabkan masa perkhidmatan yang diberikan adalah tidak menentu.

Berdasarkan dimensi koresponsifan, didapati bahawa dalam aspek kemampuan doktor dan jururawat untuk memahami pesakit dengan segera, hanya 20.2 peratus daripada 43 orang responden memberikan persepsi tidak baik. Dilihat dari aspek pemberian maklumat kepada pesakit, terdapat 25.6 peratus responden yang menyatakan jawapan tidak baik dan berdasarkan aspek kecepatan doktor ketika diperlukan pesakit, seramai 27.9 peratus responden menyatakan jawapan tidak baik.

Hasil penilaian dimensi jaminan mendapati bahawa berdasarkan aspek pengetahuan dan kemampuan diagnosis doktor, sejumlah 65.1 peratus daripada 43 orang responden menyatakan jawapan tidak baik. Berdasarkan aspek jaminan keselamatan serta kepercayaan terhadap perkhidmatan, seramai 48.8 peratus menyatakan persepsi tidak baik. Ertinya, jarang pesakit yang pergi berubat ke PUSKESMAS akan sembuh setelah hanya sekali mendapatkan rawatan.

Penilaian melalui dimensi empati juga mendapati bahawa daripada 43 responden, 20.9 peratus memberikan persepsi tidak baik terhadap aspek pemberian perhatian khas kepada pesakit. Berdasarkan aspek pemberian perhatian terhadap aduan pesakit, 30.2 peratus responden menyatakan jawapan tidak baik. Seterusnya, berdasarkan aspek perkhidmatan tanpa membezakan keadaan sosio-ekonomi pesakit, hasil kajian menunjukkan 14.1 peratus responden menyatakan jawapan tidak baik. Hal ini membuktikan bahawa tahap profesionalisme doktor dan semua petugas

PUSKESMAS masih belum memuaskan dan harus dilakukan peningkatan serta pembaikan di masa hadapan.

Seterusnya, apabila dilihat berdasarkan dimensi bukti nyata, seperti aspek kebersihan, kekemasan, dan keselesaan bilik rawatan, didapati bahawa sebanyak 9.3 peratus responden menyatakan jawapan tidak baik. Berdasarkan aspek susun atur ruang menunggu dan bilik pesakit, didapati 4.7 peratus responden menyatakan jawapan tidak baik. Berdasarkan ketersediaan dan kebersihan peralatan perubatan, sebanyak 4.7 peratus responden menyatakan jawapan tidak baik dan berdasarkan aspek kekemasan dan penampilan petugas, 9.3 peratus responden menyatakan jawapan tidak baik. Secara ringkasnya, persepsi tentang PUSKESMAS mengikut setiap aspek penilaian diperlihatkan dalam jadual 1.2 berikutnya.

Dengan demikian, dapatlah dikatakan bahawa dalam proses pemberian perkhidmatan di peringkat awal, peningkatan kualiti dan tahap profesionalisme bagi kakitangan kesihatan sebagaimana yang telah dihuraikan adalah sangat perlu dilakukan. Hal ini dilihat sangat perlu memandangkan PUSKESMAS merupakan klinik rawatan secara langsung atau paling asas kepada masyarakat umum (Rujuk Jadual 1.1). Kejayaan rancangan pembangunan kesihatan juga bergantung kepada pelaksanaan kerja oleh para doktor, jururawat dan semua kakitangan kesihatan di PUSKESMAS.

Jadual 1.2
Persepsi Masyarakat Terhadap PUSKESMAS
Di Daerah Wih Pesam Kabupaten Aceh Tengah Tahun 2003

No.	Dimensi dan aspek penilaian persepsi	Bilangan Responden	Peratusan kesan tidak baik terhadap kualiti perkhidmatan
<i>Dimensi kebolehpercayaan (reliability)</i>			
1	Prosedur penerimaan pesakit	43	20.9
2	Perkhidmatan, pemeriksaan, perubatan dan perawatan	43	23.3
3	Jadual perkhidmatan	43	18.6
<i>Dimensi kersponsifan (responsiveness)</i>			
4	Kemampuan doktor dan perawat untuk cepat tahu keperluan pesakit	43	20.2
5	Pemberian maklumat kepada pesakit	43	25.6
6	Kecepatan doktor ketika diperlukan	43	27.9
<i>Dimensi jaminan (assurance)</i>			
7	Pengetahuan dan kemampuan diagnosis oleh doktor	43	65.1
8	Jaminan keselamatan dan kepercayaan terhadap perkhidmatan	43	48.8
<i>Dimensi empati (empathy)</i>			
9	Pemberian perhatian khusus terhadap pesakit	43	20.9
10	Pemberian perhatian terhadap aduan pesakit	43	30.2
11	Perkhidmatan tanpa membezakan keadaan sosio-ekonomi pesakit	43	14.1
<i>Dimensi bukti nyata (tangibles)</i>			
12	Kebersihan, kekemasan dan keselesaan bilik	43	9.3
13	Susun atur bilik tunggu dan bilik pesakit	43	4.7
14	Kesiapan dan kebersihan peralatan perubatan	43	4.7
15	Kekemasan dan penampilan petugas	43	9.3

Sumber: Jamil, (2003).

