

BAB I**PENDAHULUAN****1.1. Latar Belakang Masalah**

Kesehatan merupakan hak dasar bagi setiap manusia, kesehatan juga merupakan suatu hal yang harus diperhatikan untuk mencapai kehidupan yang sejahtera, dengan tingkat kesehatan yang lebih baik maka tingkat harapan hidup juga akan semakin meningkat, dengan meningkatnya harapan hidup maka tingkat kesejahteraan masyarakat akan juga meningkat. Karenanya negara harus mampu menjamin kesehatan bagi setiap rakyatnya yaitu, sesuai dengan amanat dalam UUD 1945 hasil amendemen, dalam pasal 28 H ayat (1) dikatakan bahwa,

“.....Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

Dalam UUD 1945 hasil amendemen dalam pasal 28 H ayat (1), secara jelas diatur bahwa setiap orang atau masyarakat berhak hidup sejahtera, baik secara lahir maupun batinnya, berhak mendapatkan tempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan tak terkecuali juga para lansia, lansia juga berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik supaya bisa hidup sehat dan berhak atas kehidupan yang lebih sejahtera.

Kemudian dewasa ini di negara Indonesia Kepuasan masyarakat semenjak diselenggarakannya otonomi daerah juga semakin meningkat,

BAB I PENDAHULUAN

khususnya di bidang kesehatan, karena setiap pemerintah daerah berkewajiban melakukan inovasi yang dibutuhkan oleh daerahnya. Hal tersebut terbukti pada laporan penelitian Litbang Kompas mengenai tingkat kepuasan masyarakat atas pelaksanaan otonomi daerah. Berikut merupakan hasil penelitian Litbang Kompas seperti pada Tabel I.1 dibawah ini:

Tabel I.1

Tingkat Kepuasan Masyarakat atas Pelaksanaan Otonomi Daerah pada Pelayanan Publik

No.	Sektor	2005	2006	2010	2012
1	Pendidikan	53,8	53,2	61,8	65,5
2	Kesehatan	61,2	50,07	54,2	67,6
3	Ekonomi/kesejahteraan	40,8	26,7	44,3	64,9

Sumber: Koran Kompas Senin, 25 Juni 2012¹

Melihat hasil Tabel I.1 tersebut, hasil jejak pendapat Litbang Kompas edisi Senin, 25 Juni 2012 menunjukkan kecenderungan peningkatan kepuasan publik terhadap perbaikan dalam bidang pendidikan, kesehatan, dan sarana ekonomi atas pelaksanaan otonomi daerah. Pada tahun 2012 nilai tertinggi diperoleh pada bidang kesehatan (rumah sakit dan Puskesmas). Perbaikan infrastruktur terus dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan bagi masyarakat. Kepuasan masyarakat dalam bidang kesehatan ini meningkat dari 54,2% pada tahun 2010 menjadi 67,6% pada tahun 2012.

¹ Anggraeny, Cindy, *Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya*, Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik, vol 1 hal 85-86.

BAB I PENDAHULUAN

Selanjutnya diikuti oleh sektor pendidikan yang pada tahun 2012 mencapai peningkatan kepuasan dari masyarakat sebesar 65,5%, yang sebelumnya pada tahun 2010 kepuasan masyarakat Indonesia dalam bidang pendidikan mencapai 61,8%. Kemudian pada tahun 2012 tingkat kepuasan terakhir diperoleh sektor ekonomi/kesejahteraan yang mencapai 64,9%, yang pada dua tahun sebelumnya mencapai angka 44,3%. Seperti itulah persentase pendapat masyarakat Indonesia mengenai pelayanan publik setelah berlakunya otonomi daerah, khususnya peningkatan di bidang kesehatan yang dari tahun-ketahun semakin meningkat tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah.

Dengan semakin meningkatnya pelayanan publik terutama dalam pelayanan kesehatan maka akan semakin terjamin kesehatan bagi masyarakat, dengan kesehatan yang semakin terjamin maka usia harapan hidup juga akan semakin meningkat dengan semakin meningkatnya usia harapan hidup, maka usia produktif seseorang juga akan bertambah dan semakin meningkatnya umur pada seseorang. Menurut Nugroho, Peningkatan umur harapan hidup ini disebabkan oleh 3 hal yaitu: (1) kemajuan dalam bidang kesehatan, (2) meningkatnya sosial ekonomi dan (3) meningkatnya pengetahuan masyarakat.² Dalam perkembangannya Negara Republik Indonesia dengan tingkat pertumbuhan penduduknya yang tinggi, dengan tingkat penduduk usia lanjutnya yang tiap tahun terus bertambah, maka dengan demikian secara tidak langsung makin tinggi pula harapan hidup penduduknya. Dengan

² Nugroho, Wahyudi, 1995. *Perawatan Lanjut Usia*, Jakarta: EGC

BAB I PENDAHULUAN

harapan hidup penduduknya yang tinggi maka tingkat kesejahteraan penduduk juga semakin meningkat. Menurut Menteri Kesehatan yang mengutip dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kementerian Kesehatan, menyatakan bahwa pada tahun 2014 Umur Harapan Hidup diharapkan naik menjadi 72 tahun dari 70,6 tahun pada 2010. Menurut proyeksi Bappenas jumlah penduduk usia lanjut 60 tahun atau lebih akan meningkat dari 18,1 juta pada 2010 menjadi dua kali lipat (36 juta) pada 2025.³

Kemudian jika kita melihat dari indeks kesehatan masyarakat, dapat diketahui gambaran dari perkembangan kesehatan masyarakat karena indeks kesehatan masyarakat dapat menyajikan data atau informasi tentang perkembangan kesehatan masyarakat untuk mengukur suatu nilai kesehatan. Jika digambarkan dalam sebuah tabel hasil survey indeks kesehatan masyarakat menurut angkat harapan hidup di Indonesia adalah sebagai berikut:

³Chotimah, chusnul, *Umur Harapan Hidup Naik Jadi 72 Tahun di 2014*. (<http://www.indonesiainancetoday.com/read/42752/Umur-Harapan-Hidup-Naik-Jadi-72-Tahun-di-2014> diakses 25 maret 2014)

BAB I PENDAHULUAN**Tabel I.2****Hasil Survei Indeks Kesehatan Masyarakat menurut Angka Harapan Hidup di Indonesia Berdasarkan jenis kelamin**

No	Tahun	Laki-laki	Perempuan	Total Rata-rata (%)
1	1990	58,1	61,5	59,8
2	1995	61,5	65,4	63,5
3	2000	63,3	67,2	65,3
4	2005	64,9	68,8	66,9
5	2010	66,4	70,4	68,4
6	2011	67	71	69
7	2015	67,7	71,7	69,8
8	2020	69	73	71,7

Sumber : Data Departemen Kesehatan 2012

Dari data tabel diatas dapat diketahui bahwa pada tahun 1990 angka harapan hidup di Indonesia memiliki indeks kesehatan masyarakat sebanyak 59,8%, angka tersebut meningkat pada tahun 1995 menjadi 63,5%. kemudian pada tahun 2000 angka harapan hidup di Indonesia memiliki Indeks kesehatan masyarakat meningkat kembali menjadi 65,3% artinya meningkat 1,8% dibandingkan pada tahun 1995. pada tahun 2005 angka harapan hidup di Indonesia memiliki indeks kesehatan masyarakat sebanyak 66,9% naik 1,6% dari tahun 2000. pada tahun 2010 angka harapan hidup di Indonesia memiliki indeks kesehatan masyarakat sebesar 68,4% naik 1,5% dari tahun 2005, selanjurnya pada tahun 2011 angka harapan hidup di Indonesia memiliki indeks kesehatan masyarakat sebanyak 69% naik 0,6 dari tahun

BAB I PENDAHULUAN

2010. jadi dapat disimpulkan Pada tahun 2015 diperkirakan angka harapan hidup di Indonesia memiliki indeks kesehatan masyarakat sebesar 69,8% dan pada tahun 2020 diperkirakan 71,7%.

Adanya analisis dari hasil survei indeks kesehatan masyarakat di atas menunjukkan bahwa Angka harapan hidup di Indonesia menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun. Dengan meningkatnya usia harapan hidup berarti menjadi tanda semakin membaiknya tingkat kesejahteraan penduduk.

Peningkatan dari usia harapan hidup diatas dapat kita ketahui bahwa jumlah penduduk usia lanjut juga akan semakin meningkat. Menurut Badan kesehatan dunia (WHO) bahwa saat ini di seluruh dunia jumlah penduduk usia lanjut di perkirakan ada 500 juta dengan usia rata-rata 60 tahun dan diperkirakan pada tahun 2025 akan mencapai 1,2 milyar. di negara maju seperti Amerika Serikat pertambahan orang lanjut usia lebih kurang 1000 orang perhari.⁴ Kemudian kawasan Asia Tenggara menurut WHO 8% populasi adalah Lanjut usia (Lansia) atau sekitar 142 juta jiwa. Pada tahun 2050 diperkirakan usia harapan hidup di sebagian besar Negara Asia Tenggara akan menjadi >75 tahun.⁵

Penduduk lansia di Indonesia sendiri pada tahun 2009 menunjukan berjumlah 20.547.541 jiwa. Diperkirakan jumlah penduduk Lanjut Usia di Indonesia pada tahun 2020 akan mencapai 28,8 juta jiwa atau sekitar 11%

⁴ Maramis, Willy F, 2006, *Ilmu Perilaku dalam Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya, Hal. 56

⁵ Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, 2013, *Triple Burden Ancam Lansia*.

(<http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=SNR.13100008> diakses 26 Maret 2014)

BAB I PENDAHULUAN

dari total penduduk Indonesia. Pada tahun 2021 usia lanjut di Indonesia diperkirakan mencapai 30,1 juta jiwa yang merupakan urutan ke 4 di dunia sesudah Cina, India dan Amerika Serikat. Menjelang tahun 2050 jumlahnya diperkirakan meningkat menjadi lebih dari 50 juta jiwa.⁶ Sedangkan menurut data BPS menunjukkan bahwa jumlah lansia terus meningkat dari 5,3 juta jiwa (1971), meningkat menjadi 14,4 juta jiwa (2000) dan diperkirakan pada tahun 2020 akan mencapai 28,8 juta jiwa.⁷

Sedangkan di Jawa Timur menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jatim hasil sensus Perbandingan Jumlah Penduduk dan Lansia di Jawa Timur yang diambil pada tahun 1990 sampai dengan tahun 2011 terlihat pada tabel I.3 di bawah ini :

Tabel I.3
Perbandingan Jumlah dan Presentase Penduduk dan Lansia
di Jawa Timur

Tahun	Jumlah penduduk	Lansia	Dalam %
1980	29.169.004	1.908.674	06,54%
1990	32.487.744	3.480.697	10,71%
2000	34.765.998	3.255.327	09,36%
2010	42.722.186	3.399.189	07,95%
2011	37.500.000	4.100.000	11%

Sumber : Data BPS 2012

⁶ Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, 2013, *Triple Burden Ancam Lansia*.

(<http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=SNR.13100008> diakses 26 Maret 2014)

⁷ Fatmah, 2010, *Gizi Usia Lanjut*, Erlangga Medical Series, Jakarta, Hal. 3-5

BAB I PENDAHULUAN

Dari data di atas, perbandingan jumlah dan presentase penduduk dan Lansia di Jawa Timur pada tahun 1980 jumlah populasi lansia di Jawa Timur sejumlah 6,34%. Pada tahun 1990 mengalami kenaikan jumlah lansia yang lumayan tinggi sejumlah 10,71%. Berbeda dengan tahun 2000 mengalami sedikit penurunan jumlah lansia sejumlah 9,36%. Pada tahun 2010 mengalami penurunan lansia sejumlah 07,95% . Dan pada tahun 2011 mengalami kenaikan jumlah lansia sejumlah 11%. Di tahun 2011 ini jumlah tersebut merupakan angka yang cukup signifikan untuk segera mendapatkan perhatian dan pelayanan secara optimal.

Dengan kemajuan tentang kebutuhan kesehatan lanjut usia dalam mendapatkan pelayanan publik, perlu adanya Undang-undang, peraturan pemerintah maupun peraturan daerah yang dapat melindungi lansia, khususnya dalam pelayanan kesehatan. Sesuai dengan amanat dalam UUD 1945 hasil amandemen, dalam pasal 28 H ayat (1) dikatakan bahwa,

“.....Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

Dalam UUD 1945 hasil amandemen dalam pasal 28 H ayat (1), secara jelas diatur bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera, sehat dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan tak terkecuali lansia. Dari UUD 1945 hasil amandemen, dalam pasal 28 H ayat (1) diatas juga dijelaskan bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak bagi setiap warga negara dan ini menjadi

BAB I PENDAHULUAN

kewajiban bagi negara untuk merealisasikannya. Kemudian dalam Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia dalam Pasal 14 juga disebutkan harus tersedia pelayanan kesehatan bagi lansia untuk memelihara kemampuan lansia agar kondisi fisik, mental dan sosialnya dapat berfungsi secara wajar. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok usia lanjut untuk dapat tetap hidup, mandiri, produktif secara sosial dan ekonomi. Dan menindak lanjuti Undang-Undang No 13 Tahun 1998 dibuatkannya Peraturan Pemerintah no.43 tahun 2004 tentang pelaksanaan upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia. Serta di Provinsi Jawa Timur sendiri juga telah dibuat Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur No. 5 Tahun 2007 tentang kesejahteraan lansia.

