



Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan

Yusni Ainurrahmah

Program Studi Magister Administrasi Publik, Universitas Garut

Abstrak. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif analisis dengan teknik survey. Populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 95 pegawai Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul. Teknik analisis data untuk menjawab hipotesis penelitian menggunakan analisis statistik dengan model analisis jalur (*path analysis*). Pengujian terhadap hipotesis utama menunjukkan bahwa Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul. Adapun temuan-temuan permasalahan dalam penelitian ini, dalam hal Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat diketahui bahwa petugas Puskesmas belum efektif dalam mengikuti rapat dinamisasi seminggu sekali, belum efektifnya kerjasama antar pegawai, dan belum efektifnya evaluasi setiap kegiatan selesai dilaksanakan. Pada Akses Pelayanan Kesehatan diketahui bahwa masih rendahnya daya beli masyarakat untuk kesehatan, rasio jumlah Puskesmas dan jumlah penduduk di wilayah ini telah melebihi kriteria 1:30.000, belum efektifnya kunjungan rumah yang dilaksanakan pegawai dan masyarakat kurang baik dalam mematuhi apa yang disampaikan oleh pegawai Puskesmas. Sedangkan pada Mutu Pelayanan Kesehatan diketahui bahwa pemeriksaan dokter belum sepenuhnya dilakukan dengan tepat waktu, keamanan barang bawaan pasien dan keluarga belum sepenuhnya terjamin dan fasilitas yang dimiliki Puskesmas belum lengkap.

Kata kunci: manajemen Puskesmas, akses pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan

1 Pendahuluan

Jumlah puskesmas saat ini di Indonesia sampai dengan Desember 2014 sebanyak 9.731 unit. Jumlah tersebut terdiri dari 3.378 unit Puskesmas rawat inap dan 6.353 unit puskesmas non rawat inap. Jumlah ini lebih tinggi dibandingkan tahun 2013 yaitu sebanyak 9.655 unit. Puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Garut terdapat 67 unit yang tersebar di 42 kecamatan. Kecamatan Tarogong Kidul merupakan kecamatan yang memiliki kepadatan penduduk tertinggi di Kabupaten Garut dengan kepadatan 63 per km² dibandingkan Kecamatan Garut Kota (42,26) dan Kecamatan Karangpawitan (24,09). (Profil Kesehatan Kabupaten Garut, 2015). Di Kecamatan Tarogong Kidul terdapat tiga buah Puskesmas, yaitu Puskesmas Pembangunan, Puskesmas Haurpanggung dan Puskesmas Kersamenak. Puskesmas Pembangunan dan Puskesmas Haurpanggung telah menjadi unit kerja Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), sedangkan Puskesmas Kersamenak sebagai unit kerja non BLUD. Badan Layanan Umum Daerah yang disingkat BLUD merupakan bagian dari perangkat pemerintah daerah, dengan status hukum tidak

terpisah dari pemerintah daerah, dimana pola pengelolaan keuangannya memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.

Dalam menyelenggarakan fungsinya sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, bahwa setiap Puskesmas berwenang untuk: (a) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan; (b). Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan; (c) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan; (d) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait; (e) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat; (f) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas; (g) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan; (h) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan; dan Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Sesuai dengan wewenangnya, Puskesmas dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pegawai puskesmas dapat berjalan dengan optimal apabila didukung oleh manajemen yang baik. Semakin ketatnya persaingan serta pelanggan yang semakin selektif dan berpengetahuan mengharuskan Puskesmas selaku salah satu penyedia jasa pelayanan kesehatan untuk selalu meningkatkan mutu pelayanannya.

Fenomena masalah Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat dapat diduga dari hal-hal berikut ini:

- a. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Tata Usaha dinyatakan bahwa pembuatan Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) belum dilakukan dengan baik karena lebih bersifat melaksanakan apa yang diinstruksikan oleh Dinas Kesehatan setiap tiga bulan dan enam bulan.
- b. Pertemuan lintas sektoral pegawai Puskesmas dengan pihak-pihak lain setiap tiga bulan belum dihadiri oleh seluruh pegawai.
- c. Rapat rutin pertemuan pegawai Puskesmas belum dapat dilaksanakan setiap minggu, baru dapat dilaksanakan sebulan sekali.

Secara umum berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka fenomena masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Belum terwujudnya mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul, hal ini dapat dilihat dari penilaian mutu yang belum memenuhi target dan hasilnya menurun serta fasilitas yang dimiliki masih terbatas dan sederhana.
- b. Belum memadainya akses pelayanan kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul, hal ini dapat dilihat dari capaian program Puskesmas yang belum memenuhi target.
- c. Belum efektifnya manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul, hal ini dapat dilihat dari perencanaan yang belum sesuai dan pelaksanaan pertemuan lintas sektoral yang belum optimal.

Bertolak dari fenomena masalah di atas, peneliti menduga ada hubungan sebab akibat (*causal effectual*) antara manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat, akses pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan. Maka, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh

manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap akses pelayanan kesehatan untuk mewujudkan mutu pelayanan kesehatan”, dengan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul.”

2 Metodologi

Penelitian merupakan proses mengumpulkan, menganalisis, dan menerjemahkan informasi dan/ atau data secara sistematis untuk menambah pemahaman terhadap suatu fenomena tertentu (Ramdhani, 2013). Penelitian menggunakan metode scientific dengan cara pengumpulan data dan uji analisis dari hipotesis (Ramdhani & Ramdhani, 2016). Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan eksplanasi dengan teknik survei. Metode penelitian ekplanasi merupakan metode penelitian mencari keterangan atau penjelasan dengan tujuan menjelaskan hubungan kausalitas atau sebab akibat yang ada dan berusaha untuk mencari variabel pengamatan. Metode eksplanasi yaitu suatu teknik penelitian untuk menguji hasil dan dampak dari suatu kegiatan atau tindakan terhadap objek atau lingkungannya. Untuk memperkuat hasil penelitian dilakukan verifikasi hasil penelitian dengan hasil observasi, wawancara, dan studi literatur sebagaimana yang direkomendasikan oleh Ramdhani & Ramdhani (2014) dan Ramdhani et. al. (2014). Penelitian ini merupakan penelitian evaluasi pelaksanaan kebijakan publik, dimana pelaksanaan kebijakan publik didefinisikan sebagai implementasi atau penerapan suatu kebijakan publik melalui program, aktifitas, aksi, atau tindakan dalam suatu mekanisme yang terikat pada suatu sistem tertentu (Ramdhani & Ramdhani, 2017).

