

PRENATAL CARE

TESIS

KK

TKA 60/03

Ret

U

**UPAYA PEMASARAN INTERAKTIF PELAYANAN
ANTENATAL DI PUSKESMAS JAGIR KOTA SURABAYA.**



MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

RETNOWATI
NIM. 090014053 M

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2002

**UPAYA PEMASARAN INTERAKTIF PELAYANAN ANTENATAL
DI PUSKESMAS JAGIR KOTA SURABAYA**

TESIS

**Untuk memperoleh Gelar Magister dalam Program Studi Administrasi dan
Kebijakan Kesehatan pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga**

Oleh :

**RETNOWATI
NIM 090014053 M**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

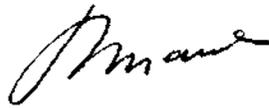
Lembar pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 13 NOPEMBER 2002

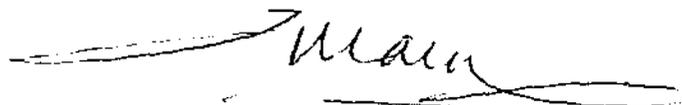
Oleh

Pembimbing Ketua



Dr. dr. Stefanus Supriyanto, MS
NIP. 130 675 544

Pembimbing



Prof. Dr. H. Imam Syakir, SE

Telah diuji pada

Tanggal 13 Nopember 2002

PANITIA PENGUJI TESIS

KETUA : Dr. dr. Chatarina U.W., MS., MPH

ANGGOTA : 1. Dr. dr. Stefanus Supriyanto, MS

2. Prof. Dr. H. Imam Syakir, SE

3. Dr. drg. Darmawan S., M.Kes

4. dr. Siswanto, MHP



UCAPAN TERIMA KASIH

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan mengucapkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang yang telah melimpahkan segala rahmat dan hidayahNya, sehingga tesis ini dapat tersusun. Tentunya hal ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak.

Pada kesempatan ini perkenankanlah kami menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dr. dr. S. Supriyanto, MS selaku pembimbing utama kami yang telah menambah wawasan, memberikan arahan, saran, kritik dan bimbingan dengan penuh kesabaran dan ketelatenan mulai dari persiapan proposal hingga akhir penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Prof. Dr. H. Imam Syakir, SE selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu di tengah kesibukan beliau masih sempat memberikan bimbingan.

Seperti yang telah diungkapkan di atas bahwa terlaksananya penelitian hingga selesainya tesis ini adalah berkat bantuan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang tersebut di bawah ini :

1. Dr. drg. Nyoman Anita Damayanti, MS selaku Ketua Minat Studi Manajemen Pemasaran dan Keuangan pelayanan Kesehatan Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan dorongan mulai awal perkuliahan hingga selesainya tesis ini.
2. dr. Widodo J. Pudjirahardjo selaku Ketua Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan dorongan dan semangat untuk menyelesaikan tesis ini.
3. Dr. H. Djoko Wijono, MS selaku atasan kami di Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti perkuliahan hingga selesai.
4. dr. Liliana Anggraeni selaku Kepala Puskesmas Jagir Kota Surabaya yang telah mengizinkan kami melakukan penelitian di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.
5. Ir. Ruhadi Purnomo selaku suami dan Rendi Rahmanto, Dina Ariyani serta Resti Nisaidha Rahmi selaku anak kami, atas pengertiannya telah memberikan dorongan moral yang sangat berharga selama menempuh masa perkuliahan hingga selesai.
6. Kukuh Yanuaristanto, SE, Atmari ST dan Irawati, SP selaku staf bagian Administrasi Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan pinjaman buku-buku dan turut mendorong upaya penyelesaian tesis ini.
8. Seluruh dosen pengajar yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu mulai Semester I hingga Semester IV pada Minat Manajemen Pemasaran dan Keuangan Pelayanan Kesehatan Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
9. Seluruh staf dan pegawai di Puskesmas Jagir Kota Surabaya yang telah membantu kami dalam penelitian.

Semoga tesis ini bermanfaat, khususnya dapat menambah pengetahuan bagi adik-adik kelas Minat Manajemen Pemasaran dan Keuangan Pelayanan Kesehatan Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

Amien.

Penulis

RINGKASAN

RINGKASAN

Kegiatan pemasaran makin disadari menjadi suatu kebutuhan dalam dunia layanan kesehatan kita yang semakin bersaing, serta menghadapi masyarakat yang semakin meningkat derajat pendidikan dan kesejahteraannya. Pemasaran yang berfokus pada pelanggan dikelompokkan dalam 3 layanan, yaitu pemasaran internal, eksternal dan pemasaran interaktif. Pada penelitian ini membahas tentang pemasaran interaktif, yang intinya adalah komunikasi interaktif saat bidan kontak dengan ibu hamil. Komunikasi interaktif dalam pemasaran adalah identik dengan komunikasi terapeutik.

Masalah yang terjadi di Poli BKIA Puskesmas Jagir adalah terdapat kesenjangan K1-K4 yang tinggi dalam 3 tahun berturut-turut, yaitu pada tahun 1998, 1999 dan 2000. Faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya kesenjangan tersebut adalah faktor lingkungan (kebijakan pemerintah dan pesaing), faktor masyarakat (karakteristik pasar, karakteristik ibu hamil) dan faktor puskesmas (visi dan misi, sarana pelayanan, kualitas pelayanan, komitmen bidan dan karakteristik bidan). Dalam penelitian ini faktor lingkungan dan karakteristik pasar pada faktor masyarakat tidak diteliti. Karakteristik Ibu hamil, meliputi kondisi kehamilan, motivasi, sikap, pengetahuan, dan tingkat ekonomi keluarga, sedangkan karakteristik bidan meliputi sikap, pengalaman dan ketrampilan komunikasi.

Ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di Poli BKIA Puskesmas Jagir diamati mulai pertama kali mendapat pelayanan bidan sampai selesai sebagai suatu rangkaian (seri), setelah itu baru diwawancara oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner. Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara wawancara antara peneliti dengan responden (Ibu hamil, kepala puskesmas dan bidan). Untuk data sekunder diambil dari kartu status ibu hamil. Pengamatan dilakukan pada bulan April dan Mei 2002. Dari data yang terkumpul dianalisis variabel yang mempengaruhi jalannya proses pelayanan interaktif baik yang bermasalah maupun tidak bermasalah, selanjutnya dianalisis tingkat kepuasan ibu hamil terhadap pelayanan antenatal serta disusun dan direkomendasikan upaya pemasaran interaktif pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

Berdasarkan temuan pada penelitian, maka upaya pemasaran interaktif yang direkomendasikan kepada pihak manajemen puskesmas Jagir adalah perlunya perhatian dan peningkatan pelaksanaan untuk komponen yang masih mempunyai nilai cukup atau kurang sebagai berikut: pada variabel sikap bidan meliputi tidak selalu memberi perintah, tidak menunjukkan muka masam, mempunyai waktu mendengarkan keluhan, mendengar keluhan tidak sambil memalingkan muka dan tidak membedakan pelayanan. Pada variabel ketrampilan bidan, meliputi bahasa bidan, mengucapkan salam dan menatap mata. Pada proses pelayanan interaktif meliputi memperhatikan keluhan, menanggapi keluhan serta memberitahu waktu kontrol. Untuk tingkat kepuasan Ibu hamil, yaitu tidak menunjukkan muka cemberut, mendengarkan keluhan tidak sambil memalingkan wajah, sentuhan tidak kasar, bicara sopan dan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan, mengucapkan salam, menatap mata, tidak memotong pembicaraan serta pemeriksaan calon bayi.

Kata kunci: *Interactive marketing, Customer focus, Antenatal care.*

ABSTRACT

ABSTRACT

Three services of marketing on customer focus are internal marketing, external marketing and interactive marketing. This survey was about interactive marketing. Focus of interactive marketing was communication, midwives communicated with pregnant women. Interactive communication was alike with therapeutic communication. The survey was conducted in Poli BKIA Puskesmas Jagir, Surabaya. The problem was high deference K1-K4 in three years on 1998, 1999 and 2000. Many factors could influence its deference, environmental factors (government policy, competitors), public factors (characteristic of midwife) and public health center factors (vision and mission, equipment of services, quality of services, commitment of midwife and characteristic of midwife). Characteristic of pregnant women (condition of pregnancy, motivation, attitude, knowledge and level of family expenditure) and characteristic of midwife (commitment of midwife, characteristic of midwife, attitude, experience and skill of communication) were analyzed. Collecting of data primer was conducted by interview between interviewer and respondents as pregnancy's women, midwife and leader of public health center. The result was most of pregnant women who checked up in Puskesmas Jagir were normal pregnancies. They were junior high school (83.30%), house wife (73.30%), low level economic family (53,33%), best knowledge, and awareness important of antenatal services which first of check up is the first until the third month of old pregnant (63.30%). Nevertheless the pregnant women still considered cost factor, geography and experience midwife. The midwives were very experience, highest commitment and excellent attitude. Communication skill of midwife and interactive services process were good. Level of satisfaction of pregnancy women to attitude, skill communication of midwife, interactive services process and antenatal services was commonly satisfied. The result of analysis was recommended to manager of public health center for interactive marketing.