Dalam Perda No.5 Tahun 2007 upaya dalam meningkatkan kesejahteraan sosial bagi Lansia meliputi pelayanan keagamaan dan mental Spiritual, pelayanan kesehatan, pelayanan kesempatan kerja, pelayanan pendidikan dan latihan, pelayanan kemudahan penggunaan fasilitas, sarana dan prasarana umum, pemberian kemudahan layanan dan bantuan hukum, serta bantuan sosial dan perlindungan sosial, harus dilaksanakan dengan sebaik-baiknya. Dalam kaitannya dengan penelitian ini penulis mengkhususkan pada pelayanan kesehatan, dalam pasal (10) Pelayanan kesehatan bagi Lansia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:

BAB I PENDAHULUAN

- a. penyuluhan dan penyebarluasan informasi kesehatan (Promosi kesehatan) Lansia melalui media cetak, elektronik, audio visual dan media informasi lain
- b. upaya penyembuhan (kuratif), yang diperluas pada bidang pelayanan geriatric/gerontologik ditingkat Puskesmas sampai Rumah Sakit ;
- c. pengembangan lembaga perawatan Lansia yang menderita penyakit kronis dan/atau penyakit terminal, dalam bentuk Panitia Medik Lansia, serta peningkatan Sumberdaya manusia kesehatan geriatri.
- d. Pengembangan Pos Pelayanan Terpadu (POSYANDU) Lansia dan Puskesmas Santun Lansia serta poli dan rawat inap Lansia di Rumah Sakit.

Dengan adanya UUD, UU, Perpem maupun Perda yang diamanatkan untuk kesejahteraan lansia dan disini dikhususkan dalam pelayanan kesehatan lansia, sudah seharusnya ditingkatkan serta diprioritaskan pelayanan kesehatan yang layak kepada lansia. Karena pada dasarnya usia lanjut adalah proses alami yang tidak dapat dihindari, dengan semakin bertambahnya usia maka derajat kesehatan seseorang juga semakin berkurang. Seharusnya pelayanan terhadap lansia yang diberikan harus berdasarkan hati nurani, karena pelayanan kesehatan kepada lansia tidak semudah yang kita bayangkan, harus membutuhkan kesabaran yang tinggi baik dari kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual maupun intelektual secara optimal. Karena lansia sudah mulai berkurang pendengarannya, lamban, dan kadang berbicara juga pelan. Oleh karena itu dibutuhkannya kesabaran dalam

BAB I PENDAHULUAN

segi pelayanan kesehatan yang harus benar-benar dari hati nurani, baik itu oleh dokter maupun perawat dan tujuannya adalah menciptakannya budaya pelayanan kesehatan yang baik.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2007, beberapa penyakit yang dominan dialami oleh Lansia, antara lain gangguan sendi, hipertensi, katarak, stroke, gangguan mental emosional, penyakit jantung dan diabetes mellitus, kemudian, Masalah kesehatan yang sering dialami oleh lansia antara lain timbulnya penyakit degeneratif, penyakit tidak menular, masalah kesehatan jiwa, dan gangguan neurologi. kemudian Sistem layanan kesehatan lanjut usia adalah berbasis mobilisasi dan peran serta masyarakat, kemudian pelayanan sosial, pelayanan kesehatan mulai primer, sekunder hingga tersier. Pelayanan kesehatan primer meliputi promosi kesehatan yaitu *Healthy Life Style*/Perilaku Hidup Bersih Sehat, Deteksi dini dan terapi segera pada penyakit tidak menular, Gangguan Mental Emosional, Defisit kognitif, dan Status gizi.⁸ Oleh karena itu puskesmas sebagai penanganan kesehatan tingkat pertama diperlukan masyarakat terutama dalam masalah ini adalah lansia untuk yang sedang sakit ringan atau masyarakat lansia yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka.

Kemudian dalam hal peningkatan kualitas pelayanan kesehatan lansia bertujuan agar dapat tercapainya dan terselenggaranya suatu pelayanan kesehatan dengan baik. Pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan baik jika

⁸ Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, 2013, *Triple Burden Ancam Lansia*.

(<http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=SNR.13100008> diakses 26 Maret 2014)

BAB I PENDAHULUAN

suatu pelayanan telah mencapainya dari hati nuraninya itu sendiri, karena kualitas pelayanan pada kesehatan merupakan suatu mutu produk barang atau jasa yang dapat membuat pelanggan atau pasien tertarik akan kualitasnya. Jika kualitasnya bagus maka sistem pelayanannya juga bagus. Sebagai wujud nyata pelayanan sosial dan kesehatan pada kelompok usia lanjut ini, pemerintah telah mencanangkan pelayanan pada lansia melalui beberapa jenjang. Pelayanan kesehatan lansia tingkat dasar adalah Puskesmas dan pelayanan kesehatan tingkat lanjut adalah Rumah Sakit. Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama (*First Health Service*) yang diperlukan untuk masyarakat yang sedang sakit ringan atau masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau hanya untuk promosi kesehatan. Puskesmas langsung memberikan pelayanan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah tertentu.⁹

Untuk pelayanan kesehatan lansia pada tingkat pertama atau yang paling dasar adalah sebuah puskesmas, puskesmas merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama (*First Health Service*). Jadi berikut ini merupakan perbandingan penduduk usia 0-59 dan penduduk lansia yang berobat rawat jalan menurut tempat berobatnya:

⁹ Notoatmodjo, soekidjo, 2007, *Promosi Kesehatan dan Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta, Hal. 104

BAB I PENDAHULUAN**Tabel I.4**

Proporsi Penduduk berumur 0-59 Tahun dan Penduduk Lansia yang Berobat Jalan menurut Tempat Berobat Tahun 2012

Tempat Berobat	Penduduk 0-59 Tahun (%)	Penduduk lansia (%)
Rumah Sakit Pemerintah	5,59	8,96
Rumah Sakit Swasta	4,73	5,25
Praktek Dokter	29,57	29,94
Puskesmas / Pustu	34,12	30,07
Praktek Tenaga Kesehatan	30,70	33,23
Pengobatan Tradisional	2,27	2,80
Lainnya	2,84	3,14

Sumber: BPS, Susenas Kor 2012

Berdasarkan data di atas selain berobat sendiri, seseorang juga dapat berobat jalan dengan cara mendatangi tempat-tempat pelayanan kesehatan dan tempat berobat tradisional. Tabel I.4 menampilkan penduduk usia 0-59 dan penduduk lansia menurut tempat berobatnya, Rumah Sakit Pemerintah penduduk usia 0-59 tahun yang berobat jalan sebanyak 5,59% sedangkan penduduk lansia yang berobat jalan sebanyak 8,96%. Rumah Sakit Swasta penduduk 0-59 yang berobat jalan sebanyak 4,73% sedangkan penduduk Lansia sebanyak 5,25%. Praktek dokter penduduk 0-59 yang berobat jalan sebanyak 29,57% sedangkan penduduk Lansia sebanyak 29,94%.

BAB I PENDAHULUAN

Puskesmas/Pustu penduduk 0-59 yang berobat jalan sebanyak 34,12% sedangkan penduduk Lansia sebanyak 30,07%. Praktek tenaga kesehatan penduduk 0-59 yang berobat jalan sebanyak 30,70% sedangkan penduduk Lansia sebanyak 33,23%. Pengobatan tradisional penduduk 0-59 yang berobat jalan sebanyak 2,27% sedangkan penduduk Lansia sebanyak 2,80%. Tempat berobat lainnya penduduk 0-59 yang berobat jalan sebanyak 2,84% sedangkan penduduk Lansia sebanyak 3,14%.

Tiga tempat paling banyak didatangi oleh penduduk lansia untuk berobat jalan yaitu praktek tenaga kesehatan sebesar 33,23%, puskesmas/pustu sebanyak 30,07%, dan praktek dokter sebanyak 29,94%. Proporsi penduduk lansia yang berobat jalan ke puskesmas atau pustu memang menempati ke dua terbanyak setelah praktek tenaga kesehatan, tetapi jika kaitannya dengan pelayanan publik yang diberikan oleh pemerintah kepada masyarakat langsung adalah melalui puskesmas/pustu. Dan juga untuk pelayanan kesehatan lansia pada tingkat pertama atau yang paling dasar adalah sebuah puskesmas, puskesmas merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama (*First Health Service*). Karena puskesmas merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang diberikan oleh pemerintah kepada publik atau masyarakat sebagai kewajiban negara untuk menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakatnya tak terkecuali lansia sesuai dengan amanat UUD 1945. Jadi berikut merupakan data jumlah puskesmas yang ada di Jawa Timur pada tahun 2013 dapat dilihat pada tabel I.5 di bawah ini :

BAB I PENDAHULUAN

Tabel I.5 :
Jumlah Puskesmas di Jawa Timur, tahun 2013

No	Kab / Kota	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Jumlah
1	Pacitan	11	13	24
2	Ponorogo	19	12	31
3	Trenggalek	18	4	22
4	Tulungagung	14	17	31
5	Blitar	14	10	24
6	Kediri	8	28	37
7	Malang	26	13	39
8	Lumajang	18	7	25
9	Jember	17	32	49
10	Banyuwangi	16	29	45
11	Bondowoso	25	0	25
12	Situbondo	12	5	17
13	Probolinggo	19	14	33
14	Pasuruan	18	15	33
15	Sidoarjo	13	13	26
16	Mojokerto	15	12	27
17	Jombang	17	17	34
18	Nganjuk	9	11	20
19	Madiun	9	17	26
20	Magetan	17	5	22
21	Ngawi	8	16	24
22	Bojonegoro	12	24	36
23	Tuban	8	25	33
24	Lamongan	32	1	33
25	Gresik	14	18	32

BAB I PENDAHULUAN

26	Bangkalan	22	0	22
27	Sampang	15	6	21
28	Pamekasan	15	5	20
29	Sumenep	30	0	30
30	Kota Kediri	3	6	9
31	Kota Blitar	2	1	3
32	Kota Malang	4	11	15
33	Kota Probolinggo	2	4	6
34	Kota Pasuruan	0	8	8
35	Kota Mojokerto	2	3	5
36	Kota Madiun	1	5	6
37	Kota Surabaya	16	46	62
38	Kota Batu	3	2	5
Jumlah		504	456	960

Sumber : Pusdatin Kemkes RI 2013

Dari tabel 1.5 di atas kota yang memiliki jumlah puskesmas terbanyak yaitu kota Surabaya dengan jumlah puskesmas sebanyak 62 unit dan Kabupaten Jember dengan jumlah puskesmas sebanyak 49 unit. Dari banyaknya jumlah puskesmas di Jawa Timur di atas, Kabupaten Kediri menempati no 5 terbanyak dengan jumlah 37 unit setelah surabaya, jember, banyuwangi dan malang. Di Kabupaten Kediri sendiri ada salah satu puskesmas yang memiliki program khusus lansia dan merupakan satu-satunya puskesmas yang memiliki poli lansia di Kabupaten Kediri yaitu puskesmas Gurah seperti kutipan dari progam unggulan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri berikut ini :

BAB I PENDAHULUAN

“Saat ini di wilayah Kabupaten Kediri terdapat 1 puskesmas yang mempunyai poli lansia yaitu Puskesmas Gurah, dan mulai di buka pada oktober 2008. Poli lansia di Puskesmas Gurah buka pada hari senin dan kamis, sasarannya adalah pra usila (45-59 tahun) dan usila (≥ 60 tahun).”¹⁰

Hal ini sesuai dengan upaya dari kementerian kesehatan yang dikatakan dalam koran edisi Jakarta, 6 Februari 2012 di Jakarta menurut Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Supriyantoro mengatakan,

“.... Pemerintah pusat telah lama mendorong program puskesmas santun lansia dan posyandu lansia. Namun, sejak otonomi daerah diberlakukan, puskesmas menjadi kewenangan penuh pemerintah daerah. ”Hingga kini belum ada puskesmas santun lansia yang bisa dijadikan percontohan,” ujarnya. Upaya deteksi penyakit orang lansia selama ini dilakukan melalui posyandu lansia dengan mengumpulkan orang lansia di satu tempat tertentu untuk dicek kesehatannya. Namun, posyandu lansia ini kurang berjalan efektif. Hal ini mengakui idealnya petugas kesehatan yang mendatangi orang lansia untuk mengecek kesehatan, khususnya yang tak memungkinkan mendatangi posyandu lansia. Namun, karena terbatasnya tenaga kesehatan di puskesmas dan sebaran orang lansia yang tak merata, membuat hal itu belum bisa dilakukan.”¹¹