Untuk melihat kondisi objektif ada objek penelitian. Peneliti menetapkan operasionalisasi variabel penelitian, yang disusun untuk memudahkan langkah-langkah dalam menjangring dan mengumpulkan data yang diperoleh dari responden sesuai dengan teori-teori, konsep-konsep, proposisi-proposisi, dan asumsi-asumsi dari variabel-variabel penelitian penelitian yang ditetapkan. Adapun operasionalisasi variabel penelitian disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Operasionalisasi variabel penelitian

No	Variabel	Dimensi	Indikator
1	Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat (Iskandar, 2016)	1. Perencanaan (<i>Planning</i>)	a. Mikroplanning
			b. Perencanaan Tingkat Puskesmas
		2. Pengorganisasian (<i>Organizing</i>)	a. Struktur Formal
			b. Pengelompokan Kegiatan
			c. Pembagian Tugas
		3. Penggerakan dan Pelaksanaan (<i>Actuating</i>)	a. Penggalangan Kerjasama Tim
			b. Penggalangan Kerjasama Lintas Sektoral
			c. Lokakarya Mini Bulanan
		4. Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian (<i>Controlling</i>)	a. Penetapan Standar Pelaksanaan
			b. Pengukuran Pelaksanaan Kegiatan
			c. Evaluasi
		2	Akses Pelayanan Kesehatan (Retnaningsih, 2013)
b. Aspek Predisposisi			
2. Akses Potensial Iindikator Struktural	a. Karakteristik Sistem Layanan Upaya Kesehatan Wajib		

Tabel 1. Operasionalisasi variabel penelitian

No	Variabel	Dimensi	Indikator
			b. Karakteristik Sistem Layanan Upaya Kesehatan pengembangan
			c. Ketersediaan Tenaga Kesehatan
			d. Masukan
		3. Akses Nyata Indikator Objektif	a. Tempat Pelayanan
			b. Kunjungan
		4. Akses Nyata Indikator Subjektif	a. Kepatuhan
			b. Sikap terhadap petugas
3	Mutu Pelayanan Kesehatan (Sastrianegara, 2014)	1. <i>Reliability</i> (Kehandalan)	a. Ketepatan waktu
			b. Kesesuaian
		2. <i>Assurance</i> (Jaminan)	a. Kemampuan
			b. Keamanan
		3. <i>Tangible</i> (Tampilan Fisik)	a. Fasilitas dan perlengkapan
			b. Kerapian
			c. Kenyamanan
		4. <i>Emphaty</i> (Empati)	a. Kemudahan
			b. Perhatian
		5. <i>Responsiveness</i> (Ketanggapan)	a. Cepat
			b. Tanggap

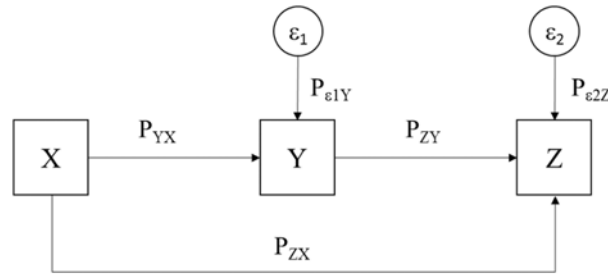
Populasi penelitian merupakan kumpulan dari individu dengan kualitas serta ciri-ciri tertentu (Iskandar, 2015). Populasi itu berupa objek atau subjek yang berada pada suatu wilayah dan memenuhi syarat tertentu berkaitan dengan masalah penelitian. Berdasarkan substansi pokok penelitian yang dilakukan, sasaran populasi (*population target*) dari penelitian ini adalah seluruh pegawai Puskesmas yang bekerja di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul dengan jumlah populasi sebanyak 95 orang, meliputi tenaga kesehatan yang langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Tenaga kesehatan yaitu Kepala Puskesmas, Dokter umum, Dokter gigi, Perawat, Perawat gigi, Bidan, Apoteker, Sanitarian, Analis Kesehatan dan ahli gizi. Unit analisis individu.

Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik sensus, karena pertimbangan tertentu peneliti tidak akan melakukan penarikan sampel, maka semua anggota populasi ditetapkan sebagai responden dalam penelitian ini. Teknik sensus dilakukan apabila peneliti ingin melihat lika-liku yang ada di dalam populasi (Arikunto, 2013).

3 Hasil dan Pembahasan

3.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini menguji fakta empiris tentang pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan. Selanjutnya untuk mempermudah analisis, dilakukan pemodelan terhadap fokus penelitian dalam bentuk paradigma penelitian. Model adalah penyederhanaan dari dunia nyata yang dapat memperlihatkan relasi antar variabel (Amin & Ramdhani, 2006). Paradigma penelitian yang dianalisis disajikan pada Gambar 1.



Gambar 1. Model paradigma penelitian

Hasil penelitian menyajikan hasil perhitungan statistika, sebagaimana tersaji pada Tabel 2.

Tabel 2. Hasil Perhitungan

Hipotesis Utama	Koefisien Jalur	F-hitung	F-tabel	Koefisien Determinasi	Kesimpulan
Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan	0,6420	30,49	9,1	0,4122	Positif dan signifikan
Sub Hipotesis	Koefisien Jalur	t-hitung	t-tabel	Koefisien Determinasi	Kesimpulan
Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan	0,5022	5,59	1,98	0,2522	Positif dan signifikan
Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan	0,1198	1,28	1,98	0,2098	Positif tetapi tidak signifikan
Pengaruh Akses Mutu Pelayanan Kesehatan terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan	0,5734	5,52	1,98	0,3633	Positif dan signifikan

3.2 Pembahasan

Mutu pelayanan kesehatan menurut Sastrianegara (2014) adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau Puskesmas secara wajar dan efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen. Sedangkan menurut Herlambang (2016), mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari berbagai sudut pandang sebagai berikut: Pertama, menurut pasien atau masyarakat adalah empati, respek, tanggap, sesuai dengan kebutuhan dan ramah. Kedua, menurut petugas kesehatan adalah bebas melakukan segala sesuatu secara profesional sesuai dengan ilmu pengetahuan,

keterampilan, peralatan yang memenuhi standar. Ketiga, menurut manajer atau administrator adalah mendorong manajer untuk mengatur staf, pasien atau masyarakat dengan baik. Keempat, menurut yayasan atau pemilik adalah menuntut pemilik agar memiliki tenaga profesional yang bermutu dan cakap.

Penilaian mutu pelayanan kesehatan akan bermanfaat bagi Puskesmas untuk mengetahui dengan baik bagaimana proses pelayanan yang diberikan kepada pasien, mengetahui dimana harus melakukan perubahan untuk melakukan perbaikan secara terus menerus, dan bagaimana cara memuaskan pasien terutama untuk hal-hal yang dianggap penting oleh pasien. Kualitas layanan dapat dilihat dari faktor-faktor: tangible, empathy, responsibility, responsiveness, dan assurance (Ramdhani, et. al., 2011).