Key word: *Interactive marketing, Customer focus, Antenatal care.*

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan.....	i
Sampul Dalam.....	ii
Prasyarat Gelar.....	iii
Persetujuan.....	iv
Penetapan Panitia.....	v
Ucapan Terima kasih.....	vi
Ringkasan.....	vii
Abstrak.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	4
1.2.1 Faktor puskesmas.....	5
1.2.2 Faktor masyarakat.....	7
1.2.3 Faktor lingkungan.....	10
1.3 Pembatasan Masalah.....	10
1.4 Rumusan Masalah.....	10
1.5 Tujuan Penelitian.....	11
1.5.1 Tujuan umum.....	11
1.5.2 Tujuan khusus.....	11
1.6 Manfaat Penelitian.....	12
1.6.1 Bagi manajemen puskesmas.....	12
1.6.2 Bagi institusi pendidikan.....	12
1.6.3. Bagi peneliti.....	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	13
2.1 Pemasaran.....	13
2.1.1 Teori dasar pemasaran.....	13
2.1.2 Wawasan perusahaan terhadap pasar.....	19
2.1.3 Unsur utama pemasaran.....	21
2.1.4 Perencanaan strategi pemasaran.....	24
2.1.5 Pemasaran berfokus pelanggan.....	27
2.1.6 Kepuasan dan loyalitas pelanggan.....	32
2.1.7 Teori dan model kepuasan pelanggan.....	39
2.1.8 Strategi kepuasan pelanggan.....	46
2.1.9 Pengukurann kepuasan pelanggan.....	54
2.2 Komunikasi.....	59
2.2.1 Pengertian komunikasi.....	59
2.2.2 Macam komunikasi.....	61

2.2.3	Proses komunikasi	61
2.2.4	Bentuk komunikasi.....	65
2.2.5	Bentuk komunikasi dua arah.....	66
2.2.6	Model dasar komunikasi interaktif.....	67
2.2.7	Mekanisme komunikasi interaktif.....	68
2.2.8	Faktor yang mempengaruhi komunikasi.....	70
2.2.9	Komunikasi terapeutik dan komunikasi sosial.....	75
2.2.10	Wawancara.....	78
2.2.11	Efektifitas komunikasi	79
2.3	Puskesmas.....	84
2.4	Keperawatan.....	85
2.5	Jasa Pelayanan Kesehatan.....	94
2.5.1	Kesenjangan penyampaian jasa.....	97
2.5.2	Utilisasi pelayanan kesehatan.....	99
2.5.2.1	Model Alan Dever.....	99
2.5.2.2	Model kepercayaan kesehatan.....	102
2.5.2.3	Model pemanfaatan penggunaan pelayanan kese- Hatan	103
2.5.2.4	Model perilaku kesehatan.....	106
2.5.3	Pelayanan antenatal (Antenatal care).....	107
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL		111
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN		112
4.1	Rancangan Penelitian.....	112
4.2	Unit analisis dan responden.....	112
4.2.1	Unit analisis.....	112
4.2.2	Responden.....	112
4.2.3	Teknik pengambilan sampel.....	112
4.3	Operasionalisasi penelitian.....	113
4.4	Variabel penelitian dan Definisi Operasional Variabel dan Cara Pengukurannya.....	113
4.5	Alat Ukur Penelitian.....	121
4.6	Teknik Pengumpulan data.....	122
4.6.1	Data primer.....	122
4.6.2	Data sekunder.....	122
4.7	Proses Pengumpulan Data.....	123
4.7.1	Tahap I.....	123
4.7.2	Tahap II.....	123
4.7.3	Pewawancara.....	123
4.8	Uji Coba Kuesioner dan Uji Validitas dan Reliabilitas.....	123
4.8.1	Uji coba kuesioner.....	123
4.8.2	Uji validitas dan reliabilitas.....	123
4.9	Teknik Analisis Data.....	124

	Halaman
BAB 5 HASIL ANALISIS PENELITIAN.....	125
5.1 Gambaran umum Puskesmas Jagir Kota Surabaya.....	125
5.2 Gambaran umum Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya.....	126
5.3 Gambaran Responden.....	128
5.3.1 Umur responden.....	128
5.3.2 Pendidikan responden.....	129
5.3.3 Pekerjaan responden.....	129
5.3.4 Umur kehamilan responden pertama kali periksa kehamilan.....	130
5.4 Hasil Karakteristik Ibu Hamil.....	130
5.5 Hasil Komitmen Bidan.....	135
5.6 Hasil Penelitian Karakteristik Bidan.....	136
5.7 Proses Pelayanan Interaktif.....	140
5.8 Kepuasan.....	142
 BAB 6 PEMBAHASAN.....	 148
6.1 Gambaran Responden.....	148
6.2 Karakteristik Ibu hamil.....	149
6.3 Karakteristik Bidan.....	151
6.4 Proses Pelayanan Interaktif.....	154
6.5 Kepuasan.....	156
6.6 Upaya pemasaran interaktif.....	158
 BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	 160
7.1 Kesimpulan.....	160
7.2 Saran.....	163
7.2.1 Bagi puskesmas.....	163
7.2.2 Bagi peneliti lain.....	163
 DAFTAR PUSTAKA.....	 164

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 : Jumlah sasaran Ibu Hamil, K1 dan K4 di Balai Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Jagir, Ngagelrejo dan Wonokromo Kota Surabaya Tahun 1998 dan 1999	3
Tabel 1.2 : Jumlah sasaran Ibu Hamil, K1 dan K4 di Balai Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 1998, 1999 dan 2000.....	3
Tabel 2.1 : Perbedaan Strategi pangsa pasar dan kepuasan pelanggan	48
Tabel 2.2 : <i>Transaction marketing versus relationship marketing</i>	49
Tabel 5.1 : Ketenagaan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2001	126
Tabel 5.2 : Status Kepegawaian dan pendidikan tenaga bidan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.....	127
Tabel 5.3 : Umur responden pasien Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	128
Tabel 5.4 : Pendidikan responden pasien Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	129
Tabel 5.5 : Pekerjaan responden pasien Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	129
Tabel 5.6 : Umur kehamilan responden pertama kali memeriksakan kehamilan ke Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	130
Tabel 5.7 : Kondisi kehamilan Ibu hamil berdasarkan wawancara dengan Ibu hamil.....	131
Tabel 5.8 : Kondisi kehamilan Ibu hamil berdasarkan observasi peneliti	131
Tabel 5.9 : Motivasi Ibu hamil memriksakan kehamilannya ke Poli BKIA Puskesmas Jagir.....	132
Tabel 5.10 : Pengetahuan komposit Ibu hamil di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	133

Tabel 5.11 : Tempat Ibu hamil memeriksakan kehamilan pertama kali.....	134
Tabel 5.12 : Rencana Ibu hamil memeriksakan kehamilan setelah mendapat pelayanan di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	134
Tabel 5.13 : Tingkat ekonomi Ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya.....	135
Tabel 5.14 : Jumlah absensi bidan yang bekerja di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya.....	135
Tabel 5.15 : Penilaian sikap bidan Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	137
Tabel 5.16 : Masa kerja sebagai bidan bagi bidan yang bekerja di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya tahun 2002.....	138
Tabel 5.17 : Penilaian ketrampilan komunikasi bidan Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	139
Tabel 5.18 : Penilaian proses pelayanan interaktif di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	140
Tabel 5.19 : Hasil analisis kepuasan ibu hamil terhadap sikap bidan di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	143
Tabel 5.20 : Hasil analisis kepuasan ibu hamil terhadap ketrampilan komunikasi bidan di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	144
Tabel 5.21 : Hasil analisis kepuasan ibu hamil terhadap proses pelayanan interaktif di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	145
Tabel 5.22 : Hasil analisis kepuasan ibu hamil terhadap pelayanan antenatal di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	146
Tabel 5.23 : Hasil analisis kepuasan Ibu hamil secara umum terhadap pelayanan antenatal di POLI BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002.....	147

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	: Diagram Identifikasi Masalah	4
Gambar 2.1	: Konsep Inti Pemasaran.....	13
Gambar 2.2	: Perbandingan Konsep Berwawasan menjual dan Konsep berwawasan Pemasaran.	21
Gambar 2.3	: Tahap Perumusan Perencanaan Strategi.....	25
Gambar 2.4	: Model Pemasaran Jasa.....	27
Gambar 2.5	: Model Layanan Interaktif Puskesmas.....	32
Gambar 2.6	: Konsep Kepuasan Pelanggan.....	34
Gambar 2.7	: Hubungan antara Kepuasan Konsumen dan Profit.....	37
Gambar 2.8	: Persepsi Konsumen tentang kualitas dan kepuasan Konsumen.....	38
Gambar 2.9	: Kepuasan Pelanggan dan Perspektif TQM.....	43
Gambar 2.10	: Strategi Bisnis Perusahaan.....	47
Gambar 2.11	: Proses Penanganan keluhan secara efektif.....	51
Gambar 2.12	: Model Kepuasan dan Loyalitas Pelanggan.....	57
Gambar 2.13	: Komponen Dasar Komunikasi	61
Gambar 2.14	: Komponen Dasar Komunikasi dengan Timbal Balik.....	62
Gambar 2.15	: Proses Komunikasi	63
Gambar 2.16	: Model Komunikasi Dasar	64
Gambar 2.17	: Tingkat Komunikasi.....	69

Gambar 2.18: Pola komunikasi medis, perawat dan pasien	70
Gambar 2.19: Gaps Model of Service Quality.....	99
Gambar 2.20: Faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.	100
Gambar 3.1 : Diagram Kerangka konseptual.....	111
Gambar 4.1 : Diagram Kerangka operasional.....	113

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Checklist Pengamatan Proses Pelayanan Antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya	169
Lampiran 2 : Checklist Pengamatan (Observasi) pemeriksaan yang dilakukan Bidan kepada Ibu hamil pada pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya	170
Lampiran 3 : Checklist kondisi kehamilan Bumil	171
Lampiran 4 : Checklist absensi bidan	172
Lampiran 5 : Kuisisioner panduan wawancara kepada Ibu hamil	173
Lampiran 6 : Kuisisioner panduan wawancara kepada Kepala Puskesmas	180
Lampiran 7 : Kuisisioner panduan wawancara kepada Bidan	181
Lampiran 8 : Hasil pengamatan kondisi kehamilan bumil	182
Lampiran 9 : Rekapitulasi hasil Pengamatan Proses Pelayanan Antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya	183
Lampiran 10 : Hasil checklist absensi bidan	185
Lampiran 11 : Denah Puskesmas Jagir	186

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kegiatan pemasaran makin disadari menjadi suatu kebutuhan dalam dunia layanan kesehatan kita yang semakin bersaing, serta menghadapi masyarakat yang semakin meningkat derajat pendidikan dan kesejahteraannya.