Dari program yang direncanakan pemerintah di atas seperti program puskesmas santun lansia dan posyandu lansia merupakan program pemerintah yang telah lama direncanakan pemerintah pusat untuk lansia. Menurut Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Masyarakat Supriyantoro merencanakan program tersebut agar dapat berjalan dengan efektif. Karena sekarang ini banyak pelayanan kesehatan yang kurang memadai untuk para lansia serta

¹⁰ Dinas Kesehatan Kediri, *data kegiatan Unggulan*. (http://kedirikab.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=649&Itemid=704&limits tart=2 diakses 1 April 2015)

¹¹ Kompas, ” *Program pemerintah tentang lansia* ”. (<http://regional.kompas.com/read/2012/02/07/07154389/Sarana.Kesehatan.Lansia.Tak.Ber.kembang> diakses tanggal 29 Maret 2015)

BAB I PENDAHULUAN

belum ada yang namanya puskesmas santun lansia. Sehingga dilihat dari perkembangan yang ada, jika para lansia sakit, mereka hanya melakukannya melalui posyandu lansia dengan mengumpulkan orang lansia di tempat tertentu untuk dicek kesehatannya.¹²

Dalam pemilihan lokasi penelitian atau lokus dari penelitian ini, peneliti memilih Puskesmas yang di Jawa Timur karena dari data di atas penduduk lansia di Jawa Timur dari tahun ke tahun terus naik dan pada tahun 2011 jumlah penduduk lansia di Jawa Timur totalnya mencapai 11% dari total penduduk yang ada di Jawa Timur. Dari banyaknya jumlah puskesmas di Jawa Timur, kabupaten Kediri memiliki salah satu puskesmas yang memiliki progam khusus lansia dan satu-satunya puskesmas yang memiliki poli lansia yaitu di Puskesmas Gurah kabupaten Kediri. Penduduk lansia di wilayah kerja Puskesmas Gurah mempunyai jumlah penduduk lansia terbanyak dari penduduk usia lainnya, Jumlah penduduk berdasarkan usia dan jenis kelamin wilayah kerja Puskesmas Gurah dapat di lihat pada Tabel I.6 di bawah ini :

¹² Supriyantoro, 2012, *Sarana Kesehatan Lansia Tak Berkembang*. (http://dkk.balikipapan.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=112&Itemid=1 diakses tanggal 1 April 2015)

BAB I PENDAHULUAN**Tabel I.6**

**Jumlah Penduduk Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin di
Wilayah Kerja Puskesmas Gurah Tahun 2014**

No	Usia	Jumlah Penduduk	
		Laki-laki	Perempuan
1	< 1 Tahun	350	342
2	1-4 Tahun	1.409	1.377
3	5-9 Tahun	1.727	1.677
4	10-14 Tahun	1.693	1.602
5	15-19 Tahun	1.764	1.621
6	20-24 Tahun	1.570	1.499
7	25-29 Tahun	1.528	1.576
8	30-34 Tahun	1.578	1.542
9	35-39 Tahun	1.610	1.597
10	40-44 Tahun	1.618	1.609
11	45-49 Tahun	1.520	1.570
12	50-54 Tahun	1.339	1.376
13	55-59 Tahun	1.121	1.115
14	> 60 Tahun	2.348	2.687
Total		21.157	21.090

Sumber :Diolah dari data Puskesmas Gurah 2014

BAB I PENDAHULUAN

Dari data tabel di atas dapat diketahui bahwa usia lebih dari 60 tahun merupakan jumlah penduduk yang paling banyak sendiri di wilayah kerja Puskesmas Gurah dari penduduk usia lainnya. Penduduk laki-laki usia lebih dari 60 tahun mencapai 2.348 jiwa sedangkan jumlah penduduk perempuan mencapai 2.687 jadi jumlah penduduk lansia di wilayah kerja Puskesmas Gurah memiliki jumlah paling banyak sendiri dari jumlah penduduk usia lainnya.

Penyebab penyakit degeneratif pada lansia disebabkan karena faktor usia yang sudah tua, faktor ketuaan pada lansia ini diakibatkan karena keluhan pada kesehatan yang semakin menurun. Keluhan kesehatan yang diderita pada lansia adalah munculnya jenis penyakit yang sering dialami oleh para lansia. Sehingga jenis penyakit yang diderita lansia pada umumnya di poli lansia Puskesmas Gurah pada desember sampai maret 2015 dapat dilihat pada tabel I.7 di bawah ini :

Tabel I.7

**Jumlah Pasien Usia Lanjut Berdasarkan Penyakit Paling Banyak diderita
Bulan September – Maret 2015**

No	Nama Penyakit	Usia 60-69	Usia > 70
1	Hipertensi	371	205
2	Atritis	219	130
3	Gatritis	196	114
Jumlah		786	449

Sumber : diolah dari data poli lansia Puskesmas Gurah

BAB I PENDAHULUAN

Dari tabel diatas dapat diketahui penyakit yang sering diderita pasien usia lanjut di poli lansia Puskesmas Gurah adalah Hipertensi atau biasa disebut dengan darah tinggi merupakan penyakit yang sering diderita pasien usia lanjut di poli lansia Puskesmas Gurah dengan jumlah 371 pasien pada usia 60-69, sedangkan pada pasien usia lebih dari 70 tahun ada 205 pasien. kemudian yang terbanyak kedua adalah atritis atau penyakit sendi sebanyak 349 pasien lansia dengan penduduk usia 60-69 berjumlah 219 pasien lansia dan penduduk lebih dari 70 tahun sebanyak 130 pasien lansia. dan yang terakhir ada gastritis atau biasa disebut dengan sakit magh dengan jumlah 310 dengan penduduk usia 60-69 berjumlah 196 pasien lansia dan penduduk lebih dari 70 tahun sebanyak 114 pasien lansia.

Dengan adanya data tentang banyaknya penyakit yang sering banyak diderita oleh pasien usia lanjut ini maka dapat diketahui tentang kualitas pelayanan kesehatan lansia dengan membandingkan jumlah pasien yang berobat berdasarkan perdesa di wilayah kerja Puskesmas Gurah di poli Puskesmas Gurah. Berikut merupakan jumlah penduduk usia lanjut berdasarkan desa di wilayah kerja Puskesmas Gurah yang berobat ke poli lansia puskesmas gurah dapat dilihat pada Tabel I.8 dibawah ini :

BAB I PENDAHULUAN**Tabel I.8****Jumlah Pasien Poli Lansia Perdesa
Tahun 2014**

No	Nama Desa	Jumlah Pasien
1	Gurah	424
2	Kranggan	22
3	Wonojoyo	566
4	Turus	135
5	Banyuanyar	288
6	Besuk	184
7	Bangkok	78
8	Bogem	165
9	Blimbing	27
10	Gabru	196
11	Nglumbang	5
12	Ngasem	14
13	Luar Wilayah	439
Jumlah Total		2.543

Sumber : diolah dari data poli lansia Puskesmas Gurah

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah pasien lansia yang terbanyak ada di Desa Wonojoyo dengan jumlah 566 pasien lansia dan jumlah dari keseluruhan pasien lansia yang ada di wilayah kerja Puskesmas Gurah sebanyak 2.543 pasien lansia.

BAB I PENDAHULUAN

Sehubungan dengan adanya fenomena dan informasi tentang lansia yang telah dipaparkan di atas, dengan permasalahan yang ingin dijawab oleh peneliti, khususnya dalam kualitas pelayanan kesehatan lansia, peneliti telah melakukan penelusuran studi terdahulu yang berhubungan dengan penelitian ini yaitu tentang kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien usia lanjut. Penelitian sebelumnya tentang Pengaruh promosi kesehatan posyandu lansia terhadap keaktifan lansia di posyandu lansia (Studi Eksperimental di Dusun Paron II, Wilayah Kerja Puskesmas Ngasem) Penelitian tersebut telah dilakukan oleh Widhi Sumirat.¹³ Hasil dari penelitian ini bahwa pemberian promosi kesehatan tentang posyandu lansia dapat meningkatkan keaktifan lansia di posyandu. Kemudian ada penelitian tentang Kualitas pelayanan kesehatan lansia (studi deskriptif tentang kualitas pelayanan kesehatan lansia di Puskesmas Bendo, Desa Tegalarum, Kabupaten Magetan) yang telah dilakukan oleh Dessy Vabriningtyas.¹⁴ Hasil dari penelitian ini yaitu sudah memiliki kualitas pelayanan kesehatan pada lansia yang baik. Yang terakhir ada Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Kabupaten Jombang. Penelitian tersebut telah dilakukan oleh Eka mufitasari.¹⁵ Penelitian ini adalah menjadikan kualitas pelayanan kesehatan pasien rawat inap penerima jamkesmas berdasar standart pelayanan publik dengan pengukuran dari

¹³ Sumirat, Widhi, 2011, *Pengaruh promosi kesehatan posyandu lansia terhadap keaktifan lansia di posyandu lansia (Studi Eksperimental di Dusun Paron II, Wilayah Kerja Puskesmas Ngasem)*, Jurnal, Akper Pamenang, Kediri. Vol 4

¹⁴ Vabriningtyas, Dessy, 2012, *kualitas pelayanan kesehatan lansia*, Skripsi, Universitas Airlangga, Surabaya.

¹⁵ Mufitasari, Eka, 2010, *kualitas pelayanan kesehatan bagi penerima jamkesmas berdasarkan standar pelayanan publik di RSUD jombang*, Skripsi, Universitas Airlangga, Surabaya.

BAB I PENDAHULUAN

kualitas pelayanan kesehatan dengan melihat pada persepsi pelanggan atas penanganan keluhan untuk meningkatkan kepuasan pelanggan.

Dengan banyaknya fenomena dan informasi tentang lansia yang telah diuraikan di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang kualitas pelayanan kesehatan pada pasien usia lanjut. Selain itu masih sedikit penelitian tentang kualitas pelayanan kesehatan pada pasien usia lanjut khususnya di Puskesmas Gurah, kecamatan Gurah, Kabupaten Kediri. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien usia lanjut di Puskesmas Gurah. Oleh karena itu penulis memilih judul ini untuk melangsungkan penelitian “Kualitas Pelayanan Kesehatan (Studi Deskriptif Tentang Kualitas Pelayanan Kesehatan pada Pasien Usia Lanjut di Poli Lansia Puskesmas Gurah, Kabupaten Kediri)”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah dipaparkan di atas, maka rumusan masalah yang hendak dikaji yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah Bagaimana kualitas pelayanan kesehatan pada pasien usia lanjut di poli lansia Puskesmas Gurah, Kabupaten Kediri?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dirumuskan di atas, maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien usia lanjut di poli lansia puskesmas Gurah, Kabupaten Kediri.

1.4. Manfaat penelitian

Manfaat penelitian ini yang pertama secara akademis diharapkan penelitian ini dapat memberikan kontribusi bagi perkembangan ilmu Administrasi Negara, khususnya dalam studi pelayanan publik, terutama dalam hal kualitas pelayanan kesehatan pada pasien usia lanjut di puskesmas Gurah, Kabupaten Kediri. Kedua secara praktis penelitian ini memberi manfaat atau masukan bagi Puskesmas Gurah untuk menjadikan puskesmas ini sebagai tempat pelayanan kesehatan yang baik dan optimal khususnya bagi para pasien usia lanjut.

1.5. Kerangka Teoritik

Menurut Kerlinger (1979) teori merupakan seperangkat konstruk (variabel-variabel), definisi-definisi, dan proposisi-proposisi yang saling berhubungan yang mencerminkan pandangan sistematis atas suatu fenomena dengan merinci antarvariabel yang ditunjukkan untuk menjelaskan fenomena alamiah.¹⁶ Jadi kerangka teori merupakan serangkaian konsep, proposisi, variabel dan hipotesis yang dapat di pergunakan untuk menjelaskan suatu fenomena yang diteliti yaitu suatu pedoman yang akan digunakan untuk dasar dalam melakukan sebuah penelitian ilmiah. Penelitian tentang kualitas pelayanan kesehatan pada pasien usia lanjut ini juga akan menggunakan berbagai teori yang menunjang dan relevan sebagai acuan untuk penelitian. Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini antara

¹⁶ Creswell, John W., 2013, *RESEARCH DESIGN Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Third Edition, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, hal 78-79

BAB I PENDAHULUAN

lain : Pelayanan Publik, Pelayanan Kesehatan, Lansia/ Usia Lanjut, Pelayanan kesehatan lansia, kualitas dan kualitas pelayanan kesehatan lansia.

1.5.1. Pelayanan publik

Pelayanan publik pada dasarnya adalah suatu kajian yang umum dan menjadi fokus dari studi Ilmu Administrasi Negara. Apalagi dewasa ini pelayanan publik yang ada di Indonesia sudah mulai menunjukkan perbaikan dari pada saat-saat terdahulu yang menganggap pelayanan publik di Indonesia masih belum memuaskan, belum bebas dari kkn dan masih banyak lagi opini-opini yang tidak baik yang ditujukan kepada pelayanan publik di Indonesia.