Menurut Sastrianegara (2016), penilaian mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas saat ini diukur oleh hal-hal sebagai berikut: Pertama, *drop out* pelayanan *ante natal care* (ANC K1-K4), yaitu ketidakhadiran ibu hamil dalam pemeriksaan kehamilan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah dalam waktu tertentu. Cakupan K4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3 di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Kedua, persalinan oleh tenaga kesehatan. Ketiga, *error rate* pemeriksaan Basil Tahan Asam (BTA), yaitu untuk mengukur kualitas diagnosis penyakit Tuberculosis di unit pelayanan. Keempat, kepatuhan terhadap standar *ante natal care* (perawatan ibu hamil). Kelima, kepatuhan terhadap standar pemeriksaan penyakit Tuberculosis Paru. Keenam, tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan Puskesmas.

Fenomena masalah mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul dapat diduga dari data sebagaimana disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Capaian Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul Tahun 2014 dan 2015

No	Keterangan	TARGET	REALISASI								Ket
			Puskesmas Haur-panggung		Puskesmas Kersamenak		Puskesmas Pembangunan		Puskesmas se-Tarogong Kidul		
			2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
1	Ibu hamil K1	85,5	96,6	98,9	93,3	99,8	96,0	97,5	95,3	98,7	Drop out 5,1 menjadi 2,04
2	Ibu Hamil K4	85,5	91,2	96,3	85,6	97,1	94	96,8	90,2	96,7	
3	Komplikasi kebidanan yang ditangani	63,4	78,6	51,7	22,2	93	35,5	24,3	45,4	56,3	Belum memenuhi target
4	Persalinan ditolong tenaga kesehatan	80,4	89,1	93,5	83,6	97,8	85,2	83,3	85,9	91,5	Meningkat

No	Keterangan	TARGET	REALISASI								Ket
			Puskesmas Haur-panggung		Puskesmas Kersamenak		Puskesmas Pembangunan		Puskesmas se-Tarogong Kidul		
			2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
5	Mendapat pelayanan kesehatan nifas	84	90,2	94,4	82,4	90,2	86,5	82,0	86,3	88,8	Meningkat
6	BTA (+) terhadap suspek	80	20,5	10,0	7,6	14,8	13,5	10,2	13,9	12,9	Belum memenuhi target dan hasilnya menurun
7	Kesembuhan TB Paru	85	92,8	85,7	75	45,4	68,4	80	78,7	69,9	Belum memenuhi target dan hasilnya menurun

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2014 dan Tahun 2015

Berdasarkan Tabel 3, terlihat bahwa beberapa program kerja capaiannya menurun dari tahun 2014 ke tahun 2015 dan belum memenuhi target sebagai berikut:

- a. Cakupan pelayanan kesehatan antenatal dapat dipantau melalui pelayanan kunjungan baru ibu hamil (ANC K1-K4). *Drop out* pelayanan *ante natal care* (ANC K1-K4) dapat dilihat dari data ibu hamil K1 dan ibu hamil K4 terdapat *drop out* sebesar 5,1% pada tahun 2014 dan pada tahun 2015 terdapat *droup out* sebesar 2,04%. Komplikasi masalah kebidanan yang ditangani setiap tahun masih di bawah target 63,42 walaupun mulai meningkat yaitu pada Tahun 2014 sebesar 45,4% dan tahun 2015 sebesar 56,33%. Beberapa faktor yang diduga berpengaruh terhadap pemeriksaan kehamilan adalah tingkat pendidikan, jenis pekerjaan ibu, tingkat sosial ekonomi, kondisi geografis, dan sarana prasarana fasilitas pelayanan kesehatan, belum optimalnya peningkatan kualitas pelayanan Antenatal Care (ANC), belum optimalnya kelas ibu hamil, ketersediaan buku kesehatan ibu anak yang tidak memenuhi sasaran ibu hamil serta pelayanan Antenatal Care yang belum sesuai standar yang akhirnya berpengaruh pada kualitas pelayanan. (Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2014:45)
- b. Penemuan kasus Basil Tahan Asam (BTA) positif masih menjadi masalah di Kecamatan Tarogong Kidul. Angka penemuan kasus baru BTA positif pada tahun 2014 mencapai 13,9% dan pada tahun 2015 menurun 12,9% serta tidak memenuhi target 80%. Hal ini dapat disebabkan karena Penyakit Tuberkulosis belum dapat dikelola dengan baik, ditandai dengan penemuan penderita yang masih belum sesuai harapan. Cakupan penemuan kasus BTA positif selalu di bawah standar nasional. Hal ini terjadi karena kurang optimalnya program *case finding* (penemuan kasus) Tuberkulosis paru yang selama ini dikerjakan dan tidak dilaksanakannya pemeriksaan kontak serumah dan masih rendahnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit Tuberkulosis sehingga akses terhadap pelayanan masih rendah. Untuk angka kesembuhan Tuberkulosis pun mengalami penurunan yaitu pada tahun 2014 sebesar 78,76% menjadi 69,97% pada tahun 2015. Hal ini menunjukkan bahwa strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) sebagai strategi penanggulangan Tuberkulosis masih belum dilaksanakan dengan baik dan efektif. (Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2015: 61).

Fenomena masalah mutu pelayanan kesehatan lainnya dapat diduga dari hasil wawancara dengan pegawai Puskesmas yang menyatakan bahwa fasilitas yang dimiliki Puskesmas masih terbatas dan sederhana sehingga turut mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan, bahkan gedung Puskesmas masih dalam tahap pembangunan. Padahal menurut Pasasuraman, Zeithaml, dan Berry dalam Sastrianegara (2014), tampilan fisik merupakan bagian dari *Service Quality* yang mempunyai kontribusi dalam mengidentifikasi masalah dan menentukan langkah awal memberi layanan untuk mengevaluasi mutu pelayanan kesehatan. Selain itu, petugas memiliki beban ganda, yaitu sebagai pelaksana program dan bertanggung jawab terhadap program promotif dan preventif. Pasien peserta jaminan atau asuransi kesehatan banyak yang tidak mengetahui prosedur pelayanan sehingga banyak pasien yang datang ke Puskesmas hanya meminta surat rujukan untuk ke rumah sakit.

Sastrianegara (2014) menambahkan bahwa ukuran mutu pelayanan dapat dilihat dari hal-hal sebagai berikut: Pertama, proses pelayanan yang dilaksanakan sesuai prosedur. Kedua, petugas pelayanan memiliki kompetensi yang diperlukan. Ketiga, tidak bertentangan dengan kode etik. Keempat, Pelaksanaan pelayanan dapat memuaskan pelanggan, memuaskan petugas pelayanan. Kelima, pelayanan mendatangkan keuntungan bagi lembaga penyedia layanan.