Menurut Astuti (1994) akhir-akhir ini aktivitas pemasaran menjadi topik yang hangat di kalangan organisasi atau institusi nirlaba. Mereka ini makin merasa tertarik untuk memahami secara mendalam bagaimana pemasaran mampu membantu organisasi menghadapi permasalahan yang semakin rumit dalam menghadapi pelayanan bagi para penggunanya. Pemasaran bukan hanya sekedar salah satu fungsi manajemen tetapi merupakan orientasi organisasi secara total. Hal ini akan membuat organisasi semakin *responsive*, adaptif dan menimbulkan jiwa *entrepreneur* dalam lingkungan yang berubah dengan cepat seperti sekarang ini.

Lingkungan yang berubah tersebut juga terjadi di puskesmas. Puskesmas yang dulu hanya mengandalkan subsidi dari pemerintah dituntut agar mampu membiayai pelayanan kesehatan yang diberikan, karena subsidi dari pemerintah semakin lama semakin berkurang.

Pemasaran yang berfokus pelanggan menjadi sangat penting. Kepuasan pelanggan akan dapat menjamin kelangsungan hidup organisasi, baik rumah sakit maupun puskesmas. Pasien yang puas cenderung akan menggunakan fasilitas yang sama saat mereka membutuhkan. Kepuasan pelanggan akan dapat diberikan bila kita memahami



dengan baik kebutuhan dan harapannya. Kebutuhan dan harapan tersebut akan dapat diketahui apabila ada kedekatan antara provider dengan pasien dan keluarganya. Kedekatan itu dapat terjadi akibat komunikasi.

Pemasaran berfokus pada pelanggan dapat dikelompokkan dalam tiga layanan, yaitu pemasaran eksternal, pemasaran internal dan pemasaran interaktif. Inti dari pemasaran interaktif adalah komunikasi. Komunikasi dapat terjadi antara manajer dengan *provider*, *provider* dengan pelanggan dan pelanggan dengan manajer. Lingkup kajian pemasaran interaktif adalah pada komunikasi *provider* dan pelanggan dengan menggunakan konsep pemasaran. Pemasaran interaktif lebih banyak membahas komunikasi interaktif saat terjadinya kontak pelanggan dengan *provider* di organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit atau puskesmas.

Cicik, Hanifah dan Sari (2000) berpendapat bahwa Puskesmas merupakan tempat pemeriksaan kehamilan yang paling banyak diminati, karena biasanya ibu hamil memperoleh pelayanan medis yang relatif aman dan murah. Selain itu biasanya di Puskesmas tersedia bidan dan dokter yang cukup ahli dalam pelayanan kehamilan.

Menurut Cicik (2000) guna mengantisipasi berbagai risiko gangguan kehamilan dapat dilakukan pemeriksaan kesehatan lewat pemeriksaan kehamilan (*antenatal care* atau ANC) secara rutin, satu kali dilakukan pada triwulan pertama (K1), satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga (K4). maka gangguan sekecil apapun dapat segera diatasi.

Kecamatan Wonokromo Kota Surabaya mempunyai tiga puskesmas, yaitu puskesmas Jagir, puskesmas Ngagelrejo dan puskesmas Wonokromo. Gambaran

pelayanan antenatal di Balai Kesehatan Ibu dan Anak di tiga Puskesmas di wilayah Kecamatan Wonokromo dapat dilihat pada Tabel 1.1 berikut :

Tabel 1.1 : Jumlah sasaran Ibu Hamil, K1 dan K4 serta kesenjangan K1-K4 di Balai Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Jagir, Ngagelrejo dan Wonokromo Kota Surabaya tahun 1998 dan 1999

PUSKES- MAS	TA- HUN	JUMLAH SASARAN BUMIL	K1		K4		KESENJANGAN K1-K4	
			JUM- LAH	%	JUM- LAH	%	JUM- LAH	%
Jagir	1998	1516	938	61,87	564	37,20	374	24,67
	1999	1481	720	48,62	384	25,93	336	22,69
Ngagelrejo	1998	1239	279	22,52	150	12,11	129	10,41
	1999	1210	298	24,63	202	16,69	96	7,94
Wonokromo	1998	905	120	13,26	80	8,84	40	4,42
	1999	884	178	20,14	104	11,76	74	8,38

Sumber : Profil Kesehatan Kota Surabaya Tahun 1999 dan 2000 (diolah)

Pada tahun 1998 dan tahun 1999 trend cakupan akses pelayanan antenatal K1 dan cakupan pelayanan antenatal lengkap K4 Puskesmas Jagir menurun, sedangkan dua puskesmas lainnya meningkat, walaupun secara keseluruhan sasaran bumil di tiga puskesmas tersebut menurun. Jumlah sasaran Ibu hamil dan kesenjangan K1-K4 di Puskesmas Jagir lebih besar dibandingkan dengan dua puskesmas lainnya yang ada di Kecamatan Wonokromo. Trend cakupan akses pelayanan antenatal K1 dan cakupan pelayanan antenatal lengkap K4 serta kesenjangan K1-K4 selama tiga tahun berturut-turut dapat dilihat pada tabel 1.2 berikut :

Tabel 1.2 : Jumlah sasaran Ibu Hamil, K1 dan K4 serta kesenjangan K1-K4 di Balai Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Jagir Kecamatan Wonokromo Kota Surabaya tahun 1998, 1999 dan 2000

TA- HUN	JUMLAH SASARAN BUMIL	K1		K4		KESENJANGAN K1-K4	
		JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%
1998	1516	938	61,87	564	37,20	374	24,67
1999	1481	720	48,62	384	25,93	336	22,69
2000	1056	739	69,98	464	44,00	275	25,98

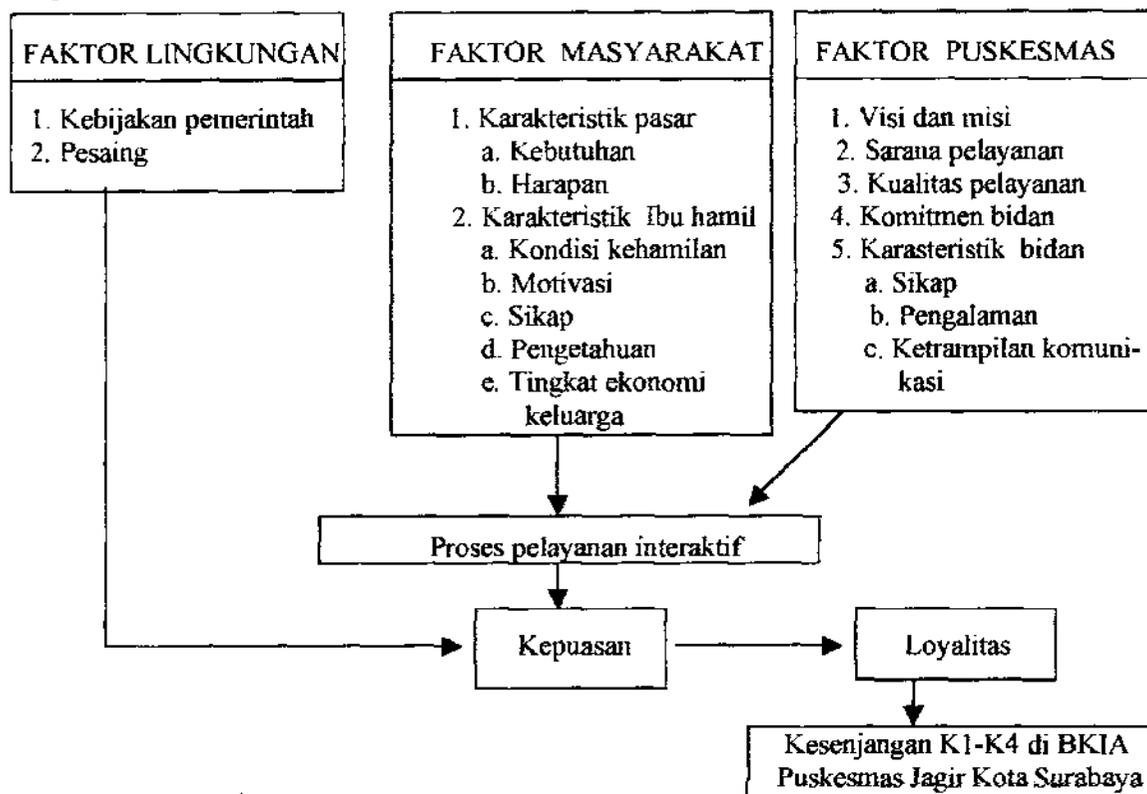
Sumber : Profil Kesehatan Kota Surabaya Tahun 1999 dan 2000 (diolah)

Cakupan akses pelayanan antenatal K1 di Puskesmas Jagir dan cakupan pelayanan antenatal lengkap K4 tahun 1999 dibandingkan dengan tahun 1998 mengalami penurunan, sedangkan tahun 2000 mengalami peningkatan. Kesenjangan K1-K4 dalam tiga tahun berturut-turut tetap tinggi.