Maka untuk menjamin dan meningkatkan kualitas dalam penyediaan pelayanan publik sesuai dengan asas-asas umum pemerintahan dan korporasi yang baik serta untuk memberi perlindungan bagi setiap warga negara dan masyarakat dari penyalahgunaan wewenang di dalam penyelenggaraan pelayanan publik dibentuklah Undang-Undang No 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

Menurut Undang-Undang No 25 tahun 2009 Pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundangundangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Sedangkan menurut kepmen PAN No. 63/KEP/M.PAN/7/2004 pelayanan publik adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh

BAB I PENDAHULUAN

penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima layanan, maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pelayanan publik menurut Sinambela (2005) adalah sebagai setiap kegiatan yang dilakukan pemerintah terhadap sejumlah manusia yang memiliki setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik.¹⁷

Menurut Agung Kurniawan (2005) mengatakan bahwa pelayanan publik adalah pemberian pelayanan (melayani) keperluan orang lain atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.¹⁸

Jadi dalam penelitian ini yang dimaksud dengan pelayanan publik adalah segala kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dalam upaya pemenuhan kebutuhan penerima layanan, aparatur negara sebagai pemberi layanan (melayani) keperluan masyarakat luas (publik) sehingga secara keseluruhan menurut Sinambela merupakan kegiatan yang saling menguntungkan dan pada intinya pelayanan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik. Pelayanan publik yang dimaksud adalah pemenuhan kebutuhan masyarakat oleh penyelenggara negara, jadi dalam penelitian ini pelayanan yang

¹⁷ Ibrahim, Amin, 2008, *Teori dan konsep pelayanan publik serta implementasinya*, Bandung Hal.42

¹⁸ *Ibid*, Hal. 10

BAB I PENDAHULUAN

diselenggarakan oleh Puskesmas Gurah kecamatan Gurah, Kabupaten Kediri.

1.5.1.1. Pergeseran Paradigma Pelayanan Publik

Dalam perspektif teoritik telah terjadi pergeseran paradigma pelayanan publik, dari model administrasi publik tradisional (*old public administration*) ke model manajemen publik baru (*new publik management*), kemudian menuju model pelayanan publik baru (*new public service*). Dan saat ini akhirnya menuju model EG (Enterpreneural Government). Pergeseran paradigma tersebut secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :¹⁹

Tabel I.9
Pergeseran Paradigma Model Pelayanan Publik
Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan

Jenis birokrasi / unsur-unsurnya	<i>OPA (Old Public Administration)</i>	<i>NPM (New Public Management)</i>	<i>NPS (New Public Service)</i>	<i>EG (Enterpreneural Government)</i>
Dasar Teoritis	Teori politik	Teori ekonomi	Teori demokrasi	Teori ekonomi
Tujuan	Efisiensi dan professional	Pelayanan prima	Kualitas pelayanan	Pelayanan dengan pemberdayaan
Insentif	Fungsional structural	Sistem konsekuen	Fungsional struktural swasta	Sistem konsekuen
Pertanggung jawaban	Pada klien dan konstituen secara hirarkis	Pada customer ala pasar	Pada warga Negara (<i>citizen</i>) secara multidimensi	Pada <i>customer</i> ala pasar

¹⁹ Kurniawan, Luthfi J, dkk. *Wajah Buram Pelayanan Publik*. Malang. YAPPIKA. 2007. hal 15-16

BAB I PENDAHULUAN

Kekuasaan	Pada <i>top management</i>	Pada pekerja dan pengguna jasa	Pada warga Negara	Pada pekerja dan pengguna jasa
Budaya	Arogan rutin	Menyentuh hati, <i>winning minds</i>	Rumah inovatif	Menyentuh hati, <i>winning minds</i>
	Penekanan pada ketaatan menjalankan aturan dan efisiensi	Penekanan pada perombakan visi dan misi	Penekanan pada perombakan kultur pelayanan	Penekanan pada perombakan birokrasi
Peran pemerintah	Pengayuh (<i>rowing</i>)	Mengarahkan (<i>steering</i>)	Menegosiasikan dan mengelaborasi berbagai kepentingan warga negara dan kelompok komunitas (<i>servicing</i>)	<i>Steering</i>
Akuntabilitas	Menurut hirarki administratif	Kehendak pasar yang merupakan hasil keinginan pelanggan (<i>customers</i>)	Multi aspek: akuntabel pada hukum, nilai komunitas, norma politik, standar professional, kepentingan warga Negara	Kepada pasar dan pengguna jasa
Konsep kepentingan publik	Kepentingan publik tercermin dalam UU yang secara politis sudah didesain pemerintah	Kepentingan publik merupakan <i>aggregate</i> kepentingan individu	Kepentingan publik merupakan hasil dialog mengenai nilai	Kepentingan publik merupakan <i>aggregate</i> kepentingan individu

Sumber : Diadopsi dari Denhardt dan Denhardt (2000)

Dasar teoritis pelayanan publik yang ideal menurut paradigma new public service sebagaimana dijelaskan di atas adalah bahwa

BAB I PENDAHULUAN

pelayanan publik harus responsif terhadap berbagai kepentingan dan nilai yang ada. Tugas pemerintah adalah melakukan negosiasi dan mewedahi aspirasi dari berbagai kepentingan di antara warga Negara dan kelompok komunitas. Ini mengandung makna bahwa karakter dan nilai yang terkandung dalam pelayanan publik tersebut harus berisi preferensi nilai-nilai yang ada dalam masyarakat, karena masyarakat bersifat dinamis, maka karakter pelayanan publik juga harus selalu berubah mengikuti perkembangan masyarakat. Di samping itu, pelayanan publik model baru harus bersifat mendeskriminatif sebagaimana dasar teoritis yang digunakan, yakni teori demokrasi yang menjamin adanya persamaan di antara warga negara, tanpa membedakan asal usul warga negara, kesukuan, ras, etnik, agama, dan latar belakang kepartaian. Ini berarti setiap warga negara diperlakukan sama ketika berhadapan dengan birokrasi publik untuk menerima pelayanan sepanjang syarat-syarat yang dibutuhkan terpenuhi. Hubungan yang terjalin antara birokrat publik dengan warga negara adalah hubungan impersonal sehingga terhindar dari sifat nepotisme dan primordialisme.²⁰

Dalam setiap penyelenggaraan pelayanan publik haruslah memiliki standar pelayanan yang biasa di publikasikan yaitu sebagai jaminan atas adanya kepastian bagi para penerima layanan. Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan

²⁰ Soekarwo, dkk. 2006 *Pelayanan Publik dari Dominasi ke Partisipasi*. Surabaya. Airlangga University Press. hal: 70-71

BAB I PENDAHULUAN

pelayanan publik yang harus ditaati oleh pemberi layanan maupun penerima layanan. Menurut keputusan menpen nomor 63 tahun 2004, standar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi:²¹

a. **Prosedur Pelayanan**

Yaitu prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.

b. **Waktu Penyelesaian**

Yaitu waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.

c. **Biaya Pelayanan**

Yaitu biaya atau tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pelayanan.

d. **Produk Pelayanan**

Yaitu hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang akan ditetapkan.

e. **Sarana dan Prasarana**

Yaitu penyedia sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.

f. **Kompetensi petugas pemberi pelayanan**

²¹ Ibrahim, Amin, 2008, *Teori dan konsep pelayanan publik serta implementasinya*, Bandung hal. 19-20

BAB I PENDAHULUAN

Yaitu kompetensi petugas dalam pemberi layanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, sikap, dan perilaku yang dibutuhkan.

Didalam Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2003 juga disebutkan bahwa penyelenggaraan pelayanan harus memenuhi beberapa prinsip yaitu:²²

- a. Kesederhanaan: Prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
- b. Kejelasan
Kejelasan ini mencakup kejelasan dalam hal:
 1. Persyaratan teknis dan administrative pelayanan publik.
 2. Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan atau persoalan atau sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik.
 3. Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran.
- c. Kepastian waktu: Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.
- d. Akurasi: Produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat, dan sah.

²² Ratminto & Atik Septi. *Manajemen pelayanan. Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar. 2005. hal: 21-23

BAB I PENDAHULUAN

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

BAB I PENDAHULUAN

1.5.1.2. Hakikat pelayanan publik

Menurut keputusan MENPAN nomor 63 Tahun 2004 menyatakan bahwa Hakikat pelayanan publik adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat.²³

Kemudian secara ringkas hakikat pelayanan publik atau pelayanan umum (pelayanan oleh pemerintah/pemerintah kepada masyarakat luas), antara lain:²⁴

- a. Meningkatkan mutu atau kualitas dan kuantitas/produktivitas pelaksanaan tugas dan fungsi instansi (lembaga) Pemerintahan/Pemerintahan dibidang pelayanan umum.
- b. Mendorong segenap upaya untuk mengefektifkan dan mengefesienkan sistem dan tata laksana pelaksanaan, sehingga pelayanan umum dapat diselenggarakan secara lebih berdaya guna dan hasil guna.
- c. Mendorong tumbuhnya kreativitas, prakarsa, dan peran serta (partisipasi) masyarakat dalam pembangunan serta meningkatkan kesejahteraan masyarakat luas.

²³ Ratminto & Atik Septi W. *Manajemen Pelayanan: Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar. 2005. Hal. 19

²⁴ Ibrahim, Amin, 2008, *Teori dan konsep pelayanan publik serta implementasinya*, Bandung hal. 19

1.5.1.3. Asas-asas pelayanan publik

Pada dasarnya pelayanan publik merupakan suatu rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara terpadu dengan sifat yang sederhana (dalam arti lugas dan cepat, bukan dengan cara tradisional) transparan, ketepatan waktu, kemudahan, terjangkau, akuntabilitas dan lain sebagainya. Oleh sebab itu menurut UU No 25 Tahun 2009 pasal 4 setidaknya pelayanan publik mengandung unsur-unsur dasar (asas-asas) sebagai berikut:

- a. kepentingan umum, yaitu; Pemberian pelayanan tidak boleh mengutamakan kepentingan pribadi dan/atau golongan.
- b. kepastian hukum, yaitu Jaminan terwujudnya hak dan kewajiban dalam penyelenggaraan pelayanan.
- c. kesamaan hak, yaitu Pemberian pelayanan tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, dan status ekonomi.
- d. keseimbangan hak dan kewajiban, yaitu Pemenuhan hak harus sebanding dengan kewajiban yang harus dilaksanakan, baik oleh pemberi maupun penerima pelayanan.
- e. keprofesionalan, yaitu Pelaksana pelayanan harus memiliki kompetensi yang sesuai dengan bidang tugas.
- f. partisipatif, yaitu Peningkatan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan masyarakat.

BAB I PENDAHULUAN

- g. persamaan perlakuan/tidak diskriminatif, yaitu Setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan yang adil.
- h. keterbukaan, yaitu Setiap penerima pelayanan dapat dengan mudah mengakses dan memperoleh informasi mengenai pelayanan yang diinginkan.
- i. akuntabilitas, yaitu Proses penyelenggaraan pelayanan harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- j. Fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan, yaitu Pemberian kemudahan terhadap kelompok rentan sehingga tercipta keadilan dalam pelayanan.
- k. Ketepatan waktu, yaitu Penyelesaian setiap jenis pelayanan dilakukan tepat waktu sesuai dengan standar pelayanan.
- l. Kecepatan, kemudahan, dan keterjangkauan, yaitu Setiap jenis pelayanan dilakukan secara cepat, mudah, dan terjangkau. (Pasal 4 UU No 25 Tahun 2009)

1.5.2. Pelayanan Kesehatan

Jika kita bicara tentang pelayanan kesehatan hal yang paling umum kita ketahui adalah pelayanan-pelayanan yang biasa kita temukan di rumah sakit, puskesmas-puskesmas atau tempat-tempat kesehatan lainnya. menurut Depkes RI (2009) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan

BAB I PENDAHULUAN

menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat.

Sedangkan pelayanan kesehatan menurut Undang-Undang nomor 5 tahun 2007 pasal 10 ayat (1), pelayanan kesehatan yang dimaksudkan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan lansia, agar kondisi fisik, mental, dan sosialnya dapat berfungsi secara wajar.

Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang berasal dari pemerintah untuk melakukan upaya pencegahan dan pengobatan dari sakit agar masyarakat tetap sehat, yang dilakukan di Rumah sakit, puskesmas dan lain sebagainya, dan pada umumnya, pelayanan kesehatan merupakan suatu kegiatan penyediaan pelayanan dan pemberian info, rekomendasi kesehatan yang independen, akurat, komprehensif, terkini oleh pihak-pihak kesehatan,²⁵

Hal ini yang merupakan dasar dari definisi pelayanan kesehatan karena pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat yang sedang mengalami sakit. Apalagi jika pelayanan kesehatan tersebut sangat baik pasti masyarakat yang sedang berobat juga sangat merasa senang dan puas karena pelayanan kesehatan yang diberikan sangatlah baik. Jadi kepuasan pelanggan dapat menjadikan indikasi bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan sudah cukup baik dengan sesuai

²⁵ Maramis, Willy F, 2006, *Ilmu Perilaku dalam Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya, Hal 110

BAB I PENDAHULUAN

kualitas dan keinginan pelanggan. Jadi menurut definisi-definisi diatas yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah suatu kegiatan penyediaan, pelayanan dan pemberian info rekomendasi kesehatan yang independen, akurat, komprehensif, terkini oleh pihak-pihak yang bersangkutan yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengobati penyakit dan memulihkan kesehatan yang ditujukan terhadap perorangan, kelompok dan masyarakat.