Mutu pelayanan di Puskesmas sering menjadi keluhan dari masyarakat. Masyarakat cenderung melihat Puskesmas pada mutu pelayanan upaya kuratif daripada program lain seperti upaya promotif, dan preventif. Masyarakat berpandangan bahwa Puskesmas merupakan tempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, sehingga masyarakat sering membanding-bandingkan kualitas pelayanan di Puskesmas dengan Rumah Sakit. Program pengobatan dasar di Puskesmas saat ini juga mendapat perhatian dari pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Puskesmas merupakan *gate keeper* dalam penerapan pelayanan rujukan berjenjang pada program Jaminan Kesehatan Nasional. Ada beberapa diagnosa pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang tidak dapat dirujuk langsung, namun harus ditangani di Puskesmas sebagai pemberi layanan tingkat pertama.

Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan primer memiliki peran untuk mendukung peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan pada masyarakat, mendukung pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan mendukung pencapaian indikator kesehatan (Kemenkes, 2012). Puskesmas yang memadai tidak hanya memperhatikan jumlah atau kapasitas pelayanannya tetapi juga memperhatikan tingkat aksesibilitasnya merupakan salah satu hal penting yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Menurut Levesque (2013), akses pelayanan kesehatan merupakan kesempatan untuk mencapai dan memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan situasi dari kebutuhan yang dirasakan. Akses mengandung arti pelayanan kesehatan tersedia kapanpun dan dimanapun diperlukan oleh masyarakat. (Retnaningsih, 2013).

Akses dipengaruhi oleh kebijakan kesehatan yang ada baik dari segi organisasinya maupun dari segi keuangannya. Di Indonesia, sistem keuangan kesehatan dilakukan dengan cara menyediakan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan perlengkapan kesehatan. Retnaningsih (2013) menegaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan yaitu faktor individu dan faktor rumah tangga. Faktor individu yang mempengaruhi akses, yaitu kebutuhan yang dirasakan oleh pasien sebagai individu, tingkat pendidikan, umur, pekerjaan dan asuransi kesehatan. Faktor rumah tangga yang mempengaruhi akses, yaitu transportasi dari rumah ke fasilitas kesehatan, pendapatan keluarga, dan jumlah anggota keluarga.

Dalam rangka meningkatkan akses pelayanan kesehatan maka pegawai Puskesmas harus mampu menampilkan dan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga mampu memberikan kepuasan pasien. Untuk mencapai tujuan tersebut telah dilakukan peningkatan, pemerataan, dan perluasan jangkauan pelayanan kesehatan melalui Puskesmas. Namun, upaya tersebut belum sepenuhnya dapat memberikan pelayanan kesehatan prima. Bahkan pelayanan kesehatan yang diberikan tidak dapat dirasakan oleh beberapa golongan masyarakat. Selain itu sering pula dijumpai Puskesmas yang belum mampu melaksanakan tugasnya dengan baik dikarenakan wilayah pelayanannya yang terlalu luas, jauhnya jarak tempuh dan terlampaui besarnya penduduk yang menjadi tanggung jawab sebuah Puskesmas.

Untuk akselerasi perbaikan kebijakan dalam pelaksanaan layanan statistika, untuk hal-hal yang bersifat baru (inovasi), perlu dilakukan proses difusi inovasi, yang dapat dilakukan dengan proses yang dilakukan melalui tahapan penguatan pengetahuan, persuasi, keputusan, dan konfirmasi (Ramdhani et. al., 2017). Untuk meningkatkan layanan kesehatan masyarakat, peneliti mengusulkan pemanfaatan teknologi informasi dalam bentuk e-government untuk memudahkan pengumpulan dan pengolahan data. Teknologi informasi merupakan perangkat teknologi yang dapat membantu manusia dalam pekerjaannya, dengan mengelola data secara terpelihara, cepat, tepat, dan akurat (Ramdhani et al., 2016; Slamet et. al., 2016; Ramdhani et al., 2014; Tsabit et. al., 2012; Bustomi et al., 2012; Ramdhani et al., 2006).

Fenomena masalah akses pelayanan kesehatan dapat diduga dari sasaran jumlah penduduk yang melebihi rasio. Dari data diketahui bahwa sasaran jumlah penduduk Puskesmas Haurpanggung sebesar 48.685 orang, Puskesmas Kersamenak sebanyak 22.701 orang dan Puskesmas Pembangunan sebanyak 51.208 orang (Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2014). Hal ini bertentangan dengan pendapat Sastrianegara (2014), bahwa idealnya rasio Puskesmas berbanding penduduk yaitu 1: 30.000 penduduk. Bila melihat rasio tersebut, maka Puskesmas Haurpanggung dan Puskesmas Pembangunan telah melebihi rasio tersebut sehingga akan mempengaruhi akses pelayanan kesehatan. Fenomena masalah akses pelayanan kesehatan lainnya dapat diduga dari capaian program sebagaimana disajikan pada Tabel 4.

Tabel 4 Capaian Akses Pelayanan Kesehatan Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul Tahun 2014 dan 2015

No	Keterangan	TARGET	REALISASI								Ket
			Puskesmas Haurpanggung		Puskesmas Kersamenak		Puskesmas Pembangunan		Capaian Akses Puskesmas Se-Kecamatan Tarogong Kidul		
			2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
1	Kesehatan Lingkungan										
	Rumah Sehat	75	55	41,6	64,3	76,1	73,3	82,9	64,2	66,8	Belum memenuhi target
	Sarana air bersih	80	63,2	91,0	58,4	76,8	50,1	49,	57,2	72,2	Belum memenuhi target
	Sanitasi layak (Jamban sehat)	75	62,5	62,2	16,6	63,6	45,5	45,5	41,5	57,1	Belum memenuhi target

No	Keterangan	TARGET	REALISASI								Ket
			Puskesmas Haur-panggung		Puskesmas Kersamenak		Puskesmas Pembangunan		Capaian Akses Puskesmas Se-Kecamatan Tarogong Kidul		
			2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
2	Perilaku Hidup Masyarakat Rumah Tangga Ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	65	58,1	37,1	58,9	79,0	80,7	25,8	65,9	47,3	Belum memenuhi target
3	Penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD31)										
	Kasus AFP (<i>Acute Flaccid Paralysis</i>)	16	0	0	1	1	2	3	3	4	Belum memenuhi target
	Kasus Campak		0	2	22	76	0	22	22	100	Meningkat
	Imunisasi dasar lengkap	80	63,1	87,2	71,7	98,4	45,8	95,5	60,2	93,7	Meningkat