Masalah yang terjadi di Puskesmas Jagir adalah terdapat kesenjangan antara K1 dan K4 yang tinggi setiap tahunnya pada tahun 1998, 1999 dan 2000.

1.2 Identifikasi Masalah

Faktor yang dapat mempengaruhi tingginya kesenjangan K1-K4 di Puskesmas Jagir Kota Surabaya dapat digolongkan berdasarkan faktor yang ada di Puskesmas, faktor yang ada di masyarakat dan faktor lingkungan seperti yang terlihat pada gambar 1.1. berikut ini.



Gambar 1.1 : Diagram Identifikasi Masalah

1.2.1 Faktor Puskesmas

1. Visi dan misi puskesmas.

Menurut Alibasah (2001) visi dan misi diperlukan untuk memfokuskan semua kegiatan organisasi, sehingga organisasi tersebut efektif. Visi adalah gambaran mengenai bagaimana sesuatu dapat atau harus terjadi di masa yang akan datang, suatu keadaan yang akan diwujudkan yang belum pernah dialami sebelumnya, sedangkan misi adalah jalan pilihan suatu organisasi untuk menyediakan produk atau jasa dalam jangkauan pasar dan apa yang diinginkan oleh organisasi. Apabila pelayanan antenatal yang disediakan di puskesmas Jagir mampu memenuhi kebutuhan dan harapan ibu hamil dan berakibat pada kepuasan pelanggan setelah pemeriksaan awal kehamilan, maka kemungkinan ibu hamil untuk memeriksakan ulang kehamilannya menjadi besar. Tentu saja hal ini akan mempengaruhi K4 dan kesenjangan K1-K4.

2. Sarana pelayanan.

Sarana pelayanan yang lengkap akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas. Menurut Budiarto (1996) perlu pembenahan fasilitas fisik, seperti gedung, alat, obat-obatan untuk meningkatkan citra Puskesmas. Ketersediaan obat dan alat yang berkaitan dengan keperluan ibu hamil akan mempengaruhi daya tarik mereka untuk memanfaatkan puskesmas. Kurang lengkapnya sarana tersebut akan mempengaruhi penilaian dan keinginan ibu hamil untuk memeriksakan ulang kehamilannya. Hal ini akan mengakibatkan K4 menurun yang selanjutnya akan meningkatkan kesenjangan K1-K4.

3. Kualitas pelayanan.

Hasil penelitian Wijanarko (2000) menunjukkan bahwa kualitas pelayanan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Ibu hamil yang tidak puas dengan pelayanan yang diberikan oleh puskesmas akan enggan untuk datang memeriksakan kembali kehamilannya ke Puskesmas, sehingga akan mempengaruhi K4 dan dengan sendirinya juga akan mempengaruhi kesenjangan K1- K4.

4. Komitmen bidan.

Apabila bidan mempunyai komitmen atau mempunyai rasa memiliki dan bertindak atas nama puskesmas, maka bidan tersebut akan memberikan pelayanan yang bermutu, apabila Ibu hamil puas terhadap pelayanan yang telah diberikan oleh bidan, maka Ibu hamil akan loyal, selanjutnya akan menambah K4. Dengan demikian akan mengurangi kesenjangan antara K1 dan K4.

5. Karakteristik bidan.

a. Sikap.

Penampilan seorang bidan yang tulus tercermin dari sikapnya yang sederhana, mau mendengarkan keluhan pasien tanpa bermaksud untuk melecehkannya atau mencemoohkannya. Sikap dari bidan yang tulus ini akan membantu meringankan beban Ibu hamil, sehingga Ibu hamil akan puas. Setelah puas akan menyebabkan loyalitas, yang akhirnya akan memperkecil kesenjangan antara K1-K4.

b. Pengalaman.

Pengalaman bidan dalam menjalankan tugasnya, akan sangat membantu dalam memberikan pelayanan antenatal kepada Ibu hamil, sehingga akan menyebabkan Ibu hamil puas, timbul loyalitas, selanjutnya dapat mengurangi kesenjangan K1-K4.

c. Ketrampilan komunikasi.

Ketrampilan bidan dalam berkomunikasi, menyebabkan petunjuk dan saran kepada Ibu hamil menjadi lebih jelas. Hal ini akan mengurangi keluhan Ibu hamil yang menyebabkan Ibu hamil puas, selanjutnya loyal dan akhirnya mengurangi kesenjangan K1-K4.

1.2.2 Faktor masyarakat

1. Karakteristik pasar

a. Kebutuhan.

Pelayanan antenatal yang diberikan kepada ibu hamil harus sesuai dengan kebutuhannya. Apabila ibu hamil merasa butuh untuk memeriksakan ulang kehamilannya tentu akan menambah cakupan pelayanan antenatal lengkap K4 dan akibatnya akan mempengaruhi kesenjangan K1-K4.

b. Harapan.

Tingkat kepuasan adalah fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Kalau kinerja sesuai dengan harapan, maka pelanggan akan merasa puas. Kalau kinerja di bawah harapan, pelanggan kecewa dan kalau kinerja melebihi harapan, pelanggan sangat puas, senang atau gembira (Kotler, 2000). Apabila harapan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya dapat terpenuhi,

mengakibatkan ibu hamil sangat puas, maka akan berakibat pada loyalitas. Selanjutnya akan mempengaruhi K4 dan kesenjangan K1-K4.

2. Karakteristik Ibu hamil

a. Kondisi kehamilan

Apabila kondisi ibu hamil sehat dan merasa telah cukup memeriksakan kehamilannya pada kunjungan pertama ke puskesmas dan tidak merasa bermasalah pada kondisi kehamilannya tersebut, maka ibu hamil tidak akan datang lagi memeriksakan diri, tentunya hal ini akan menurunkan K4 dan meningkatkan kesenjangan antara K1-K4.

b. Motivasi

Ibu hamil yang datang ke puskesmas ada yang mempunyai motivasi hanya untuk memastikan kehamilannya dan selanjutnya akan memeriksakan kehamilan berikutnya serta memilih persalinan di rumah sakit atau klinik. Ada pula yang dari awal sudah memutuskan memeriksakan kehamilan dan memutuskan persalinannya di puskesmas. Bahkan ada yang menganggap bahwa biaya pemeriksaan kehamilan ke puskesmas murah, jaraknya dekat dekan rumah. Hal ini yang akan memotivasi Ibu hamil untuk datang ke Puskesmas, sehingga akan mempengaruhi cakupan pelayanan antenatal lengkap K4 dan mempengaruhi kesenjangan K1-K4.

c. Sikap.

Menurut Sciffman dan Kanuk (2000) sikap adalah variabel terpenting yang dimanfaatkan di dalam studi perilaku. Sikap tidak sinonim dengan perilaku, tetapi sikap mendorong, menggerakkan ke arah perilaku tertentu. Sikap tersebut dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu. Pengalaman yang baik masa lalu dalam mendapatkan pelayanan

antenatal di Puskesmas akan menyebabkan ibu hamil datang memeriksakan kembali kehamilannya. Hal ini akan berpengaruh pada K4 dan kesenjangan K1-K4.

d. Pengetahuan.

Menurut Cicih (2000) tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu hamil mempengaruhi dalam pengambilan keputusan penggunaan fasilitas kesehatan. Ibu yang tingkat pendidikannya tinggi cenderung semakin memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinannya. Dengan pendidikan dan pengetahuan ibu hamil akan mengetahui bahwa pemeriksaan kehamilan adalah penting. Hasil penelitian Soeparmanto (1998) menunjukkan bahwa pengetahuan Ibu hamil mempengaruhi perilaku perawatan kehamilan, walaupun pengaruh itu relatif lemah.

Dengan semakin seringnya ibu hamil memeriksakan diri ke Puskesmas, maka semakin meningkatkan K4 dan selanjutnya akan mempengaruhi kesenjangan K1- K4.

f. Tingkat ekonomi keluarga.

Tingkat ekonomi akan mempengaruhi ibu hamil di dalam memilih fasilitas pelayanan kesehatan. Umumnya tingkat ekonomi lemah yang banyak menggunakan fasilitas puskesmas. Ada kesan bahwa puskesmas adalah sarana pelayanan kesehatan untuk masyarakat tingkat bawah (Suprpto, 1995). Ibu hamil segmen bawah dapat menjangkau pelayanan berulang-ulang di puskesmas, sehingga akan menambah K4 yang selanjutnya akan menurunkan kesenjangan K1-K4.

1.2.3 Faktor lingkungan

1. Kebijakan pemerintah.

Adanya kebijakan pemerintah, seperti upaya swadana puskesmas, dana pemerintah yang sangat terbatas, menyebabkan subsidi dari tahun ke tahun cenderung menurun menimbulkan pengaruh terhadap fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas agar tetap bertahan dan tidak merugi. Upaya tersebut dilaksanakan dengan meningkatkan kualitas pelayanan kepada ibu hamil yang diharapkan akan memuaskan ibu hamil dan berakhir dengan loyalitas.

2. Pesaing

Berdasarkan wilayahnya, puskesmas Jagir mempunyai beberapa pesaing dalam pelayanan antenatal, yaitu Rumah Sakit Dr.Ramelan (RSAL), Rumah Sakit Islam (RSI), maka Puskesmas Jagir harus semakin meningkatkan kualitas pelayanannya agar ibu hamil yang datang memeriksakan diri merasa puas dan selanjutnya akan berakibat pada loyalitas ibu hamil.

1.3 Pembatasan Masalah

Berhubung adanya keterbatasan waktu penelitian, maka perlu untuk membatasi masalah yang akan diteliti. Masalah penelitian difokuskan pada proses pelayanan interaktif.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan setelah mempelajari identifikasi masalah yang ada, maka rumusan masalah dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Bagaimana karakteristik ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya?