1.5.2.1. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan

Bentuk pelayanan kesehatan adalah:

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer)

Pelayanan yang lebih mengutamakan pelayanan yang bersifat dasar dan dilakukan bersama masyarakat dan dimotori oleh:

1. Dokter Umum (Tenaga Medis)
2. Perawat Mantri (Tenaga Paramedis)

Pelayanan kesehatan primer (*primary health care*), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan. *Primary health care* pada pokoknya ditunjukan kepada masyarakat yang sebagian besarnya bermukim di pedesaan, serta masyarakat yang berpenghasilan rendah di perkotaan. Pelayanan kesehatan ini

BAB I PENDAHULUAN

sifatnya berobat jalan (*Ambulatory Services*). Diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan.

Contohnya : Puskesmas, Puskesmas keliling, klinik.

b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder)

Pelayanan kesehatan sekunder adalah pelayanan yang lebih bersifat spesialis dan bahkan kadang kala pelayanan subspecialis, tetapi masih terbatas. Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*secondary and tertiary health care*), adalah rumah sakit, tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut (rujukan). Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan rumah sakit kelas A.

Pelayanan kesehatan dilakukan oleh:

1. Dokter Spesialis
2. Dokter Subspesialis terbatas

Pelayanan kesehatan ini sifatnya pelayanan jalan atau pelayanan rawat (*inpatient services*). Diperlukan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer.

Contoh : Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D.

c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier)

Pelayanan kesehatan tersier adalah pelayanan yang lebih mengutamakan pelayanan subspecialis serta subspecialis luas.

BAB I PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan dilakukan oleh:

1. Dokter Subspesialis
2. Dokter Subspesialis Luas

Pelayanan kesehatan ini sifatnya dapat merupakan pelayanan jalan atau pelayanan rawat inap (rehabilitasi). Diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder.

Contohnya: Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe B.

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

a. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan

BAB I PENDAHULUAN

meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.

1.5.2.2. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Untuk dapat disebut sebagai bentuk pelayanan kesehatan, baik jenis pelayanan kesehatan masyarakat kedokteran maupun jenis kesehatan masyarakat harus memiliki berbagai syarat pokok. syarat pokok yang dimaksud adalah.²⁶

a. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat dan mudah dicapai oleh masyarakat.

b. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah apa yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, kepercayaan masyarakat dan bersifat wajar.

c. Mudah dicapai

²⁶ Muninjaya, Gde, 2011, *manajemen mutu pelayanan kesehatan*, buku kedokteran EGC, jakarta, hal. 4-5

BAB I PENDAHULUAN

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan sarana kesehatan menjadi sangat penting.

d. Mudah dijangkau

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang ke empat adalah mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan di sini terutama dari sudut biaya. Untuk mewujudkan keadaan seperti ini harus dapat diupayakan pendekatan sarana pelayanan kesehatan dan biaya kesehatan diharapkan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

e. Bermutu

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang kelima adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

1.5.3. Lansia/ Usia Lanjut

Lansia menurut UU No. 13 Tahun 1998: Lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Sedangkan menurut Organisasi

BAB I PENDAHULUAN

Kesehatan Dunia (WHO) pengertian lansia digolongkan menjadi 4, yaitu: Usia pertengahan (*middle age*) 45 -59 tahun, Lanjut usia (*elderly*) 60 -74 tahun, Lanjut usia tua (*old*) 75 – 90 tahun, Lansia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.²⁷

1.5.3.1. Karakteristik Lansia

Menurut Budi Anna Keliat (1999), Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut :²⁸

- a. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang Kesehatan).
- b. Kebutuhan dan masalah bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
- c. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

1.5.3.2. Ciri-Ciri Lansia

Ciri-ciri lansia menurut Hurlock terdapat beberapa ciri-ciri orang lanjut usia, yaitu :

- a. Usia lanjut merupakan periode kemunduran
Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Kemunduran dapat berdampak pada psikologis lansia. Motivasi memiliki peran yang penting dalam

²⁷ Maramis, willy F, 2006, *Ilmu Perilaku dalam Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya, hal. 6

²⁸ R. Siti Maryam, dkk, 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Salemba Medika, Jakarta, hal. 33

BAB I PENDAHULUAN

kemunduran pada lansia. Kemunduran pada lansia semakin cepat apabila memiliki motivasi yang rendah, sebaliknya jika memiliki motivasi yang kuat maka kemunduran itu akan lama terjadi.

b. Orang lanjut usia memiliki status kelompok minoritas

Lansia memiliki status kelompok minoritas karena sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap orang lanjut usia dan diperkuat oleh pendapat-pendapat klise yang jelek terhadap lansia. Pendapat-pendapat klise itu seperti : lansia lebih senang mempertahankan pendapatnya daripada mendengarkan pendapat orang lain.

c. Lansia membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap orang lanjut usia membuat lansia cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk. Lansia lebih memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Karena perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk.

1.5.3.3. Tipe Lansia

Beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya (Nugroho, 2008). Tipe tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut :²⁹

a. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

b. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.

c. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.

d. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja.

e. Tipe bingung

²⁹ R. Siti Maryam, dkk, 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Salemba Medika, Jakarta, hal. 33-34

BAB I PENDAHULUAN

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh

1.5.3.4. Permasalahan dan Gangguan Umum Kesehatan Lansia

Pada saat menginjak usia lanjut banyak sekali permasalahan yang akan mengganggu kehidupan seorang lansia, salah satunya ialah masalah kesehatan, semakin bertambah usia orang tersebut maka semakin berkurang pula kualitas kesehatannya, berikut permasalahan-permasalahan umum yang berhubungan dengan kesehatan yang dialami oleh lansia.³⁰

a. Demensia

Demensia adalah suatu gangguan intelektual / daya ingat yang umumnya progresif dan ireversibel. Biasanya ini sering terjadi pada orang yang berusia > 65 tahun. Di Indonesia sering menganggap bahwa demensia ini merupakan gejala yang normal pada setiap orang tua. Namun kenyataan bahwa suatu anggapan atau persepsi yang salah bahwa setiap orang tua mengalami gangguan atau penurunan daya ingat adalah suatu proses yang normal saja. Anggapan ini harus dihilangkan dari pandangan masyarakat kita yang salah.

Faktor resiko yang sering menyebabkan lanjut usia terkena demensia adalah : usia, riwayat keluarga, jenis kelamin perempuan. Demensia merupakan suatu penyakit degeneratif

³⁰ Small Crab.com informasi kesehatan dll, 2012, *Beberapa Permasalahan dan Gangguan yang Terjadi pada Lansia*. (<http://www.smallerab.com/lanjut-usia/654-beberapa-masalah-dan-gangguan-yang-sering-terjadi-pada-lansia> diakses pada tanggal 22 April 2014)

BAB I PENDAHULUAN

primer pada susunan sistem saraf pusat dan merupakan penyakit vaskuler.

Kriteria derajat demensia :

1. Ringan : walaupun terdapat gangguan berat daya kerja dan aktivitas sosial, kapasitas untuk hidup mandiri tetap dengan higiene personal cukup dan penilaian umum yang baik.
2. Sedang : hidup mandiri berbahaya diperlukan berbagai tingkat suportivitas.
3. Berat : aktivitas kehidupan sehari-hari terganggu sehingga tidak berkesinambungan, inkoherensi.

Terdapat 7 jenis demensia yang sering terjadi pada lansia, yaitu:

1. Demensia Tipe Alzheimer
2. Demensia Vaskuler
3. Demensia Pick
4. Demensia Penyakit Creutzfeldt – Jacob
5. Demensia karena Penyakit Huntington
6. Demensia karena Hidrosefalus Tekanan Normal
7. Demensia karena Penyakit Parkinson

b. Depresi

Gangguan depresi merupakan hal yang terpenting dalam problem lansia. Usia bukan merupakan faktor untuk menjadi

BAB I PENDAHULUAN

depresi tetapi suatu keadaan penyakit medis kronis dan masalah-masalah yang dihadapi lansia yang membuat mereka depresi. Gejala depresi pada lansia dengan orang dewasa muda berbeda dimana pada lansia terdapat keluhan somatik.

Gejala depresi pada lansia, yaitu :

Gejala utama :

1. Afek depresi
2. Kehilangan minat
3. Berkurangnya energi (mudah lelah)

Gejala lain :

1. Konsentrasi dan perhatian berkurang
2. Kurang percaya diri
3. Sering merasa bersalah
4. Pesimis
5. Ide bunuh diri
6. Gangguan pada tidur
7. Gangguan nafsu makan

Berdasarkan gejala di atas, depresi pada lansia dapat dibedakan beberapa bentuk berdasarkan berat ringannya :

1. Depresi ringan : 2 gejala utama ditambah 2 gejala lain ditambah aktivitas tidak terganggu.
2. Depresi sedang : 2 gejala utama ditambah 3 gejala lain ditambah aktivitas agak terganggu.

BAB I PENDAHULUAN

3. Depresi berat : 3 gejala utama ditambah 4 gejala lain ditambah aktivitas sangat terganggu.

Penyebab terjadinya depresi merupakan gabungan antara faktor-faktor psikologik, sosial dan biologik.

1. Biologik : sel saraf yang rusak, faktor genetik, penyakit kronis seperti hipertensi, DM, stroke, keterbatasan gerak, gangguan pendengaran / penglihatan.
2. Sosial : kurang interaksi sosial, kemiskinan, kesedihan, kesepian, isolasi sosial.
3. Psikologis : kurang percaya diri, gaul, akrab, konflik yang tidak terselesai.

c. Skizofrenia

Skizofrenia biasanya dimulai pada masa remaja akhir / dewasa muda dan menetap seumur hidup. Wanita lebih sering menderita *skizofrenia* lambat dibanding pria. Perbedaan onset lambat dengan awal adalah adanya *skizofrenia paranoid* pada tipe onset lambat.

Sekurang-kurangnya satu gejala berikut :

1. *Thought echo, insertion, broadcasting.*
2. *Delution of control, influence, passivity, perseption*
3. Halusinasi auditorik
4. Waham yang menetap

Paling sedikit 2 gejala berikut :

BAB I PENDAHULUAN

1. Halusinasi panca indera yang menetap
2. Arus pikir yang terputus
3. Perilaku katatonik
4. Gejala negatif

Adanya gejala-gejala khas tersebut di atas berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih. Terapi dapat diberikan obat anti psikotik seperti haloperidol, chlorpromazine, dengan pemberian dosis yang lebih kecil.

d. Gangguan Delusi

Onset usia pada gangguan delusi adalah 40 – 55 tahun, tetapi dapat terjadi kapan saja. Pada gangguan delusi terdapat waham yang tersering yaitu : waham kejar dan waham somatik.

Pencetus terjadinya gangguan delusi adalah :

1. Kematian pasangan
2. Isolasi sosial
3. Finansial yang tidak baik
4. Penyakit medis
5. Kecacatan
6. Gangguan pengelihat / pendengaran

Pada gangguan delusi terdapat jenis lain yang onset lambat yang dikenal sebagai parafrenia yang timbul selama beberapa tahun dan tidak disertai demensia. Terapi yang dapat diberikan yaitu : psikoterapi yang dikombinasi dengan farmakoterapi.

BAB I PENDAHULUAN

e. Gangguan Kecemasan

Gangguan kecemasan adalah berupa gangguan panik, fobia, gangguan obsesif kompulsif, gangguan kecemasan umum, gangguan stres akut, gangguan stres pasca-traumatik. Onset awal gangguan panik pada lansia adalah jarang, tetapi dapat terjadi. Tanda dan gejala fobia pada lansia kurang serius daripada dewasa muda, tetapi efeknya sama, jika tidak lebih, menimbulkan debilitasi pada pasien lanjut usia. Teori eksistensial menjelaskan kecemasan tidak terdapat stimulus yang dapat diidentifikasi secara spesifik bagi perasaan yang cemas secara kronis.

Kecemasan yang tersering pada lansia adalah tentang kematiannya. Orang mungkin menghadapi pikiran kematian dengan rasa putus asa dan kecemasan, bukan dengan ketenangan hati dan rasa integritas (“Erik Erikson”). Kerapuhan sistem saraf anatomic yang berperan dalam perkembangan kecemasan setelah suatu stressor yang berat.