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2014 dan Tahun 2015

Berdasarkan data pada Tabel 4, dapat dilihat bahwa ada beberapa program yang capaiannya belum memenuhi target sebagai berikut:

- Capaian akses program kesehatan lingkungan diantaranya dapat dilihat dari rumah sehat pada tahun 2014 mencapai 64,26% dan pada tahun 2015 mencapai 66,89%. Hasilnya meningkat namun masih di bawah target 75%. Hal ini dapat disebabkan karena masih rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat terhadap pentingnya rumah sehat serta keterbatasan anggaran yang tersedia dari pemerintah daerah khususnya bagi petugas sanitasi yang ada di Puskesmas untuk melakukan kegiatan pemeriksaan rumah di wilayah kerja masing-masing. (Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2015: 11). Selain itu, akses sanitasi yang layak capaiannya masih di bawah target 75% pada tahun 2014 mencapai 41,53% dan pada tahun 2015 mencapai 57,1% sehingga masih terdapat kesenjangan dari target. Hal ini dapat disebabkan perilaku masyarakat yang belum sadar terhadap pentingnya jamban sehat dan pengetahuan masyarakat tentang jamban sehat masih rendah. (Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2015).
- Capaian akses rumah tangga ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat targetnya 65% di Kecamatan Tarogong Kidul, pada tahun 2014 mencapai 65,9% dan pada tahun 2015 mencapai 47,3%. Hal ini mengalami penurunan sebanyak 18,6% dibandingkan dengan tahun 2014. Hal ini dapat disebabkan karena belum dilaksanakannya pemantauan secara berkala, teknik pendataan yang belum tepat, dan sebagian masyarakat belum mampu melaksanakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam indikator merokok di dalam rumah. (Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2015)
- Capaian akses pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dapat dilihat dari adanya penemuan kasus AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) dalam pelayanan imunisasi. Adanya kasus AFP menunjukkan kinerja surveilans AFP yang belum optimal, karena penemuan tidak mencapai target yang ditetapkan sebanyak 16 (enam belas) kasus se-Kabupaten Garut dengan penemuan terbanyak di wilayah Puskesmas Pembangunan Kecamatan Tarogong Kidul sebanyak 3 (tiga) kasus atau sebesar 25%. Hal ini dapat disebabkan karena faktor petugas surveilans epidemiologi Puskesmas yang belum terlatih dan belum semua fasilitas

- kesehatan dapat menyampaikan adanya kasus AFP (Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2015).
- d. Pada Tahun 2015, secara klinis telah terdeteksi kasus Campak dengan kasus terbanyak di Kabupaten Garut ditemukan di wilayah Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul sebanyak 100 kasus. Walaupun cakupan imunisasi cukup tinggi, Kejadian Luar Biasa (KLB) campak mungkin saja masih akan terjadi yang disebabkan adanya akumulasi anak-anak rentan karena tidak diimunisasi, ditambah 15% anak yang walaupun diimunisasi tetapi tidak terbentuk imunitas (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Dengan penemuan kasus Campak ini menunjukkan bahwa masih terdapat populasi berisiko terhadap penyakit campak walaupun cakupan imunisasi lengkap tahun 2015 sebesar 93,7% telah mencapai hasil yang melebihi target, namun belum menjamin adanya kekebalan masyarakat terhadap penyakit Campak. (Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2015).

Perubahan yang mendasar dalam sektor kesehatan, yaitu terjadinya perubahan paradigma pembangunan kesehatan menjadi Paradigma Sehat. Dengan paradigma baru ini akan mendorong terjadinya perubahan konsep yang sangat mendasar dalam pembangunan kesehatan di Puskesmas yang semula lebih menekankan pada upaya kuratif dan rehabilitatif, menjadi lebih fokus pada upaya preventif dan promotif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Disamping itu, pelaksanaan upaya kesehatan yang semula lebih bersifat terpilah-pilah berubah menjadi kegiatan yang terpadu dan sistematis (Kemenkes, 2012)

Rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis yang dilaksanakan Puskesmas membentuk fungsi-fungsi manajemen. Manajemen Puskesmas diselenggarakan untuk menghasilkan luaran Puskesmas yang efektif dan efisien serta pelayanan yang bermutu. Menurut Sastrianegara (2016: 76), Manajemen Puskesmas diselenggarakan sebagai proses menyelaraskan tujuan organisasi dan tujuan petugas Puskesmas, proses mengelola dan memberdayakan sumber daya dalam rangka efisiensi dan efektivitas Puskesmas, proses pengambilan keputusan dan pemecahan masalah, proses kerjasama dan kemitraan serta proses mengelola lingkungan. Penerapan Manajemen Puskesmas merupakan proses dalam rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis untuk mencapai tujuan Puskesmas (Kemenkes, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian deskriptif, ditemukan fakta-fakta sebagai berikut:

- a. Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat menunjukkan kriteria cukup. Presentase tertinggi ada pada dimensi perencanaan yaitu indikator perencanaan tingkat Puskesmas dimana pegawai menyusun usulan kegiatan dengan memperhatikan prioritas kebutuhan dengan kriteria cukup. Presentase terendah terdapat pada dimensi penggerakan dan pelaksanaan yaitu indikator penggalangan kerjasama tim dimana pegawai Puskesmas dalam melaksanakan rapat dinamisasi seminggu sekali dengan kriteria kurang sekali.
- b. Akses Pelayanan Kesehatan menunjukkan kriteria cukup. Presentase tertinggi ada pada dimensi akses potensial indikator struktural yaitu indikator karakteristik sistem layanan kesehatan wajib dimana pelaksanaan pemeriksaan ibu hamil cukup berjalan sesuai dengan target Puskesmas. Sedangkan presentase terendah pada dimensi akses potensial indikator struktural yaitu dimana rasio jumlah Puskesmas dan jumlah penduduk di wilayah ini kurang baik melebihi 1:30.000.
- c. Mutu Pelayanan Kesehatan menunjukkan kriteria cukup. Presentase tertinggi ada pada dimensi *reliability* (kehandalan) yaitu indikator kesesuaian dimana pegawai Puskesmas cukup mampu menjalankan tanggung jawab sesuai dengan profesinya. Presentase terendah terdapat pada dimensi *tangible* (bukti fisik) yaitu indikator fasilitas dan perlengkapan dimana fasilitas yang dimiliki Puskesmas kurang lengkap.