Selanjutnya, permintaan dan keperluan masyarakat sebagai pengguna perkhidmatan harus selaras dengan peningkatan pendidikan, penerangan kesihatan, komunikasi yang baik antara pemberi perkhidmatan dan masyarakat pengguna perkhidmatan. Tanpa sokongan dan perkongsian dengan masyarakat tempatan dalam menjalankan rancangan kesihatan, maka ianya akan mengurangkan kemampuan pembangunan kesihatan di kawasan berkenaan. Keberkesanan fungsi perkhidmatan PUSKESMAS kepada masyarakat adalah bergantung kepada adanya kesesuaian

antara perkhidmatan yang diberikan dan pemenuhan permintaan masyarakat sebagai pengguna perkhidmatan PUSKESMAS. Oleh itu, sangatlah penting untuk menumpukan semula perhatian terhadap pelaksanaan fungsi PUSKESMAS di Indonesia, terutamanya kepada peningkatan kualiti perkhidmatan kesihatan kepada masyarakat. Berasaskan huraian di atas, kajian ini dilakukan dengan berfokuskan tajuk ***”Penilaian Kualiti Perkhidmatan Pusat Kesihatan Masyarakat (PUSKESMAS) di Wilayah Sumatera Utara, Indonesia”***.

1.4 Permasalahan Kajian

Peningkatan kualiti merupakan prinsip utama bagi sesebuah sistem perkhidmatan kesihatan. Visi Indonesia Sihat 2010 memberikan gambaran bahawa rancangan pembangunan kesihatan harus mampu mewujudkan masyarakat yang memiliki kemampuan untuk memperoleh perkhidmatan kesihatan berkualiti secara adil dan menyeluruh (*Departemen Kesehatan, 2000*). Perkhidmatan kesihatan berkualiti ialah perkhidmatan kesihatan yang memberi kepuasan kepada pengguna perkhidmatan serta dijalankan bersesuaian dengan kelaziman dan etika perkhidmatan profesional. Dalam dokumen yang bertajuk *“Perjalanan Menuju Indonesia Sihat 2010”*, dinyatakan bahawa kualiti perkhidmatan kesihatan harus dipelihara, dijaga dan dipertingkatkan dengan peningkatan kualiti kakitangan dan tenaga perubatan, ketersediaan ubat-ubatan, serta peningkatan dan pemeliharaan infrastruktur dan peralatan kesihatan (*Departemen Kesehatan, 2004*).

Walaupun terdapat kehendak politik kerajaan yang positif bagi meningkatkan kualiti, namun masih wujud jurang antara visi yang ideal dan strategi yang dapat diukur bagi mencapai perkhidmatan yang berkualiti. Hal ini kerana polisi

kerajaan (dalam hal ini Jabatan Kesihatan) kurang menyokong pengembangan sistem dan kaedah penilaian kualiti perkhidmatan. Sistem dan kaedah penilaian perlu sentiasa diperbaharui secara berjadual bagi mengekalkan perkhidmatan yang lebih selesa. Sehingga kini belum terdapat laporan tahunan mengenai pencapaian tahap kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS di seluruh Indonesia secara komprehensif dan sistematik. Laporan yang sedia ada lebih tertumpu kepada laporan kewangan sahaja yang memungkinkan taksiran pencapaian hanya secara kuantitatif. Namun begitu, laporan demikian belum berupaya atau belum memadai untuk memperlihatkan perubahan kualiti perkhidmatan PUSKESMAS dari semasa ke semasa.

Oleh itu, kajian dan penyelidikan tentang kualiti perkhidmatan PUSKESMAS adalah sangat penting bagi memenuhi permintaan dan keperluan masyarakat sebagai pengguna perkhidmatan kesihatan. Ini kerana kualiti perkhidmatan kesihatan yang baik pada asasnya disebabkan adanya kesesuaian antara perkhidmatan yang diberikan dengan permintaan dan keperluan masyarakat sebagai pengguna perkhidmatan PUSKESMAS. Pendapat ini dilatarbelakangi oleh beberapa fakta berikut:

1. PUSKESMAS merupakan perkhidmatan kesihatan yang paling asas bagi masyarakat di Indonesia kerana ia adalah pusat perkhidmatan kesihatan pada peringkat struktur pentadbiran kerajaan paling rendah, langsung dan hampir dengan masyarakat. Masyarakat, khususnya golongan miskin, sangat bergantung kepada perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS kerana sumber pendapatan dan kewangan yang terbatas tidak memungkinkan mereka untuk berubat di klinik-klinik kesihatan

persendirian. Berasaskan kepada kenyataan ini, penyediaan perkhidmatan kesihatan awam yang berkualiti harus diwujudkan. Oleh itu, PUSKESMAS dilihat mempunyai peranan yang penting iaitu memenuhi permintaan jagaan kesihatan primer (*primary health care*) untuk mencapai Visi Indonesia Sihat 2010.