Gangguan stres lebih sering pada lansia terutama jenis stres pasca-traumatik karena pada lansia akan mudah terbentuk suatu cacat fisik. Terapi dapat disesuaikan secara individu tergantung

BAB I PENDAHULUAN

beratnya dan dapat diberikan obat anti anxietas seperti :
hydroxyzine, Buspirone.

f. Gangguan Somatiform

Gangguan somatiform ditandai oleh gejala yang sering ditemukan apada pasien > 60 tahun. Gangguan biasanya kronis dan prognosis adalah berhati-hati. Untuk mententramkan pasien perlu dilakukan pemeriksaan fisik ulang sehingga ia yakin bahwa mereka tidak memiliki penyakit yang mematikan. Terapi pada gangguan ini adalah dengan pendekatan psikologis dan farmakologis.

g. Gangguan penggunaan Alkohol dan Zat lain

Riwayat minum / ketergantungan alkohol biasanya memberikan riwayat minum berlebihan yang dimulai pada masa remaja / dewasa. Mereka biasanya memiliki penyakit hati. Sejumlah besar lansia dengan riwayat penggunaan alkohol terdapat penyakit demensia yang kronis seperti *ensefalopati wernicke dan sindroma korsakoff*.

Presentasi klinis pada lansia termasuk terjatuh, konfusi, higienis pribadi yang buruk, malnutrisi dan efek pemaparan. Zat yang dijual bebas seperti kafein dan nikotin sering disalahgunakan. Di sini harus diperhatikan adanya gangguan gastrointestinal kronis pada lansia pengguna alkohol maupun tidak obat-obat sehingga tidak terjadi suatu penyakit medik.

BAB I PENDAHULUAN

h. Gangguan Tidur

Usia lanjut adalah faktor tunggal yang paling sering berhubungan dengan peningkatan prevalensi gangguan tidur. Fenomena yang sering dikeluhkan lansia daripada usia dewasa muda adalah :

1. Gangguan tidur,
2. Ngantuk siang hari,
3. Tidur sejenak di siang hari,
4. Pemakaian obat hipnotik.

Secara klinis, lansia memiliki gangguan pernafasan yang berhubungan dengan tidur dan gangguan pergerakan akibat medikasi yang lebih tinggi dibanding dewasa muda. Disamping perubahan sistem regulasi dan fisiologis, penyebab gangguan tidur primer pada lansia adalah insomnia. Selain itu gangguan mental lain, kondisi medis umum, faktor sosial dan lingkungan. Gangguan tersering pada lansia pria adalah gangguan rapid eye movement (REM). Hal yang menyebabkan gangguan tidur juga termasuk adanya gejala nyeri, nokturia, sesak napas, nyeri perut.

Keluhan utama pada lansia sebenarnya adalah lebih banyak terbangun pada dini hari dibandingkan dengan gangguan dalam tidur. Perburukan yang terjadi adalah perubahan waktu dan konsolidasi yang menyebabkan gangguan pada kualitas tidur pada lansia.

BAB I PENDAHULUAN

Terapi dapat diberikan obat hipnotik sedatif dengan dosis yang sesuai dengan kondisi masing-masing lansia dengan tidak lupa untuk memantau adanya gejala fungsi kognitif, perilaku, psikomotor, gangguan daya ingat, insomnia rebound dan gaya jalan.

1.5.3.5. Upaya Mengatasi Kesehatan Lansia

Untuk mengatasi permasalahan kesehatan lansia menurut Setiabudi (1999), upaya yang dapat dilakukan pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi:³¹

- a. Upaya pembinaan kesehatan
- b. Upaya pelayanan kesehatan meliputi: upaya promotif, preventif, upaya diagnosa dini dan pengobatan, pencegahan kecacatan, upaya rehabilitatif, upaya perawatan dan upaya pelembagaan lanjut usia.

1.5.4. Pelayanan kesehatan lansia

Dalam pelayanan yang diberikan kepada masyarakat khususnya layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan permasalahan yang sering dihadapi oleh masyarakat khususnya pelayanan kesehatan terhadap lansia. Walaupun kemajuan dalam hal memperpanjang usia harapan hidup masyarakat, tetapi bukan berarti hidupnya lebih sehat, seiring bertambahnya usia maka masalah kesehatan secara alami akan menyerang. Dengan adanya masalah itu, muncul kebutuhan adanya peningkatan jasa

³¹ R. Siti Maryam, dkk, 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Salemba Medika, Jakarta, hal. 12

BAB I PENDAHULUAN

pelayanan kesehatan. Dan lansia merupakan pengguna yang sering dalam jasa layanan kesehatan.

Menurut Undang-Undang Dasar 1945 Nomor 5 Tahun 2007 Pasal 10 ayat (2), pelayanan kesehatan lansia sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:³²

- a. Penyuluhan dan penyebarluasan informasi kesehatan (promosi kesehatan) Lansia melalui media cetak, elektronik, audio visual dan media informasi lain.
- b. Upaya penyembuhan (kuratif), yang diperluas dalam bidang pelayanan geriatrik/gerontologik ditingkat puskesmas sampai rumah sakit.
- c. Pengembangan lembaga perawatan lansia yang menderita penyakit kronis dan/ atau penyakit terminal, dalam bentuk panitia medik lansia, serta peningkatan Sumberdaya manusia kesehatan geriatri.
- d. Pengembangan Pos Pelayanan Terpadu (POSYANDU) Lansia dan puskesmas santun lansia serta poli dan rawat inap lansia di Rumah Sakit.

Secara umum pelayanan kesehatan pada lansia dibagi menjadi dua, yaitu:³³

- a. Pelayanan kesehatan berbasis rumah sakit (*Hospital Based Geriatric*).

³² Bambang soebali, dkk. 2011. *Himpunan peraturan perundang-undangan kesehatan mengenai kesejahteraan kesehatan lanjut usia*. Komisi Daerah Lanjut Usian Provinsi Jawa Timur, Surabaya

³³ Notoadmodjo, soekidjo, 2011, *kesehatan masyarakat "ilmu dan seni"*, Rineka Cipta, hal 287-288

BAB I PENDAHULUAN

- b. Pelayanan kesehatan lansia di masyarakat (*Community Based Geriatric*). Jenis pelayanan inilah yang dewasa ini menjadi tantangan bagi kesehatan masyarakat di Indonesia, dan yang lebih memerlukan perhatian para akademisi dan praktisi kesehatan masyarakat di Indonesia.

Pada upaya kesehatan lansia yang ada di masyarakat, semua harus diupayakan berperan aktif dalam menangani kesehatan para lansia, khususnya puskesmas dan dokter praktisi swasta yang merupakan bagian dasar di tingkat ini. Puskesmas berperan dalam membentuk kelompok atau klub lansia. Di dalam dan melalui klub ini pelayanan kesehatan dapat lebih mudah dilaksanakan baik usaha promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan di kelompok lansia inilah yang meliputi pemeriksaan kesehatan fisik, mental dan emosional. Dalam penelitian ini yang dimaksud dalam pelayanan kesehatan lansia adalah suatu pelayanan kesehatan yang baik yang berbasis rumahsakit maupun masyarakat dengan dapat dilaksanakannya usaha promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif di kelompok lansia tersebut yang meliputi pemeriksaan fisik, mental, emosional.

1.5.4.1. Jenis Pelayanan Kesehatan Lansia

Jenis pelayanan kesehatan terhadap lansia meliputi lima upaya kesehatan, yaitu peningkatan (*promotion*), pencegahan (*prevention*), diagnosis dini dan pencegahan (*early diagnosis and prompt*

BAB I PENDAHULUAN

treatment), pembatasan kecacatan (*disability limitation*), serta pemulihan (*rehabilitation*).³⁴

1.5.5. Kualitas

Secara umum kualitas berarti mutu atau tingkat baik buruknya sesuatu baik barang maupun jasa, sedangkan jika dihubungkan dengan administrasi publik, yang berhubungan dengan barang ataupun jasa yaitu suatu pelayanan oleh aparatur sipil negara kepada masyarakat. Kata kualitas memiliki banyak makna dan arti berbeda tergantung dari penggunaannya, mulai dari yang konvensional hingga yang lebih strategis. Dari definisi strategis dinyatakan bahwa kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (*meeting the needs of costumers*).³⁵ Menurut Joseph M. Juran mendefinisikan kualitas sebagai kecocokan untuk pemakaian (*fitness of use*). Definisi ini menekankan orientasi pada pemenuhan harapan dari pelanggan. Sehingga definisi kualitas pelayanan dapat diartikan sebagai upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketepatan penyampaiannya dalam mengimbangi harapan konsumen (Tjiptono, 2007). Sedangkan Zeithaml (1990) secara umum didefinisikan sebagai :

“a customer's judgment of the overall excellence or superiority of a service”

³⁴ R. Siti Maryam, dkk, 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Salemba Medika, Jakarta, hal. 12

³⁵ Poltak S. Prof.Dr.Lijan, 2010, *reformasi pelayanan publik*, bumi aksara, Jakarta, Hal.6

BAB I PENDAHULUAN

(penilaian pelanggan atas keunggulan keseluruhan atau keunggulan pelayanan)

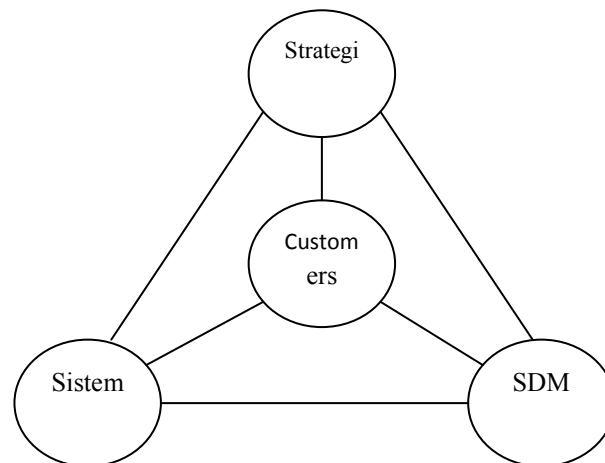
Albert dan Zemke mengemukakan bahwa organisasi-organisasi yang bergerak dibidang pelayanan yang sangat berhasil memiliki tiga kesamaan, yaitu:

- a. Disusunnya strategi pelayanan yang baik
- b. Orang di garis depan yang berorientasi pada pelanggan atau konsumen
- c. Sistem pelanggan yang ramah.

Setiap organisasi harus memakai tiga faktor tersebut untuk mewujudkan kepuasan pelanggan. Interaksi diantara strategi , sistem, dan orang digaris depan serta pelanggan akan menentukan keberhasilan manajemen dan kinerja pelayanan organisasi tersebut.³⁶

Kualitas pelayanan publik merupakan hasil interaksi dari berbagai aspek, yakni sistem pelayanan, sumber daya manusia pemberi pelayanan, strategi, dan customers, seperti nampak pada gambar berikut:

³⁶ Ratminto & Atik Septi W. *Manajemen Pelayanan: Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar. 2005. Hal. 79-80

BAB I PENDAHULUAN**Gambar I.1****Model Segitiga Pelayanan**

Sumber: Albrech dan Bradford (1990:27); Albrecht (1992: 31)³⁷

Crosby, Lethimen dan Wyckoff, mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai penyesuaian terhadap perincian-perincian (*conformance to specification*) dimana kualitas ini dipandang sebagai derajat keunggulan yang ingin dicapai. Dilakukannya kontrol terus menerus dalam mencapai keunggulan tersebut dalam rangka memenuhi kebutuhan pengguna jasa.

Secara substansial kualitas pelayanan didefinisikan sebagai bentuk siap, yang diperoleh dengan cara membandingkan persepsi pelanggan atas layanan yang nyata-nyata mereka terima (*performance/perceived service*) dengan layanan yang mereka harapkan (*expectation/expected service*). Jika kenyataan (*performance*) lebih besar dari yang diharapkan (*expectation*), maka layanan dapat dikatakan bermutu (ideal) sedangkan jika kenyataan kurang dari yang diharapkan, maka layanan tidak bermutu (buruk), dan jika kenyataan sama dengan harapan maka layanan disebut

³⁷ *Ibid.*, hal. 80

BAB I PENDAHULUAN

baik dan memuaskan. Dengan demikian kualitas pelayanan dapat didefinisikan seberapa jauh perbedaan antara kenyataan (*performance*) dengan harapan (*expectation*) para pelanggan atas pelayanan yang mereka terima.

Berdasarkan pendapat di atas, ada dua faktor dalam pengukuran kualitas pelayanan adalah kinerja pelayanan (*service performance*) dan pelayanan yang diharapkan pelanggan (*service expectation*). Agar pelanggan mempunyai persepsi yang baik terhadap kualitas jasa yang diberikan, maka penyedia jasa harus mengetahui apa yang menjadi harapan konsumen, sehingga tidak terjadi perbedaan (*gap*) antara kinerja yang diberikan dengan harapan pelanggan, yang akhirnya pelanggan merasa puas dan mempersepsikan secara baik atas kualitas jasa yang diterima.