Selanjutnya temuan-temuan permasalahan penting lainnya yang terdapat dalam penelitian ini adalah:

- a. Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat ditemukan sejumlah permasalahan seperti:
 - 1) Belum efektifnya pegawai Puskesmas dalam melaksanakan rapat dinamisasi seminggu sekali.
 - 2) Belum efektifnya kerjasama antar pegawai Puskesmas
 - 3) Belum efektifnya evaluasi setiap kegiatan selesai dilaksanakan.
- b. Akses Pelayanan Kesehatan ditemukan permasalahan:
 - 1) Masih rendahnya daya beli masyarakat untuk kesehatan di wilayah binaan Puskesmas.
 - 2) Rasio jumlah Puskesmas dan jumlah penduduk di wilayah ini telah melebihi kriteria 1:30.000 penduduk.
 - 3) Belum efektifnya kunjungan rumah yang dilaksanakan pegawai Puskesmas sesuai dengan gangguan kesehatan yang ada di masyarakat.
 - 4) Masyarakat kurang baik dalam mematuhi apa yang disampaikan oleh pegawai Puskesmas.
- c. Mutu Pelayanan Kesehatan ditemukan permasalahan sebagai berikut:
 - 1) Pemeriksaan dokter belum sepenuhnya dilakukan dengan tepat waktu.
 - 2) Keamanan barang bawaan pasien dan keluarga belum sepenuhnya terjamin.
 - 3) Fasilitas yang dimiliki Puskesmas kurang lengkap.

3.2.1 Pengujian Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan

Rumusan hipotesis utama yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

- H_0 : Tidak Terdapat Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan
- H_1 : Terdapat Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan hasil pengolahan data diperoleh nilai koefisien jalur X terhadap Y dan Z sebesar 0,6420. Kemudian pengujian selanjutnya dilakukan untuk mengetahui lebih lanjut pengaruh variabel Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul dengan membandingkan nilai F_{hitung} dengan F_{tabel} . Berdasarkan hasil perhitungan, diperoleh nilai F_{hitung} 30,49 lebih besar dari F_{tabel} sebesar 9,1. Dari nilai tersebut dapat ditarik kesimpulan statistik bahwa H_0 ditolak, artinya variabel Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat berpengaruh secara signifikan terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul.

Besarnya pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan tersebut dilihat dari koefisien determinasi (R^2_{YZX}) sebesar 0,4122 atau 41,22% sedangkan sisanya 58,78% dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti. Nilai tersebut menunjukkan bahwa besarnya pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat (X) terhadap Akses Pelayanan Kesehatan (Y) untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan (Z) adalah 0,4122. Hasil pengujian ini menunjukkan bahwa faktor *Planning* (perencanaan), *Organizing* (pengorganisasian), *Actuating* (penggerakan dan pelaksanaan), *Controlling* (pengawasan, pengendalian dan penilaian) menentukan Akses Pelayanan Kesehatan yang pada akhirnya akan mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan yaitu

sebesar 41,22%, sedangkan sisanya sebesar 0,5978 atau 59,78% dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diamati dalam penelitian ini.

Berdasarkan hasil pengamatan di lapangan diketahui bahwa dalam melaksanakan manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat, para pegawai Puskesmas cukup mampu melakukan perencanaan dengan menyusun usulan kegiatan yang memperhatikan prioritas kebutuhan. Ditinjau dari sisi pengorganisasian, pimpinan Puskesmas cukup mampu melakukan pengelompokan kegiatan agar mudah dilaksanakan oleh setiap pegawai di masing-masing program. Ditinjau dari pergerakan dan pelaksanaan menunjukkan bahwa lokakarya Puskesmas cukup mampu menghasilkan rencana yang jelas walaupun rapat rutin, pertemuan lintas sektoral dan lokakarya bulan belum dilaksanakan dengan optimal. Sedangkan bila ditinjau dari sisi pengawasan, pengendalian dan penilaian menunjukkan bahwa pegawai Puskesmas kurang baik dalam melakukan evaluasi kegiatan setelah melakukan kegiatan sehingga akan menghambat proses evaluasi kegiatan selanjutnya.

Hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat tidak hanya dipengaruhi oleh akses pelayanan kesehatan namun juga dipengaruhi oleh mutu pelayanan kesehatan. Dimana akses pelayanan kesehatan dapat dicapai dengan baik jika manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat yang dilaksanakan mempunyai perencanaan yang baik, pengorganisasian yang optimal, pergerakan dan pelaksanaan yang efektif dan pengawasan, pengendalian dan penilaian yang baik.

Selain faktor manajemen dan akses, variabel Mutu Pelayanan Kesehatan juga dipengaruhi faktor lain (*epsilon*). Hasil pengujian menunjukkan bahwa pengaruh faktor lain yang tidak diteliti sebesar 59,78%. *Epsilon* yang diduga turut mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan yaitu faktor-faktor lain sebagaimana yang disampaikan Azwar dalam Enderwati (2012) bahwa untuk menilai mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi tiga unsur yaitu unsur masukan, lingkungan dan proses. Unsur masukan, meliputi sumber daya manusia, dana dan sarana. Unsur lingkungan, meliputi kebijakan dan organisasi, sedangkan unsur manajemen yang termasuk unsur lingkungan telah diteliti. Disamping itu ada unsur proses, meliputi proses pelayanan baik tindakan medis maupun tindakan non medis. Faktor-faktor ini kemudian dapat dijadikan sebagai bahan penelitian selanjutnya.

3.2.2 Pengujian Sub Hipotesis Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan

Rumusan sub hipotesis yang diajukan adalah:

- H_0 : Tidak Terdapat Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan
 H_1 : Terdapat Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan

Untuk menjawab hipotesis yang diajukan tersebut, maka dilakukan pengujian dengan menggunakan pengujian analisis jalur (*path analysis*). Berdasarkan pengujian diperoleh nilai koefisien jalur (P_{YX}) sebesar 0,5022. Untuk mengetahui lebih lanjut pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat (X) terhadap Akses Pelayanan Kesehatan (Y) maka dilakukan pengujian, yaitu dengan melihat perbandingan nilai t_{hitung} dengan t_{tabel} . Hasil perhitungan diperoleh nilai t_{hitung} sebesar = 5,59 Sedangkan t_{tabel} sebesar 1,98. Dengan demikian, karena $t_{hitung} 5,59 > t_{tabel} 1,98$ maka **H_0 ditolak**, artinya Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat berpengaruh signifikan terhadap

Akses Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul. Hal ini sejalan dengan penelitian Tesis yang telah dilakukan oleh Kustiawan (2014) yang menyimpulkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara masing-masing fungsi manajemen dengan cakupan kegiatan pada program Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue.