2. Bagaimana karakteristik bidan yang memberikan pelayanan antenatal kepada Ibu hamil di Puskesmas Jagir Kota Surabaya?
3. Bagaimana proses pelayanan interaktif di puskesmas Jagir Kota Surabaya?
4. Bagaimana kepuasan ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya?
5. Bagaimana upaya pemasaran interaktif pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan umum

Menyusun upaya pemasaran interaktif pelayanan antenatal di puskesmas Jagir Kota Surabaya.

1.5.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.
2. Mengidentifikasi karakteristik bidan yang memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.
3. Mengidentifikasi proses pelayanan interaktif di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.
4. Mengidentifikasi kepuasan ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.
5. Menyusun upaya pemasaran interaktif pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Bagi manajemen puskesmas

Hasil penelitian ini digunakan sebagai rekomendasi untuk melaksanakan upaya pemasaran interaktif pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

1.6.2 Bagi institusi pendidikan

Untuk mengetahui dan menilai sejauh mana proses belajar mengajar dapat diterapkan di Puskesmas.

1.6.3 Bagi peneliti

Sebagai sarana untuk menerapkan ilmu pengetahuan, khususnya Ilmu Manajemen Pemasaran selama mengikuti pendidikan Program Studi Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Minat Studi Manajemen Pemasaran dan Keuangan Pelayanan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga.



BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

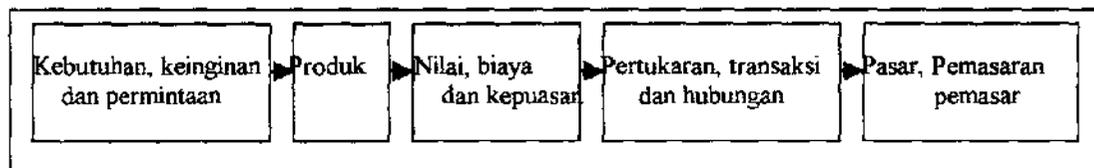
2.1 Pemasaran

2.1.1 Teori dasar pemasaran

Pada dasarnya pemasaran adalah kegiatan manusia yang diarahkan pada usaha untuk memuaskan keinginan dan kebutuhan melalui proses pertukaran (Swastha, 1996).

Berdasarkan Supriyanto (1999) pemasaran adalah konsep tentang bagaimana suatu organisasi dapat mengembangkan kegiatan tukar menukar yang saling menguntungkan dengan khalayak konsumen yang menjadi sasarannya. Sedangkan Kotler (1999) berpendapat pemasaran adalah suatu proses sosial dan manajerial di mana individu dan kelompok mendapatkan apa yang mereka butuhkan dan inginkan dengan menciptakan, menawarkan, dan mempertukarkan produk yang bernilai satu sama lain.

Menurut Kotler (1999) definisi pemasaran tersebut bersandarkan pada konsep inti kebutuhan, keinginan dan permintaan; produk nilai, biaya dan kepuasan; pertukaran, transaksi dan hubungan; pasar dan pemasaran serta pemasar. Hal tersebut dapat dilihat pada Gambar 2.1.



Sumber: Manajemen Pemasaran di Indonesia: Analisis, Perencanaan, Implementasi, dan Pengendalian. Edisi Pertama. Oleh Philip Kotler dan A.B.Susanto (1999). Halaman 11.

Gambar 2.1 Konsep Inti Pemasaran

1. Kebutuhan (*need*), keinginan (*want*), dan permintaan (*demand*)

Dasar pemikiran pemasaran di mulai dari kebutuhan (*need*) dan keinginan (*want*) manusia. Adalah penting untuk membedakan kebutuhan (*need*), keinginan (*want*) dan permintaan (*demand*). Manusia membutuhkan makanan, udara, air pakaian, keamanan, hak milik, tempat berlindung, dan harga diri. Kebutuhan ini tidak diciptakan oleh masyarakat atau pemasar, tetapi merupakan hakekat biologis dan kondisi manusia. Di bidang kesehatan, kebutuhan menurut Reinke (1988) adalah gejala penyimpangan biologis. Sedangkan menurut Donabedian (1979) kebutuhan adalah gangguan kesehatan atau gangguan terhadap hidup sempurna, atau pernyataan sehat atau sakit.

Keinginan adalah hasrat akan pemuas kebutuhan yang spesifik, seperti keinginan untuk rekreasi, pendidikan, kesehatan, dan jasa lainnya. Pada dasarnya kebutuhan manusia sedikit, tetapi keinginan mereka banyak. Keinginan manusia terus dibentuk dan diperbarui oleh banyak kekuatan.

Permintaan adalah keinginan akan produk spesifik yang didukung oleh kemampuan dan kesediaan untuk membelinya. Keinginan menjadi permintaan bila didukung oleh daya beli. Banyak yang menginginkan Mercedes, namun hanya sedikit yang mampu dan bersedia membelinya. Pendapat Reinke (1988), menyatakan bahwa permintaan merupakan keinginan yang hendak dilakukan oleh orang yang rela untuk mengorbankan waktu, uang, dan barang sebagai penukar barang atau jasa yang diberikan.

2. Produk

Manusia memuaskan kebutuhan dan keinginan dengan produk. Produk adalah segala sesuatu yang dapat ditawarkan untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan. Produk dapat dibedakan menjadi tiga jenis: barang fisik, jasa, dan gagasan. Pelayanan antenatal yang diberikan oleh provider di puskesmas kepada ibu hamil yang datang memeriksakan kehamilannya adalah merupakan pelayanan jasa.

3. Nilai, biaya dan kepuasan

Nilai (*value*) adalah perkiraan konsumen tentang kemampuan total suatu produk untuk memenuhi kebutuhannya. Contoh konsep nilai adalah seseorang membutuhkan sepuluh kilometer perjalanan ke tempat kerjanya setiap hari, ia dapat memilih sejumlah produk untuk memuaskan kebutuhan ini, misalnya sepeda, sepeda motor, mobil, atau taksi yang disebut dengan kumpulan pilihan produk (*product choice set*). Masing-masing produk tersebut mempunyai kemampuan yang berbeda, sepeda lebih lambat, kurang aman, butuh banyak tenaga dari pada mobil, namun sepeda lebih ekonomis. Bagaimanapun juga orang tersebut harus memutuskan produk mana yang akan memberikan kepuasan total yang terbesar. Dia harus mempertimbangkan nilai dan harga suatu produk sebelum menentukan pilihan. Dia akan memilih produk yang memberikan nilai tertinggi untuk harganya. Pada akhirnya *value* merupakan konsep penuntun untuk memilih produk atau jasa mana yang memberikan kepuasan.

4. Pertukaran, transaksi dan hubungan

Orang dapat memperoleh produk melalui empat cara. Cara pertama dengan memproduksi sendiri, misalnya orang dapat menghilangkan lapar dengan berburu,

memancing atau memetik buah. Dalam hal ini tidak ada pasar dan pemasaran. Cara kedua adalah dengan memaksa, misalnya orang yang lapar dapat merebut atau mencuri makanan dari orang lain. Tidak ada manfaat yang diberikan pada pihak lain kecuali tidak diciderai. Cara ketiga adalah meminta-minta, misalnya orang yang lapar dapat mendekati orang lain dan mengemis makanan. Mereka tidak memiliki benda untuk ditawarkan kecuali rasa terima kasih. Cara keempat adalah pertukaran (*exchange*), misalnya orang yang lapar dapat menawarkan sebuah sumber daya sebagai imbalan atas makanan, seperti uang, barang, atau jasa. Pemasaran muncul pada saat orang memutuskan untuk memenuhi kebutuhan dan keinginannya melalui pertukaran (Kotler, 1997). Pertukaran adalah tindakan memperoleh barang yang dikehendaki dari seseorang dengan menawarkan sesuatu sebagai imbalan. Terdapat lima kondisi yang harus terpenuhi agar pertukaran dapat terjadi:

- a. Terdapat sedikitnya dua pihak.
- b. Masing-masing pihak memiliki sesuatu yang mungkin berharga bagi pihak lain.
- c. Masing-masing pihak mampu berkomunikasi dan melakukan penyerahan.
- d. Masing-masing pihak bebas menerima atau menolak tawaran pertukaran.
- e. Masing-masing pihak yakin bahwa berunding dengan pihak lain adalah layak dan bermanfaat.

Transaksi adalah perdagangan nilai antara dua pihak atau lebih. Transaksi melibatkan beberapa aspek: sekurang-kurangnya dua benda yang bernilai, persyaratan yang disetujui, waktu persetujuan, dan tempat persetujuan. Biasanya sistem hukum dipakai untuk memperkuat dan memaksa agar pihak yang bertransaksi mematuhi. Tanpa adanya hukum perjanjian, maka orang akan

memandang transaksi dengan kecurigaan, dan semua pihak akan rugi. Contoh transaksi adalah seorang pasien memberikan imbalan kepada dokter yang telah memeriksa kesehatannya.

Pemasar yang baik akan membangun hubungan jangka panjang, sama-sama menang, saling mempercayai dan saling menguntungkan dengan pelanggan, penyalur, dealer, dan pemasok mereka yang berharga. Hasil pemasaran hubungan yang utama adalah pengembangan asset untuk perusahaan yang disebut jaringan pemasaran. Jaringan pemasaran terdiri dari perusahaan dan semua pihak pendukung yang berkepentingan, seperti pelanggan, pekerja, pemasok, penyalur, pengecer, agen iklan, ilmuwan universitas, dan pihak lain yang bersama-sama dengan perusahaan telah membangun hubungan bisnis yang saling menguntungkan.