Namun menurut Lovelock (1992:225) menyatakan perlunya diperhatikan lima prinsip untuk menyiapkan kualitas pelayanan yaitu sebagai berikut:³⁸

1. *Tangibles, the appearance of physical facilities, equipment, and communication materials* (berwujud seperti penampilan fisik, peralatan, personal dan komunikasi material)

³⁸ Dr. Riduwan. 2013, *Metode dan teknik menyusun tesis*, Bandung. Alfabeta, hal : 19-20

BAB I PENDAHULUAN

2. *Reliability. The ability to perform the promised service dependably and accurately* (handal, yaitu kemampuan membentuk pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan memiliki ketergantungan)
3. *Responsiveness. The willingness to help costumers and provide prompt service* (pertanggungjawaban, yakni rasa tanggung jawab terhadap mutu pelayanan).
4. *Assurance. The knowledge an courtesy of employees and their ability to convey trust and confidence* (jaminan, yaitu pengetahuan, perilaku, dan kemampuan pegawai)
5. *Empathy. The provision of caring , indivisualized attention to custemers* (Empati, yaitu perhatian perorangan pada pelanggan).

Lima dimensi utama diatas merupakan suat dimensi kualitas pelayanan yang penting digunakan dalam suatu penelitian. Karena lima dimensi utama ini adalah suatu dimensi yng sering kita dengar didalam lingkungan masyarakat yang gunanya untuk mempermudah jalannya suatu penelitian yang bagaimana kualitas pelayanan tersebut dapat membuat pelanggan mereka tertarik akan kualitas pelayanan tersebut khususnya dalam meneliti pelayanan kesehatan lansia.

1.5.6. Kualitas pelayanan kesehatan lansia

Kualitas atau mutu pelayanan adalah baik buruknya sesuatu yang berhubungan dengan kepuasan pelanggan. Menurut Azrul Azwar

BAB I PENDAHULUAN

(1996:51)³⁹ mengatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah yang “menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disuatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pelanggan/pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan pasien yang telah disiapkan.”

Sedangkan pengertian pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2003, pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek yang berperan dalam penciptaan derajat kesehatan yang merata kepada seluruh masyarakat sesuai dengan tujuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan yaitu terwujudnya masyarakat yang mandiri untuk menggapai pelayanan kesehatan dan berperilaku hidup sehat.

Mutu pelayanan kesehatan merupakan aspek penting yang dapat memberikan kepuasan terhadap pasien, hal ini dapat menjadi pendorong kepada pelanggan/pasien untuk menjalin ikatan yang kuat dengan pelayanan kesehatan yang disediakan. Dalam jangka panjang ikatan seperti ini memungkinkan suatu instansi pelayanan kesehatan memahami dengan seksama harapan dan kebutuhan (pasien). Kualitas yang dihasilkan sama dengan nilai yang diberikan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup para pelanggan/pasien, semakin tinggi nilai yang diberikan, maka semakin besar pula kepuasan pelanggan (Tjiptono,

³⁹ “----- “Kualitas Pelayanan Kesehatan”.

(http://keperawatankomunitas.com/2010/01/profesionalisle-petugas-kesehatan-dalam_03.html diakses pada tanggal 8 april 2015)

BAB I PENDAHULUAN

2001). Robert dan Prevost pada tahun 1987 berhasil membuktikan dalam penelitiannya, bahwa mutu pelayanan kesehatan bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas kesehatan yang memenuhi kebutuhan pasien atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien (Azwar, 1996)⁴⁰

Jadi dapat di katakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan terhadap lansia adalah ukuran terhadap hasil pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayan kesehatan terhadap para pasien usia lanjut yang mengacu pada kepuasan terhadap pelanggan atau pasien. Sedangkan yang dimaksud dalam penelitian ini kualitas pelayanan kesehatan lansia adalah tingkat keberhasilan pelayanan kesehatan, yang dapat menghasilkan pelayanan kesehatan yang baik, sehingga menimbulkan kepuasan tersendiri pada pelanggan atau pasien sesuai tingkat kepuasan rata-rata penduduk khususnya penduduk yang berusia lanjut.

1.6. Definisi Konsep

Konsep senyatanya digunakan sebagai sarana untuk menjebatani antara dunia rasional dan dunia empiris apalagi dalam penelitian-penelitian perilaku. keterbatasan maupun kekurangan dari konsep yang akan dibangun, konsep dapat menegaskan dan menetapkan apa yang akan diobservasi, selain itu konsep juga memungkinkan peneliti untuk mengomunikasikan hasil-hasil penelitiannya yang biasa disebut dengan fungsi komunikasi. Jadi definisi konsep yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah:

⁴⁰ Pertarungan Hidup, 2012, Mekanisme Pelayanan Kesehatan Peserta Askes Rumah Sakit Nene Kab. Sidrap 2011 (<http://pertarunganhidup.wordpress.com/tag/kualitas-pelayanan-kesehatan/> diakses tanggal 21 April 2014)

BAB I PENDAHULUAN

a. Pelayanan Kesehatan

Adalah suatu kegiatan penyediaan pelayanan dan pemberian informasi, rekomendasi kesehatan yang independen, akurat, komprehensif, terkini dalam rangka untuk memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengobati penyakit, dan memulihkan kesehatan yang dilakukan oleh pihak-pihak yang bersangkutan.

b. Lansia / Usia Lanjut

Adalah seseorang baik laki-laki maupun perempuan yang telah berusia 60 tahun ke atas.

c. Pelayanan kesehatan Lansia

Adalah suatu kegiatan penyedia pelayanan dan pemberian informasi mengenai penyuluhan kemudian dengan penyebaran informasi kesehatan lansia dengan upaya penyembuhan dan pengembangan lembaga perawatan lansia yang menderita penyakit degeneratif.

d. Kualitas Pelayanan kesehatan Lansia

Adalah ukuran terhadap hasil pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan terhadap para pasien usia lanjut yang mengacu pada kepuasan terhadap pelanggan atau pasien, yang dapat menghasilkan pelayanan kesehatan yang baik, sehingga menimbulkan kepuasan tersendiri pada pelanggan atau pasien

BAB I PENDAHULUAN

sesuai tingkat kepuasan rata-rata penduduk khususnya penduduk yang berusia lanjut.

e. Lima Aspek Kualitas Pelayanan

Tangibel (Bukti Fisik), yaitu dimensi meliputi fasilitas berwujud seperti penampilan fisik, peralatan, perlengkapan pegawai, dan sarana komunikasi. *Reliability* (Kehandalan), yaitu kemampuan untuk memberikan layanan sesuai yang telah dijanjikan dengan tepat dan memiliki ketergantungan. *Responsiveness* (Kehandalan), yaitu kemampuan untuk memberikan layanan sesuai yang telah dijanjikan dengan tepat dan memiliki ketergantungan. *Assurance* (Jaminan), yaitu mencakup pengetahuan dan kesopanansantunan para penyelenggara pelayanan serta kemampuan mereka untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan, bebas dari bahaya, resiko atau keragu-raguan. *Empathy* (Empati), yaitu kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, dan memahami kebutuhan pelanggan.

1.7. Rincian Data

Rincian data yang diperoleh dalam penelitian ini adalah:

1. Perbandingan Jumlah dan Presentase Penduduk dan Lansia di Jawa Timur
2. Proporsi Penduduk berumur 0-59 Tahun dan Penduduk Lansia yang Berobat Jalan menurut Tempat Berobat Tahun 2012
3. Jumlah Puskesmas di Jawa Timur, tahun 2013

BAB I PENDAHULUAN

4. Jumlah Penduduk Kab Kediri Tahun 2011 – 2013
5. Jumlah Desa dan Penduduk yang dilayani oleh Puskesmas
Gurah Tahun 2014
6. Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan di Puskesmas
Gurah Tahun 2014
7. jumlah penduduk berdasarkan usia dan jenis kelamin di
Wilayah Kerja Puskesmas Gurah Tahun 2014
8. Jumlah pasien usia lanjut perdesa yang berobat ke poli lansia
Puskesmas Gurah
9. Jumlah Pasien Usia Lanjut Berdasarkan Penyakit Paling Banyak
diderita Bulan September – Maret 2015
10. Profil Puskesmas Gurah Tahun 2014
11. Kualitas Pelayanan Kesehatan pasien usia lanjut
 - a. *Tangibles* (bukti fisik)
 1. Kenyamanan ruang tunggu
 2. Kondisi jarak tempat parkir
 3. Kemudahan mengantri di loket
 4. Fasilitas alat-alat penunjang, seperti laboratorium, balai
pengobatan, dan lain-lain.
 - b. *Reliability* (kehandalan)
 1. Tenaga medik yang handal
 2. Perawatan dan pengobatan secara rutin di poli lansia

BAB I PENDAHULUAN

c. *Responsiveness* (daya tanggap)

1. Tanggapan petugas saat menerima keluhan dari pengguna layanan
2. Kecakapan atau kecepatan petugas dalam menanggapi keluhan dari pasien usia lanjut di poli lansia
3. Kesiapan dalam menangani keluhan pasien usia lanjut
4. Kemampuan petugas atau staf dalam menanggapi pasien usia lanjut

d. *Assurance* (jaminan)

1. Sikap baik, ramah, dan sopan petugas dalam melayani pasien usia lanjut
2. Jumlah staf pelaksanaan yang dimiliki poli lansia Puskesmas Gurah
3. Kemampuan dan keahlian staf poli lansia Puskesmas Gurah

e. *Empathy* (empati)

1. Rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada pasien usia lanjut
2. Petugas segera membantu dalam proses pelayanan kesehatan terhadap pasien usia lanjut
3. Kemudahan menghubungi petugas atau dokter

1.8. Metode Penelitian

Metode penelitian adalah menjelaskan metode apa yang akan dipakai dalam sebuah penelitian. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode penelitian dengan menggunakan pendekatan kualitatif, Peneliti merasa perlu menggunakan metode ini karena penelitian kualitatif bisa dilakukan oleh peneliti di bidang ilmu sosial dan perilaku, juga oleh para peneliti yang menyoroti masalah yang terkait dengan perilaku dan peranan manusia. Fokus utama dari penelitian ini adalah memperoleh tindakan dan makna dari gejala sosial dalam sudut pandang subjek penelitian. Pada pendekatan ini peneliti membuat suatu gambaran kompleks, meneliti kata-kata, laporan terinci dari pandangan informan dan melakukan studi pada situasi yang alami.

Penelitian kualitatif ini mengacu pada berbagai cara pengumpulan data yang berbeda, yang meliputi penelitian lapangan, observasi partisipan, wawancara mendalam, dan bisa juga mencakup dokumen, buku, atau mungkin data yang telah dihitung untuk tujuan lain, misalnya data jumlah pengunjung lansia di poli lansia Puskesmas Gurah. Hasil akhir dari penelitian ini adalah hasil pengolahan data dari observasi di lapangan dan informan-informan tertentu bukan dari sebuah hipotesis atau pengukuran sebelumnya.

Selain itu metode yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah analisis penelitian secara deskriptif. Tipe deskriptif ini digunakan jika ada pengetahuan atau informasi tentang gejala sosial yang akan diselidiki atau dipermasalahkan. Penelitian deskriptif juga fokus pada pertanyaan dasar

BAB I PENDAHULUAN

“bagaimana” dengan berusaha mendapatkan dan menyampaikan fakta-fakta dengan jelas, teliti, dan lengkap tanpa banyak detail yang tidak penting seperti penelitian eksplorasi.

Kemudian penelitian deskriptif juga dapat mempelajari masalah-masalah dalam masyarakat, serta tata cara yang berlaku dalam masyarakat serta situasi-situasi tertentu, termasuk tentang hubungan, kegiatan-kegiatan, sikap-sikap, pandangan-pandangan serta proses-proses yang sedang berlangsung dan pengaruh-pengaruh dari suatu fenomena.

1.8.1. Tipe Penelitian

Agar dapat memecahkan masalah atau mengamati suatu masalah penelitian diperlukan prosedur tertentu yang bersifat metodologis. Sesuai dengan perumusan masalah dan tujuan penelitian maka tipe dari penelitian menggunakan kualitatif deskriptif karena sesuai dengan fenomena masalah penelitian yang diajukan dimana dengan menggunakan tipe deskriptif peneliti berusaha untuk menggambarkan fenomena sosial yang terjadi sesuai dengan fakta-fakta dan tidak hanya didasarkan pada peraturan normatif yang ada.

Dalam hal ini peneliti mengembangkan konsep dan menghimpun fakta, tetapi tidak menggunakan pengujian hipotesis. Peneliti berusaha menuliskan secara deskriptif tentang kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien usia lanjut yang dilaksanakan di Puskesmas Gurah, kecamatan Gurah, Kabupaten Kediri.

BAB I PENDAHULUAN

1.8.2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat dimana objek penelitian bisa ditemukan dan lokasi dimana kita akan melakukan penelitian. Lokasi dari penelitian ini yang berfokus pada deskripsi tentang kualitas pelayanan kesehatan pada pasien usia lanjut di Puskesmas Gurah, Kecamatan Gurah, Kabupaten Kediri.