Hasil di atas menunjukkan bahwa meskipun nilai korelasi Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan cukup kecil akan tetapi Manajemen Puskesmas yang optimal yang dilaksanakan dan didukung oleh berbagai pihak akan memberikan dampak kepada Akses Pelayanan Kesehatan. Misalnya pelaksanaan program yang baik dengan tim yang solid dapat meningkatkan akses capaian program yang ditargetkan.

Besarnya nilai koefisien determinasi tersebut menunjukkan bahwa pengaruh variabel Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan sebesar 25,22%, sedangkan sisanya sebesar 74,78% dipengaruhi oleh variabel lain diluar variabel Akses yang tidak dimasukkan ke dalam model (*epsilon*). *Epsilon* yang diduga turut mempengaruhi Akses Pelayanan Kesehatan menurut Gulliford dkk dalam Laksono (2016), yaitu *supply*, *demand*, *barrier* dan hambatan serta kesesuaian budaya.

3.2.3 Pengujian Sub Hipotesis Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan

Rumusan sub hipotesis yang diajukan adalah:

- H_0 : Tidak Terdapat Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan
 H_1 : Terdapat Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan

Untuk menjawab hipotesis yang diajukan tersebut, maka dilakukan pengujian yaitu dengan menggunakan pengujian analisis jalur (*path analysis*). Berdasarkan pengujian diperoleh nilai koefisien jalur (P_{ZX}) sebesar 0,1198. Untuk mengetahui lebih lanjut Pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat (X) terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan (Z) maka dilakukan pengujian dengan melihat perbandingan nilai t_{hitung} dengan t_{tabel} . Hasil perhitungan diperoleh nilai t_{hitung} sebesar = 1,28 sedangkan t_{tabel} sebesar 1,98 Dengan demikian, karena $t_{hitung} < t_{tabel}$ maka **H_0 diterima**, artinya Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat tidak berpengaruh secara signifikan terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Asihuta et. al. (2009) yang menyimpulkan bahwa peran manajemen keperawatan mempengaruhi kinerja mutu pelayanan di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon.

Dari hasil pengujian di atas diketahui bahwa Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat tidak signifikan memberikan pengaruh terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan. Pengaruh secara langsung Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan adalah sebesar 16,63%, sedangkan pengaruh tidak langsung Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan melalui Akses Pelayanan Kesehatan sebesar 4,35%. Sehingga jumlah pengaruh langsung dan tidak langsung variabel Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan sebesar 20,98% sedangkan sisanya 79,02% dipengaruhi oleh variabel lain di luar variabel Manajemen yang tidak dimasukkan ke dalam model.

Dari pengujian di atas dapat disimpulkan bahwa pengaruh variabel Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap variabel Mutu Pelayanan Kesehatan menunjukkan pengaruh yang rendah

yaitu sebesar 16,63% dan sisanya sebesar 83,37% dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti (*epsilon*).

Berdasarkan hasil pengamatan di lapangan, sangat rendahnya pengaruh variabel Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap variabel Mutu Pelayanan Kesehatan dapat disebabkan oleh kondisi dimana upaya manajemen belum mendukung mutu pelayanan kesehatan. Salah satu contohnya pada dimensi *responsiveness* ternyata pegawai cukup tanggap dalam melayani pasien, namun aktivitas tersebut belum menjadi indikator utama kerja pegawai dimana pada dimensi pelaksanaan dalam manajemen belum terjadi kerjasama tim yang solid antar pegawai, sehingga hal tersebut tidak berorientasi terhadap mutu pelayanan kesehatan.

Berdasarkan penelitian, variabel lain (*epsilon*) yang diduga mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan yaitu faktor-faktor lain sebagaimana yang disampaikan Azwar dalam Endarwati (2012) bahwa untuk menilai mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi tiga unsur yaitu unsur masukan, lingkungan dan proses. Unsur masukan, meliputi sumber daya manusia, dana dan sarana. Unsur lingkungan, meliputi kebijakan dan organisasi, sedangkan unsur manajemen yang termasuk unsur lingkungan telah diteliti.

3.2.3 Pengujian Sub Hipotesis Pengaruh Akses Pelayanan Kesehatan terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan

Rumusan sub hipotesis selanjutnya dalam penelitian ini adalah:

H_0 : Tidak Terdapat Pengaruh Akses Pelayanan Kesehatan terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan

H_1 : Terdapat Pengaruh Akses Pelayanan Kesehatan terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan

Untuk menjawab hipotesis yang diajukan tersebut, maka dilakukan pengujian yaitu dengan menggunakan pengujian analisis jalur (*path analysis*). Berdasarkan pengujian diperoleh nilai koefisien jalur (P_{ZY}) sebesar 0,5734. Untuk mengetahui lebih lanjut pengaruh Akses Pelayanan Kesehatan (Y) terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan (Z) maka dilakukan pengujian, yaitu dengan melihat perbandingan nilai t_{hitung} dengan t_{tabel} . Hasil perhitungan diperoleh nilai t_{hitung} sebesar 5,5200 Sedangkan t_{tabel} sebesar 1,9864. Dengan demikian, karena $t_{hitung} 5,5200 > t_{tabel} 1,9864$ maka **H_0 ditolak**, artinya Akses Pelayanan Kesehatan berpengaruh signifikan terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Halil, et al. (2012) tentang Faktor yang Berhubungan dengan Mutu Pelayanan di Puskesmas Pamboang Kabupaten Mejene menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara akses dengan mutu pelayanan.

Pengaruh Akses Pelayanan Kesehatan terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan sebesar 0,3633 atau sebesar 36,33%. Sedangkan sisanya 63,67% tidak dimasukkan ke dalam model. Rendahnya pengaruh ini menunjukkan Mutu Pelayanan Kesehatan tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh Akses. Hasil pengujian ini sesuai dengan observasi di lapangan yang menunjukkan kondisi faktual bahwa meskipun beberapa dimensi akses Potensial Indikator Proses, Akses Potensial Indikator Struktural, Akses Nyata Indikator Objektif dan Akses Nyata Indikator Subjektif secara rata-rata dalam kriteria cukup, namun ternyata hal tersebut belum cukup untuk menjamin terciptanya Mutu Pelayanan Kesehatan. Misalnya pada dimensi akses nyata indikator objektif dimana kunjungan pegawai Puskesmas ke masyarakat masih rendah, aktivitas tersebut belum menjadi prioritas dalam indikator capaian akses sehingga hal tersebut belum berorientasi terhadap mutu pelayanan kesehatan.

Berdasarkan penelitian, variabel lain (*epsilon*) yang diduga mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan yaitu faktor-faktor lain sebagaimana yang disampaikan Azwar dalam Endarwati (2012) bahwa untuk menilai mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi tiga unsur yaitu unsur masukan, lingkungan dan proses. Unsur masukan, meliputi sumber daya manusia, dana dan sarana. Unsur lingkungan, meliputi kebijakan dan organisasi, sedangkan unsur manajemen yang termasuk unsur lingkungan telah diteliti.