5. Pasar

Konsep pertukaran akan mengarah pada konsep pasar. Sedangkan pasar terdiri dari semua pelanggan potensial yang memiliki kebutuhan dan keinginan tertentu yang sama, yang mungkin bersedia dan mampu melaksanakan pertukaran untuk memuaskan kebutuhan dan keinginan itu. Dengan demikian, ukuran pasar bergantung pada jumlah orang yang menunjukkan kebutuhan dan keinginan, memiliki sumber daya menarik pihak lain, serta bersedia dan mampu menawarkan sumber daya ini untuk ditukar dengan apa yang mereka inginkan.

Semula, sebuah pasar adalah tempat di mana pembeli dan penjual berkumpul untuk mempertukarkan barang mereka. Namun berdasarkan perkembangan waktu dan era, maka akhirnya pemasar memandang penjual sebagai industri dan pembeli sebagai pasar (Kotler, 1997).

6. Pemasaran dan pemasar

Pemasaran adalah kegiatan manusia dalam hubungannya dengan pasar, maksudnya bekerja dengan pasar untuk mewujudkan transaksi yang mungkin terjadi dalam memenuhi kebutuhan dan keinginan manusia.

Pemasar adalah seseorang yang mencari satu atau lebih calon pembeli yang akan terlibat dalam pertukaran nilai (*value*). Pemasar dapat bertindak sebagai pembeli atau penjual. Misalnya beberapa orang ingin membeli sebuah rumah yang baru saja akan dijual. Masing-masing calon pembeli tersebut sesungguhnya sedang melakukan pemasaran. Sedangkan calon pembeli adalah seseorang yang diidentifikasi oleh pemasar sebagai orang yang mungkin bersedia dan mampu terlibat dalam pertukaran nilai (Kotler, 1997).

Berdasarkan Kotler (1994), pertukaran merupakan titik pusat kegiatan pemasaran di mana seseorang berusaha menawarkan sejumlah nilai kepada orang lain. Dengan adanya pertukaran, berbagai macam kelompok sosial seperti individu, kelompok kecil, organisasi, dan kelompok masyarakat lain dapat terpenuhi kebutuhannya (Swastha, 1996).

Rangkuti (1997), menyatakan bahwa pemasaran adalah suatu proses kegiatan yang dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial, budaya, politik, ekonomi dan manajerial. Akibat dari pengaruh berbagai faktor tersebut adalah masing-masing individu maupun kelompok mendapatkan kebutuhan dan keinginan dengan menciptakan, menawarkan, dan menukarkan produk yang memiliki nilai komoditas.

Di sini timbul suatu anggapan bahwa pemasaran merupakan suatu proses yang memberikan jawaban atas kebutuhan dan keinginan seseorang. Dengan demikian

hampir semua orang, baik secara langsung maupun tidak langsung ikut berkecimpung dalam pemasaran. Hal ini disebabkan karena mereka mempunyai keinginan dan kebutuhan.

2.1.2 Wawasan perusahaan terhadap pasar

Ada 5 (lima) konsep pemasaran yang mendasari cara organisasi melakukan kegiatan pemasarannya, yaitu:

1. Konsep berwawasan produksi.

Pendapat konsep berwawasan produksi ini adalah konsumen akan memilih produk yang mudah didapat dan murah harganya dan manajer organisasi yang berwawasan produksi memusatkan perhatiannya untuk mencapai efisiensi produksi yang tinggi serta cakupan distribusi yang luas.

2. Konsep berwawasan produk.

Konsep ini berpendapat bahwa konsumen akan memilih produk yang menawarkan mutu, kinerja terbaik, atau hal-hal inovatif lainnya dan manajer dalam organisasi memusatkan perhatian untuk membuat produk yang lebih baik dan terus menyempurnakannya.

3. Konsep berwawasan menjual.

Konsep ini berpendapat bahwa kalau konsumen dibiarkan saja, konsumen tidak akan membeli produk dalam jumlah besar. Untuk itu harus dilakukan usaha penjualan dan promosi besar-besaran.

Konsep berwawasan menjual :

- a. Memandang mulai dari dalam ke luar

Mulai dari pabrik, memusatkan perhatian pada produk yang ada dan membutuhkan penjualan serta promosi besar-besaran untuk menghasilkan penjualan yang menguntungkan.

- b. Memusatkan perhatian pada kebutuhan penjual.
- c. Terutama mementingkan kebutuhan penjual untuk menukar produknya menjadi uang tunai.

4. Konsep berwawasan pemasaran.

Kunci untuk mencapai tujuan organisasi terdiri dari penentuan kebutuhan dan keinginan pasar sasaran serta memberikan kepuasan yang diinginkan secara lebih efektif dan efisien daripada saingannya.

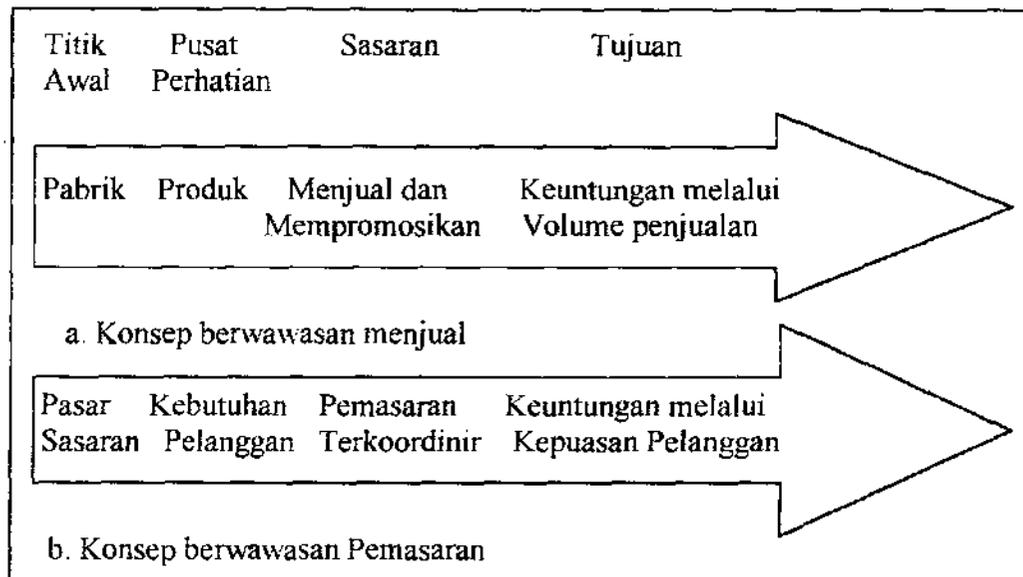
Konsep berwawasan pemasaran :

- a. Memandang mulai dari luar ke dalam.

Mulai dari pasar yang didefinisikan dengan baik, memusatkan perhatian pada kebutuhan pelanggan. mengkoordinir semua kegiatan yang bersangkutan dengan pelanggan serta menghasilkan keuntungan mulai kepuasan pelanggan. Jadi konsep ini bersandar pada 4 (empat) pilar utama yaitu sasaran, kebutuhan pelanggan, pemasaran yang terkoordinir serta keuntungan.

- b. Memusatkan perhatian pada kebutuhan pembeli. Mementingkan gagasan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan dengan produk dan segala yang berkaitan dengan menciptakan, memberikan serta akhirnya menggunakan produk itu.

Perbedaan konsep tersebut dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut ini.



Sumber: Manajemen Pemasaran di Indonesia: Analisis, Perencanaan, Implementasi, dan Pengendalian. Edisi Pertama. Oleh Philip Kotler dan A.B.Susanto (1999). Halaman 26.

Gambar 2.2: Perbandingan konsep berwawasan menjual dan konsep berwawasan pemasaran

5. Konsep berwawasan pemasaran bermasyarakat

Konsep berwawasan pemasaran bermasyarakat ini menganggap bahwa tugas perusahaan adalah menentukan kebutuhan, keinginan dan kepentingan pasar sasaran dan memenuhinya dengan lebih efektif serta lebih efisien daripada saingannya dengan cara mempertahankan atau meningkatkan kesejahteraan konsumen dan masyarakat.

2.1.3 Unsur utama pemasaran

Rangkuti (1997) menyatakan bahwa unsur utama pemasaran dapat diklarifikasikan menjadi 3 (tiga), yaitu:

1. Unsur Strategi Persaingan

Unsur strategi persaingan dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yaitu:

a. Segmentasi pasar

Segmentasi pasar adalah tindakan mengidentifikasi dan membentuk kelompok pembeli atau konsumen secara terpisah. Masing-masing segmen konsumen ini memiliki karakteristik, kebutuhan produk, dan bauran pemasaran tersendiri.

b. *Targeting*

Targeting adalah tindakan memilih satu atau lebih segmen pasar yang akan dimasuki.

c. *Positioning*

Positioning adalah penetapan posisi pasar. Tujuan *positioning* ini adalah untuk membangun dan mengkonsumsikan keunggulan bersaing produk yang ada di pasar ke dalam benak konsumen.

2. Unsur Taktik Pemasaran

Terdapat dua unsur taktik pemasaran, yaitu:

a. Diferensiasi

Diferensiasi berkaitan dengan cara membangun strategi pemasaran dalam berbagai aspek di perusahaan. Kegiatan membangun strategi pemasaran inilah yang membedakan diferensiasi yang dilakukan suatu perusahaan dengan yang dilakukan oleh perusahaan lain.

b. Bauran pemasaran

Bauran pemasaran berkaitan dengan beberapa kegiatan mengenai produk, harga, promosi, dan tempat.