Lokasi penelitian yang dilakukan di Puskesmas Gurah, Kecamatan Gurah, Kabupaten Kediri, didasarkan pada beberapa pertimbangan, yaitu :

- a. Puskesmas Gurah merupakan salah satu puskesmas yang memberikan perhatian lebih kepada pasien usia lanjut/lansia dan memiliki program khusus pada lansia.
- b. Satu-satunya puskesmas yang memiliki poli lansia di Kabupaten Kediri.
- c. Efektifitas waktu, tenaga dan biaya yang dimiliki oleh peneliti.

1.8.3. Teknik Penentuan Informan

Pada umumnya terdapat tiga tahap pemilihan informan dalam penelitian kualitatif, yakni pertama pemilihan informan awal, apakah itu informan (untuk diwawancarai) atau suatu situasi sosial (untuk diobservasi). Kedua adalah pemilihan informan lanjutan guna memperluas deskripsi informasi dan melacak variasi informasi yang mungkin ada. Dan Ketiga adalah menghentikan pemilihan informan lanjutan bilamana

BAB I PENDAHULUAN

dianggap sudah tidak ditemukan lagi variasi informasi (sudah ada replikasi informasi).⁴¹

Dalam penelitian ini menggunakan teknik penentuan informan dilakukan secara *purposive sampling*, dimana informan yang dipilih merupakan pihak yang dianggap paling mengetahui dan memahami tentang permasalahan dalam penelitian ini. Kemudian dikembangkan lagi menjadi *snowball*, ini dilakukan dimana dalam pemilihan informan lanjutan untuk menambah penggalan data.

Dan pada awal penelitian ini akan ditetapkan informan kunci yang diwawancarai, kemudian dikembangkan lagi ke informan yang direkomendasikan oleh informan kunci. Jadi yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah :

1. dr. Rahma Sari Dewi selaku Kepala UPTD Puskesmas Gurah
2. dr. Dini selaku Dokter di Poli Lansia Puskesmas Gurah
3. Ibu Widi selaku Perawat di Poli Lansia Puskesmas Gurah
4. Mbah Samsuri selaku Pasien Poli Lansia Puskesmas Gurah
5. Mbah Gemi selaku Pasien Poli Lansia Puskesmas Gurah
6. Mbah Pariani selaku Pasien Poli Lansia Puskesmas Gurah
7. Mbah Sutrimah selaku Pasien Poli Lansia Puskesmas Gurah
8. Mbah Jemu selaku Pasien Poli Lansia Puskesmas Gurah
9. Mbah Nandir selaku Pasien Poli Lansia Puskesmas Gurah

⁴¹ Bungin, Burhan., *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta. PT Raja Grafindo Persada. 2003: hal.53-54.

BAB I PENDAHULUAN

Penentuan informan di atas dipilih oleh peneliti karena dianggap mampu memberikan informasi dan pengetahuan mengenai kualitas pelayanan bagi pasien usia lanjut di poli lansia Puskesmas Gurah. Selanjutnya peneliti akan melakukan wawancara mendalam dengan informan dan pengumpulan data. Dan dalam prosesnya penentuan informan dapat berubah sesuai keadaan dilapangan nanti, sesuai rekomendasi informan dari informan kunci.

1.8.4. Tehnik Pengumpulan Data

Data merupakan bagian terpenting dalam suatu penelitian, karena hakekat dari penelitian adalah pencarian data yang nantinya diinterpretasikan dan dianalisa. Menurut Lofland & Lofland, sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata dan tindakan dan selebihnya adalah berupa data tambahan, seperti dokumen dan lain-lain.⁴² Data yang dikumpulkan meliputi data primer dan data sekunder.

a. Data Primer

adalah data atau informasi yang berasal dari informan atau para sumber yang diteliti. Sedangkan

b. Data sekunder

Data sekunder biasanya berupa dokumen, data-data statistik, sumber data tertulis, laporan yang akan menunjang dan memperkuat data utama untuk dianalisis.

⁴² *Ibid* hal. 112.

BAB I PENDAHULUAN

Sehubungan dengan data dan informasi yang dibutuhkan, maka diperlukan teknik pengumpulan data. Ada 3 macam pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu :

a. Observasi langsung

Metode yang digunakan adalah pengamatan langsung. Teknik pengamatan ini memungkinkan melihat dan mengamati sendiri, kemudian mencatat perilaku dan kejadian sebagaimana yang terjadi pada keadaan sebenarnya. Metode ini dipilih karena:

1. Dengan cara pengamatan langsung, terdapat kemungkinan untuk mencatat data yang langsung mengenai perilaku yang tipikal dari objek dapat dicatat segera, dan tidak menggantungkan data dari ingatan seseorang
2. Pengamatan langsung dapat memperoleh data dan onjek baik yang tidak dapat berkomunikasi secara verbal atau yang tidak mau berkomunikasi secara verbal.

b. Wawancara mendalam

Wawancara mendalam adalah merupakan proses menggali informasi secara mendalam, terbuka, dan bebas dengan masalah dan fokus penelitian dan diarahkan pada pusat penelitian. Dalam hal ini metode wawancara mendalam yang dilakukan dengan adanya daftar

BAB I PENDAHULUAN

pertanyaan yang telah dipersiapkan sebelumnya.⁴³ Agar wawancara yang dilakukan peneliti kepada informan berbeda dengan percakapan sehari-hari, maka sebelum melakukan wawancara, ada beberapa persyaratan:

1. Peneliti dan Informan belum saling kenal sebelumnya
2. Informan menjawab pertanyaan yang diajukan oleh peneliti
3. Peneliti tidak berusaha mengarahkan pertanyaan kepada suatu jawaban untuk menjaga kenetralan.
4. Pertanyaan yang diajukan mengikuti panduan yang telah dibuat sebelumnya.

c. Dokumentasi

Dokumentasi dalam penelitian ini menggunakan dokumen resmi dan rekaman hasil wawancara mendalam. Dokumen resmi itu sendiri terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Dokumen internal

Berupa memo, pengumuman, instruksi, aturan dari suatu lembaga pemerintahan, dan sebagainya. Dokumen tersebut dapat menyajikan informasi tentang keadaan, aturan yang terjadi di dalam lokasi penelitian yang dipilih oleh peneliti yaitu dilingkungan instansi pemerintah.

2. Dokumen eksternal

⁴³ Moleong, J. Lexy, Prof. DR, M.A. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung. PT. Remaja Rosdakarya Offset. 2008. Hal.186

BAB I PENDAHULUAN

Berisi bahan - bahan informasi yang dihasilkan oleh suatu lembaga pemerintah; misalnya majalah, bulletin, pernyataan, dan berita yang disiarkan kepada media massa, dan lain - lain.⁴⁴

1.8.5. Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Sebelum masing-masing teknik pemeriksaan diuraikan, terlebih dahulu ikhtisarnya dikemukakan. Ikhtisar itu terdiri dari kriteria yang diperiksa dengan satu atau beberapa teknik pemeriksaan tertentu. Ikhtisar tersebut dikemukakan dalam tabel berikut:⁴⁵

Tabel I.10

Teknik Pemeriksaan data

KRITERIA	TEKNIK PEMERIKSAAN
Kredibilitas (derajat kepercayaan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perpanjangan keikut-sertaan 2. Ketekunan pengamatan 3. Triangulasi 4. Pengecekan sejawat 5. Kecukupan referensial 6. Kajian kasus negatif 7. Pengecekan anggota
Kepastian	Uraian rincian
Kebergantungan	Audit kebergantungan
Kepastian	Audit kepastian

⁴⁴ *Ibid* Hal.186-219

⁴⁵ *Ibid.* hal. 326-327

BAB I PENDAHULUAN

Dalam penelitian ini, kriteria derajat kepercayaan pemeriksaan data dilakukan dengan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain. Di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Denzin membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik, dan teori.

Dalam penelitian ini akan menggunakan triangulasi sumber karena disesuaikan dengan karakteristik permasalahan penelitian dimana peneliti melakukan pengumpulan data melalui observasi langsung, wawancara mendalam, dan juga dokumentasi.

Menurut Patton, Triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. Hal ini dapat dicapai dengan jalan:⁴⁶

1. membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara.
2. membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi.
3. membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu.

⁴⁶ Ibid. hal: 331

BAB I PENDAHULUAN

4. membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang yang berpendidikan menengah atau tinggi, orang berada, orang pemerintahan
5. membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Jadi triangulasi berarti cara terbaik untuk menghilangkan perbedaan-perbedaan konstruksi kenyataan yang ada dalam konteks suatu studi sewaktu mengumpulkan data tentang berbagai kejadian dan hubungan dari berbagai pandangan. Dengan kata lain bahwa dengan triangulasi, peneliti dapat *me-rechek* temuannya dengan jalan membandingkannya dengan berbagai sumber, metode, atau teori. Untuk itu maka peneliti dapat melakukannya dengan jalan:⁴⁷

1. mengajukan berbagai macam variasi pertanyaan.
2. mengeceknya dengan berbagai sumber data.
3. memanfaatkan berbagai metode agar pengecekan kepercayaan data dapat dilakukan.

1.8.6. Tehnik Analisis Data

Menurut Creswell, terdapat 6 tahapan pendekatan analisis data penelitian kualitatif.

1. Mengelola dan mempersiapkan data

⁴⁷ Ibid hal. 332

BAB I PENDAHULUAN

Langkah ini melibatkan transkrip wawancara, menscanin, materi, mengetik data lapangan, atau memilah-milah dan menyusun data lapangan atau menilah-milah data tersebut ke dalam jenis-jenis yang berbeda tergantung pada sumber informasi.

2. Membaca keseluruhan data

Dalam membaca seluruh data, ada beberapa tahapan. Yang pertama membangun *general sense* atas informasi yang diperoleh dan merefleksikan maknanya secara keseluruhan. Gagasan apa yang terkandung dalam perkataan informan? Bagaimana nada gagasan tersebut? Bagaimana kesan dari kedalaman, kredibilitas, dan penuturan informan? Pada tahap ini para peneliti kualitatif akan membuat catatan-catatan tentang gagasan umum yang diperoleh.

3. Menganalisis lebih detail dengan *meng-coding* data

Coding merupakan proses pengolahan materi atau informan menjadi segmen-segmen tulisan sebelum memaknainya. Langkah ini melibatkan beberapa tahap. Yaitu mengambil data tulisan atau gambar yang telah dikumpulkan, mensegmentasi kalimat-kalimat atau paragraf-paragraf dan gambar tersebut ke dalam kategori-kategori, kemudian melabeli kategori-kategori ini dengan istilah-istilah khusus, yang sering kali didasarkan pada istilah atau bahasa yang benar-benar berasal dari informan.

BAB I PENDAHULUAN

4. Menerapkan proses *coding*

Dalam tahap ini penulis menerapkan proses *coding* untuk mendiskripsikan setting, orang-orang, kategori-kategori, dan tema-tema yang akan dianalisis. Peneliti dapat membuat kode-kode untuk mendiskripsikan semua informasi ini, kemudian menganalisis untuk proyek studi kasus. Setelah itu menerapkan proses *coding* untuk membuat sebuah kecil tema atau kategori. Tema-tema ini lah yang biasanya menjadi hasil utama dalam penelitian kualitatif. Dengan mengidentifikasi tema-tema selama proses *coding* peneliti kualitatif dapat memanfaatkan lebih jauh tema-tema ini untuk membuat analisis yang lebih kompleks.

5. Menunjukkan bagaimana diskripsi dan tema-tema ini akan disajikan kembali dalam narasi atau laporan kualitatif .Dalam tahap ini peneliti menggunakan pendekatan studi kasus untuk menyampaikan hasil analisis.

6. Mengintepretasi atau memaknai data.

Menurut Walcott salah satu cara yang dapat diterapkan ahli etnografi untuk mengakhiri penelitan adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan lebih lanjut. Pendekatang questioning ini juga berlaku dalam pendekatan advokasi dan partisipari. Dalam memaknai data tersebut peneliti membandingkan antara hasil penelitian dengan informasi yang berasal dari literatur atau teori⁴⁸.

⁴⁸Jhon W. Creswell, Research design, Pustaka Pelajar, yogyarta, 2013, hal 274-284

BAB I PENDAHULUAN

Dalam penelitian ini, peneliti menganalisis data kualitatif dengan melibatkan proses pengumpulan data, interpretasi, dan pelaporan hasil secara serentak dan bersama-sama. Ketika wawancara langsung, peneliti juga akan melakukan analisis terhadap data-data yang baru saja diperoleh dalam catatan kecil. Sehingga akan membantu saat menginterpretasi data. Peran peneliti dalam menganalisis data merupakan peran yang *central*. Karena peneliti merupakan sebagai peran kunci (*researcher as key instrument*). Peneliti akan memaknai dan menginterpretasikan data dari informan

Analisis data kualitatif merupakan upaya yang berkelanjutan, berulang dan terus menerus, jadi analisis data akan dilakukan secara terus menerus sejak awal sampai akhir penelitian. Selain itu, keseluruhan data berupa transkrip wawancara akan dianalisis berdasarkan metode deskriptif yaitu mengamati serta memberi gambaran bagaimana kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien usia lanjut di poli lansia puskesmas Gurah, Kecamatan Gurah, Kabupaten Kediri.