4 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan mengenai pengaruh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul, dapat ditarik kesimpulan bahwa Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat berpengaruh terhadap Akses Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul.

Adapun hasil sub hipotesis dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat berpengaruh terhadap Akses Pelayanan Kesehatan, yang berarti memadai atau tidaknya Akses Pelayanan Kesehatan dipengaruhi oleh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat.
- b. Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat tidak berpengaruh terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan, yang berarti terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan tidak dipengaruhi oleh Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat.
- c. Akses Pelayanan Kesehatan berpengaruh terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan, yang berarti terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan dipengaruhi oleh Akses Pelayanan Kesehatan.

Sementara implikasi secara teoritis, referensi teori-teori yang disajikan dan digunakan sebagai dasar penelitian pada prinsipnya dapat berfungsi apabila pendekatan Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat dan Akses Pelayanan Kesehatan untuk mewujudkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tarogong Kidul dilaksanakan dengan baik menurut teori-teori yang ada, namun pada kenyataannya teori-teori tersebut belum diimplementasikan secara utuh.

Daftar Pustaka

- Amin, A. S., & Ramdhani, M. A. (2006). Konfigurasi Model untuk Sistem Pendukung Keputusan. *Majalah Ilmiah Ekonomi Komputer*, 16(1), 11-19.
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asihuta, J., Pasinringi, S., & Bahar, B. (2012). *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Mutu Pelayanan di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon*. Makasar: Universitas Hasanuddin.
- Bustomi, Y., Ramdhani, M. A., & Cahyana, R. (2012). Rancang Bangun Sistem Informasi Geografis Sebaran Tempat Riset Teknologi Informasi di Kota Garut. *Jurnal Algoritma*, 9(1), 1-7.
- Endarwati, K. (2012). *Penantuan Tarif Jasa Rawat Inap dengan Metode Activity Basic Costing Untuk Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta.
- Halil, S. N., Indar, & Darmawansyah. (2012). *Faktor yang Berhubungan dengan Mutu Pelayanan di Puskesmas Pamboang Kabupaten Majene*. Makasar: Universitas Hasanuddin.

- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Iskandar, J. (2015). *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Puspaga.
- Iskandar, J. (2016). *Indek dan Skala Dalam Penelitian*. Bandung: Puspaga.
- Iskandar, J. (2016). *Kapita Selekta Administrasi Negara*. Bandung: Puspaga.
- Iskandar, J. (2016). *Manajemen Publik*. Bandung: Puspaga.
- Iskandar, J. (2016). *Perilaku Manusia dalam Kelompok Organisasi*. Bandung: Puspaga.
- Iskandar, J. (2016). *Teori Administrasi*. Bandung: Puspaga.
- Kemenenterian Kesehatan RI. (2012). *Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di DTPK*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kustiawan. 2014. *Hubungan Fungsi Manajemen dengan Cakupan Kegiatan Program Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Kabupaten Gerobogan*.
- Laksono, A. D., Mubasyiroh, R., Laksmiarti, R., Suharmiati, E. N., & Sukoco, N. E. (2016). *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Kanisius.
- Levesque, J. F., Harris, M.F., & Russell, G. (2013). Patient-centered access to health care: conceptualizing acces at the interface of health systems and population. *International Journal for Equity in Health*. 12(18)
- Pamoragung, A., Suryadi, K., & Ramdhani, M. A. (2006). Enhancing the Implementation of e-Government in Indonesia through the High-Quality of Virtual Community and Knowledge Portal. *6th European Conference on e-Government* (pp. 341-347). Marburg: Academic Conferences Limited.
- Ramdhani, A., & Ramdhani, M. A. (2017). Konsep Umum Pelaksanaan Kebijakan Publik. *Jurnal Publik*, 11(1), 1-12.
- Ramdhani, A., Ramdhani, M. A., & Ainisyifa, H. (2017). Conceptual Framework of Corporate Culture Influenced on Employees Commitment to Organization. *International Business Management*, 11(3), 826-803.
- Ramdhani, A., Ramdhani, M. A., & Amin, A. S. (2014). Writing a Literature Review Research Paper: A step-by-step approach. *International Journal of Basic and Applied Science*, 3(1), 47-56.
- Ramdhani, M. A. & Ramdhani, A. (2016). *Penelitian Pemasaran*. Bandung: UIN Sunan Gunung Djati Bandung.
- Ramdhani, M. A. (2013). *Metodologi Penelitian*. Bandung: UIN Sunan Gunung Djati Bandung.
- Ramdhani, M. A., & Ramdhani, A. (2014). Verification of Research Logical Framework Based on Literature Review. *International Journal of Basic and Applied Science*, 3(2), 11-19.
- Ramdhani, M. A., & Santosa, E. (2012). Key Succes Factors for Organic Farming Development. *International Journal of Basic and Applied Science*, 1(1), 7-13.
- Ramdhani, M. A., & Suryadi, K. (2005). Consensus Method Development on Analytic Hierarchy Process. *International Conference on Quantitative Sciences and Its Applications* (pp. 1-10). Penang: Universiti Utara Malaysia.
- Ramdhani, M. A., & Wulan, E. R. (2012). The Analysis of Determinant Factors in Software Design for Computer Assisted Instruction. *International Journal of Scientific & Technology Research*, 1(8), 69-73.
- Ramdhani, M. A., Aulawi, H., Ikhwana, A., & Mauluddin, Y. (2017). Model of Green Technology Adaptation in Small and Medium-Sized Tannery Industry. *Journal of Engineering and Applied Sciences*, 12(4), 954-962.
- Ramdhani, M. A., Ramdhani, A., & Kurniati, D. M. (2011). The Influence of Service Quality toward Customer Satisfaction of Islamic Sharia Bank. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 5(9), 1099-1104.

- Ramdhani, M. A., Suryadi, K., & Susantosa, P. (2006). Telematic Policy Analysis in Developing Countries: A Case Study in Garut District-indonesia. *Journal of Applied Sciences Research*, 2(1), 58-66.
- Retnaningsih, E. (2013). *Akses Layanan Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sastrianegara, M. F. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Slamet, C., Rahman, A., Ramdhani, M. A., & Darmalaksana, W. (2016). Clustering the Verses of the Holy Qur'an using K-Means Algorithm. *Asian Journal of Information Technology*, 15(24), 5159-5162.
- Tsabit, A., Ramdhani, M. A., & Cahyana, R. (2012). Pengembangan Ganesha Digital Library untuk Membuat Situs Jurnal. *Jurnal Algoritma*, 9, 1-10.