3. Unsur Nilai Pemasaran

Nilai pemasaran dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

a. Merek atau *brand*

Merupakan nilai yang berkaitan dengan nama atau nilai yang dimiliki dan melekat pada suatu perusahaan. Sebaiknya perusahaan senantiasa berusaha meningkatkan *brand equity*-nya.

Cara mengelola ekuitas merek (*brand equity*) ada lima, yaitu:

1. *Brand loyalty*, dapat dikelola dengan cara, menciptakan tingkat pembelian kembali, menciptakan daya tarik kepada konsumen (perhatian dan melibatkan konsumen serta pelayanan secara terus-menerus), memberikan respon terhadap pesaing yang mengancam, serta berusaha untuk mengoptimalkan biaya pemasaran.
2. *Brand awareness*, dapat dikelola dengan cara mengingatkan secara terus-menerus manfaat produk terhadap konsumen.
3. Persepsi mengenai kualitas, dapat dikelola dengan cara menerapkan strategi diferensiasi, strategi harga, melibatkan kelompok konsumen yang sama dan menjaga kualitas produk sehingga sesuai dengan harapan konsumen.
4. *Brand associations*, dapat dikelola dengan cara menciptakan perasaan dan perilaku positif terhadap merek secara terus-menerus.
5. *Brand assets*, dapat dikelola dengan cara menciptakan perasaan dan perilaku positif terhadap merek secara terus-menerus.

Jika *brand equity* ini dapat dikelola dengan baik, perusahaan yang bersangkutan setidaknya mendapat dua hal. Pertama, para konsumen akan menerima nilai produknya. Mereka dapat merasakan semua manfaat yang diperoleh dari produk

yang mereka beli dan merasa puas karena produk itu sesuai dengan harapan mereka.

Kedua, perusahaan itu sendiri memperoleh keuntungan, keunggulan bersaing, dan efisiensi serta efektivitas kerja khususnya pada program pemasarannya.

b. Pelayanan atau *service*, yaitu nilai yang berkaitan dengan pemberian jasa pelayanan kepada konsumen. Kualitas pelayanan kepada konsumen ini perlu terus-menerus ditingkatkan.

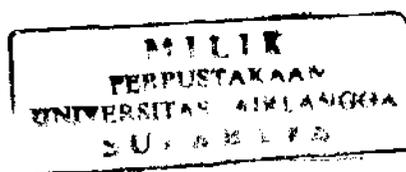
c. Proses, yaitu nilai yang berkaitan dengan prinsip perusahaan untuk membuat setiap karyawan terlibat dan memiliki rasa tanggung jawab dalam proses memuaskan konsumen, baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

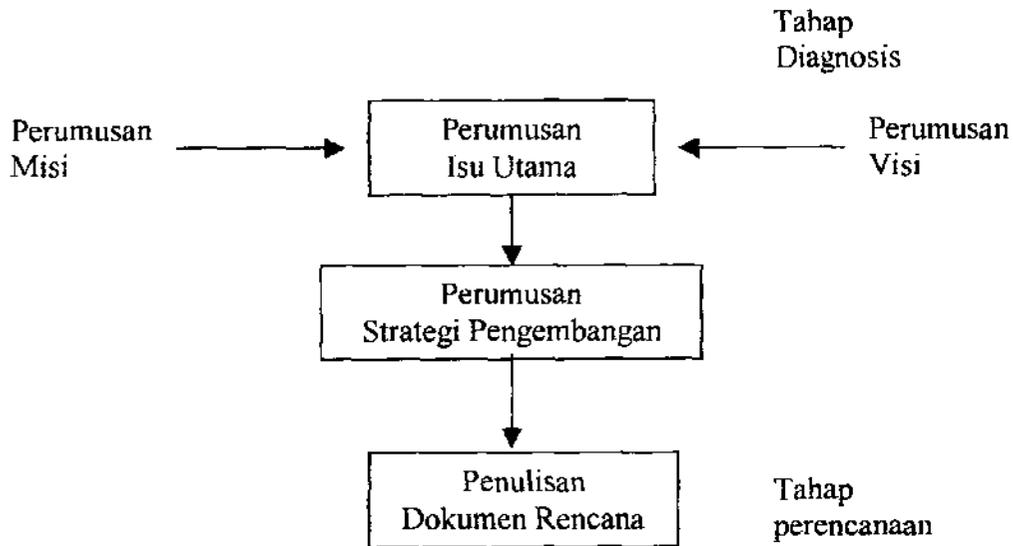
2.1.4 Perencanaan strategi pemasaran

Hampir semua organisasi yang canggih dalam semua bidang industri makin banyak yang berpaling ke perencanaan strategik sebagai teori sistematis yang penting untuk beradaptasi dengan perubahan. Artinya, bahwa perencanaan strategis merupakan suatu proses manajerial untuk mengembangkan dan memelihara suatu arah strategis yang menyelaraskan tujuan organisasi dan berbagai sumberdayanya sehubungan dengan peluang pemasaran yang selalu berubah.

Menurut Rangkti (1997) tujuan utama perencanaan strategis adalah agar perusahaan dapat melihat secara objektif kondisi internal dan eksternal, sehingga perusahaan dapat mengantisipasi perubahan lingkungan eksternal. Sehingga perencanaan strategis penting untuk memperoleh keunggulan bersaing dan memiliki produk yang sesuai dengan keinginan konsumen dengan dukungan yang optimal dari sumber daya yang ada.

Langkah penyusunan rencana strategi secara ringkas dapat dilihat pada Gambar 2.3 sebagai berikut (Supriyanto, 1997)





Sumber: Supriyanto, S. (1997) Manajemen Pemasaran Rumah Sakit

Gambar 2.3 : Tahap Perumusan Rencana Strategi

Pada tahap diagnosis dilakukan kajian lingkungan internal yang berupa analisis kekuatan dan kelemahan perusahaan dan kajian lingkungan eksternal yang merupakan analisis peluang dan ancaman. Pada analisis eksternal dapat dikelompokkan dalam empat bagian, yaitu:

1. *Customer analysis: segments, motivation, unmet demand.*
2. *Competitive analysis: identity, strategic groups, performance, objectives, strategic, culture, cost structure, strength, dan weakness.*
3. *Industry analysis: size, projected growth, industry structure, entry barriers, cost structure, distribution system, trends, dan key success factors.*
4. *Environmental analysis: technological, governmental, economic, cultural, demographic, scenarios, information need areas.*

Langkah selanjutnya adalah tahap perencanaan yang mengambil masukan dari tahap diagnosis dan berdasarkan pada visi dan misi perusahaan untuk merumuskan isi

utama sebagai dasar perumusan strategi pengembangan dan perencanaan tersebut didokumentasikan, langkah berikutnya adalah tahap pelaksanaan dan evaluasi.

Di samping itu, menurut Stanton (1993) dan Rangkuti (1997) menyatakan bahwa upaya pemasaran sebuah organisasi kemungkinan besar dapat berhasil jika perusahaan mendayagunakan perencanaan strategi pemasaran. Perencanaan pemasaran harus dibuat di dalam lingkup perencanaan menyeluruh yang strategis dari sebuah organisasi.

Proses perencanaan strategi pemasaran terdiri atas beberapa langkah, adalah sebagai berikut:

1. Melaksanakan analisis situasi.

Langkah ini mencakup analisis situasi perusahaan yang sedang terjadi (pasar, persaingan, produk, distribusi, dan promosi). Analisis kesempatan pemasaran perusahaan di masa yang akan datang dan ini harus sesuai dengan misi perusahaan yang sudah ditetapkan sebelumnya. Selain itu juga dipengaruhi lingkungan ekstern dan sumber daya non pemasaran perusahaan.

2. Menentukan tujuan pemasaran.

3. Menseleksi dan analisis target pasar

4. Merancang dan mengembangkan bauran pemasaran yang memungkinkan organisasi memuaskan target pasarnya dan mencapai tujuan pemasarannya.

Menurut Kotler (1994) menyatakan bahwa proses manajemen pemasaran adalah sebagai berikut:

1. Menganalisis kesempatan pasar.

2. Memilih pasar sasaran.

3. Menciptakan bauran pemasaran.
4. Mengelola usaha pemasaran seperti strategi, perencanaan dan pengendalian

2.1.5 Pemasaran berfokus pelanggan

Pemasaran berfokus pelanggan dikelompokkan dalam tiga layanan seperti yang dilihat, yaitu : Pemasaran eksternal, pemasaran internal dan pemasaran interaktif.

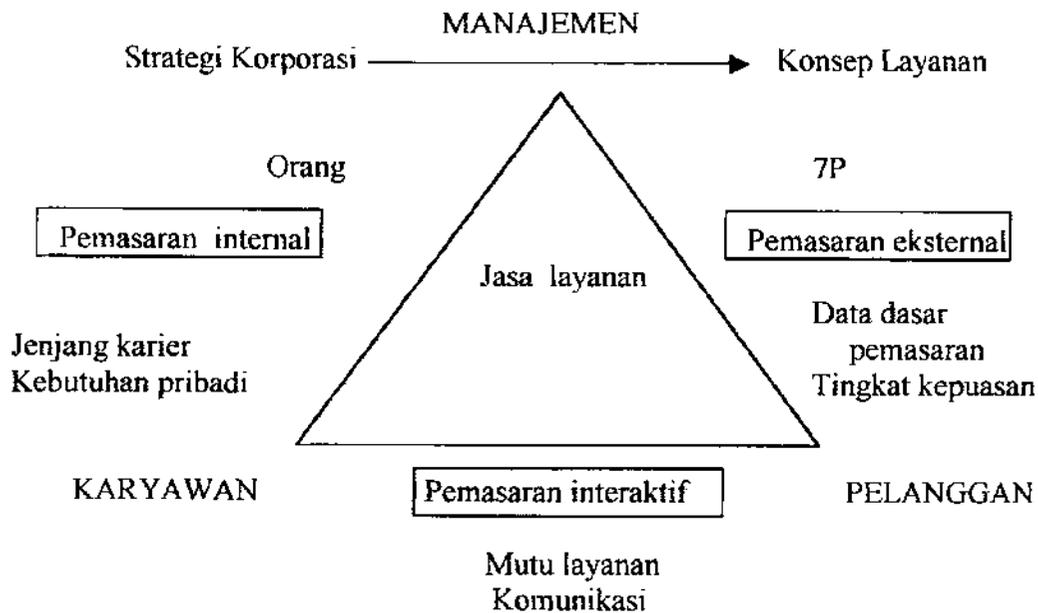
1. Pemasaran internal (*Internal marketing*).