2. Data berasaskan rekod lawatan pesakit ke PUSKESMAS menunjukkan adanya kemerosotan yang drastik. Contohnya, di beberapa kawasan di wilayah Sumatera Utara, terdapat kecenderungan daripada tahun 1999 hingga 2003 yang menunjukkan kemerosotan lawatan pesakit ke PUSKESMAS. Berasaskan tinjauan daripada 10 kawasan di wilayah Sumatera Utara, purata kemerosotan lawatan tahunan pesakit ke PUSKESMAS mencapai sebanyak 4.29 peratus untuk kawasan bandar dan 10.23 peratus untuk kawasan luar bandar. Secara keseluruhan, kemerosotan lawatan mencapai 9.43 peratus setiap tahun (Jadual 1.3). Keadaan ini menandakan bahawa pemanfaatan PUSKESMAS oleh masyarakat menunjukkan berlaku penurunan. Hal ini mungkin disebabkan oleh salah satu daripada sebab berikut: 1) Kualiti perkhidmatan kesihatan PUSKESMAS yang diberikan adalah kurang memuaskan; 2) Sebilangan besar masyarakat pergi mendapatkan perkhidmatan perubatan persendirian (*private clinic*); atau 3) Keadaan kesihatan masyarakat yang secara umumnya meningkat baik.
3. Menurut *Trisnantoro (2001:4)*, bantuan kewangan kerajaan untuk pembiayaan perkhidmatan kesihatan adalah tidak mencukupi, sehingga berlaku kemerosotan kualiti perkhidmatan berkenaan. Peratusan subsidi

dana kesihatan daripada jumlah perbelanjaan pembangunan adalah sekitar 6.3 hingga 8.2 peratus dalam jangka masa 2000 - 2005. Seterusnya, gaji yang kurang memadai menyebabkan para doktor lebih cenderung untuk menjalankan kerja sambilan lain daripada menumpukan sepenuh masa kepada pekerjaan utama mereka di institusi perkhidmatan kerajaan. Para pemberi perkhidmatan seperti doktor dan jururawat lebih cenderung untuk menyertai badan perkhidmatan swasta yang menawarkan kadar gaji yang lebih tinggi. Hal ini dapat dilihat apabila ramai para doktor dan jururawat yang pada waktu siang bekerja di PUSKESMAS dan di waktu malamnya pula bekerja di klinik-klinik persendirian.

Jadual 1.3
Bilangan Lawatan Penduduk Ke PUSKESMAS
Untuk Mendapatkan Rawatan Pada Tahun 1999 Dan 2003

Bil.	Kawasan	Bilangan lawatan 1999	Bilangan lawatan 2003	Peratusan kemerosotan tahunan	Bilangan Penduduk 2003	Peratusan lawatan terhadap penduduk
<i>Kawasan Bandar</i>						
1	Pem.Siantar	229,344	164,514	5.65	223,949	73.46
2	Sibolga	57,717	55,342	0.82	85,505	64.72
3	Binjai	93,066	78,694	3.09	225,535	34.89
<i>Bilangan Bandar</i>		380,127	298,550	4.29	534,989	55.80
<i>Kawasan Luar Bandar</i>						
4	Deli Serdang	1,238,985	611,040	10.14	2,054,707	29.74
5	Asahan	466,792	172,741	12.60	990,230	17.44
6	Langkat	318,010	213,683	6.56	940,601	22.72
7	Simalungun	528,304	353,003	6.64	808,288	43.67
8	Tap. Selatan	563,452	165,676	14.12	596,188	27.79
9	Karo	220,151	148,804	6.48	306,869	48.49
10	Dairi	83,688	4,903	18.83	289,569	1.69
<i>Bilangan Luar Bandar</i>		3,419,382	1,669,850	10.23	5,986,452	27.89
Bilangan Keseluruhan		3,715,821	1,963,497	9.43	6,231,872	31.51

Nota: 15 kawasan lain tidak ada maklumat.

Sumber: Dinas Kesehatan Sumatera Utara, 2000 dan 2004.