Sebelum layanan dipasarkan kepada pelanggan, konsep layanan harus dipasarkan dahulu kepada para karyawan. Ini dimaksudkan agar para karyawan tertarik untuk turut memberikan kontribusi maksimal dalam memasarkan layanan kepada pelanggan. Faktor kunci keberhasilan pemasaran ini terletak pada pengelolaan manusia yang memberikan layanan (*people*) atau manajemen sumber daya manusia.

Dua aspek penting dalam pemasaran internal, yaitu pertama *attitude management* yang berarti pengelolaan sikap dan motivasi karyawan untuk mementingkan kebutuhan pelanggan dan penghayatannya terhadap konsep layanan, ke dua adalah *communications management* berarti pengelolaan informasi dan komunikasi dalam usaha layanan.

Organisasi usaha layanan harus diawali dengan suatu komitmen yang kemudian ditanamkan menjadi suatu budaya perusahaan (*corporate culture*). Akan sangat baik jadinya apabila suatu usaha layanan menanamkan budaya yang bersifat budaya layanan (*service culture*).

Model pemasaran jasa dapat dilihat pada Gambar 2.4 berikut ini :



Sumber: Pemasaran interaktif, Supriyanto (2000), hal. 1

Gambar 2.4 : Model pemasaran jasa

2. Pemasaran eksternal (*External marketing*).

Langkah awal dalam pemasaran eksternal adalah segmentasi pasar, yaitu suatu tindakan membagi pasar menjadi kelompok yang lebih kecil. Variabel utama segmentasi pasar adalah segmentasi yang didasarkan pada aspek geografis, demografis, psikografis dan perilaku. Langkah yang kedua adalah melakukan penentuan target pasar, yaitu tindakan mengevaluasi dan memilih satu segmen pasar atau lebih untuk dilayani. Selanjutnya, dilakukan penentuan posisi pasar, yaitu suatu cara membentuk persepsi konsumen terhadap manfaat barang atau jasa. Setelah langkah tersebut dilakukan, selanjutnya adalah pengembangan bauran pemasaran yang diperlukan pengembangan *data base (data base development)* yang berisi *customer base profile, character for retention effort* dan *satisfactory rate*. Dalam *marketing data base*, hal yang perlu diperhatikan misalnya *recency*, yaitu

kan pelanggan membeli jasa dalam periode waktu tertentu dan *monetary*, yaitu seberapa besar bayaran yang dikeluarkan oleh pelanggan untuk membeli jasa yang terakhir.

3. Pemasaran interaktif (*interactive marketing*).

Pada pemasaran interaktif terjadi kontak antara pihak perusahaan dan konsumen. Pada titik kritis ini karyawan perusahaan mendapatkan kesempatan untuk menunjukkan kualitas layanannya dan mendapat peluang untuk mengembangkan kualitas layanannya kepada para pelanggan. Sasaran pemasaran interaktif adalah untuk memastikan apakah fungsi, kualitas dan janji layanan yang ditawarkan perusahaan kepada pelanggan dapat dipenuhi oleh karyawan perusahaan yang bersangkutan.

Menurut Purnama (2001) faktor penentu yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menilai kualitas, yaitu:

1. *Tangibles*: penampilan fisik layanan, contohnya adalah gedung, peralatan, perlengkapan, dan sebagainya.
2. *Empathy*: kesediaan dan keinginan untuk melayani secara ramah, hangat dan bersahabat.
3. *Responsiveness*: kesediaan dan kesiapan karyawan untuk memberi layanan.
4. *Assurance*: patut dipercaya, dapat dipercaya, jujur dan menarik hati konsumen.
5. *Reliability*: Konsistensi dalam performa dan dapat dipercaya.

Berdasarkan Parasuraman, et al., (1985) dalam Yazid (1999) evaluasi kepuasan terhadap produk, jasa yang bersifat *intangibile*, konsumen umumnya menggunakan beberapa atribut atau faktor berikut :

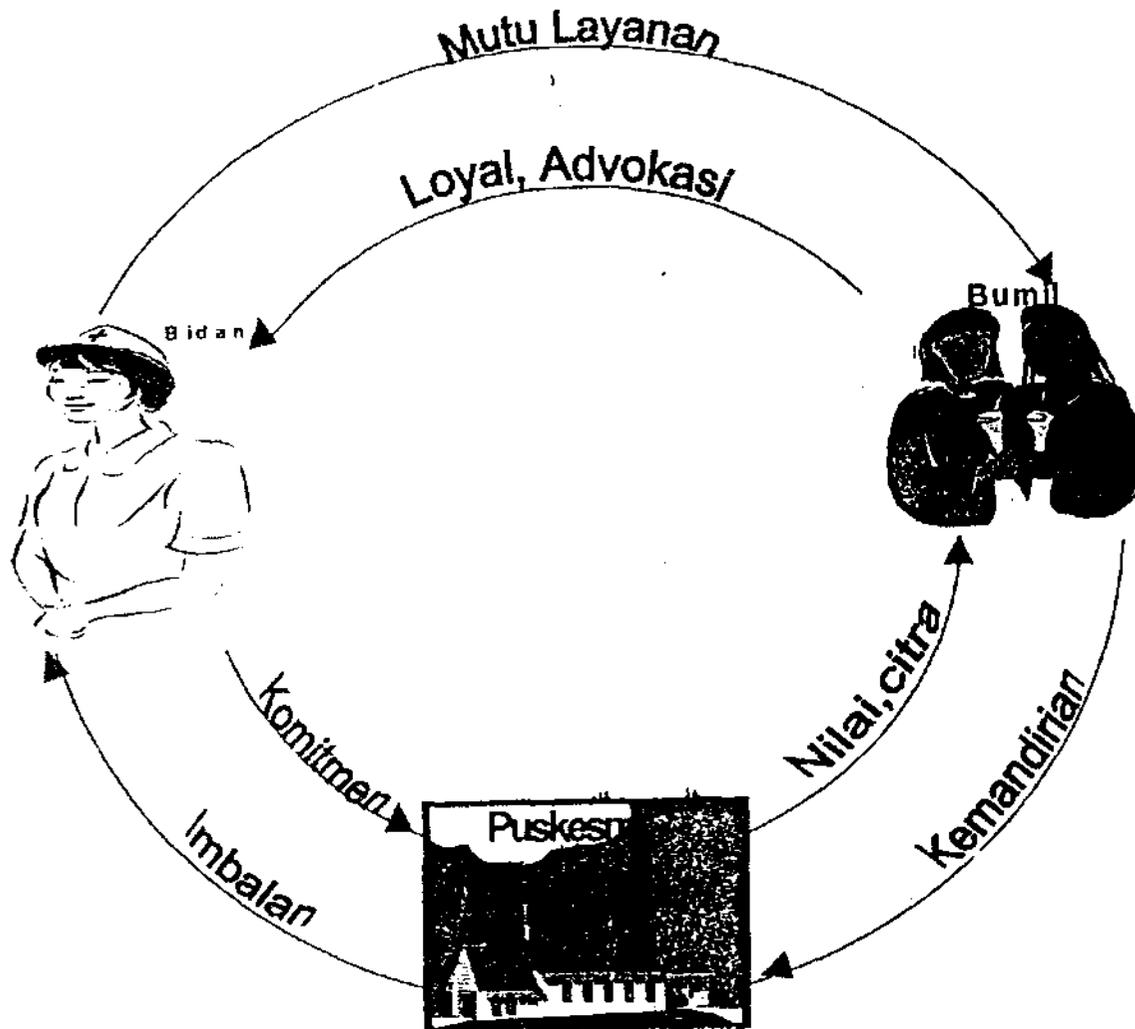
1. Bukti langsung (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.
2. Keandalan (*reliability*), yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.
3. Daya tanggap (*responsivness*), yaitu keinginan para staf dan karyawan untuk membantu para pelanggan dan meberikan pelayanan dengan tanggap.
4. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keraguan.
5. Empati, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Dalam pemasaran interaktif, selain membangun kualitas layanan, perusahaan harus membuat konsumen merasa bahwa mereka penting. Untuk menciptakan perasaan tersebut dalam diri konsumen, diperlukan manajemen kapasitas dan permintaan yang dikenal dengan sebutan *yield management*. Perusahaan layanan sedapat mungkin mengembangkan layanan yang dirasakan konsumen sebagai perlakuan khusus atau individual. Manajemen permintaan dapat dilakukan dengan cara mengembangkan layanan pelengkap, mengembangkan sistem reservasi, membatasi permintaan dengan penjadwalan atau antrean, memberikan harga murah saat sepi dan menaikkan harga saat ramai, dan sebagainya. Manajemen kapasitas dapat dilakukan dengan cara penjadwalan *shift* karyawan, menggunakan karyawan *part-time*, karyawan *multi skilled*, mengajak konsumen berpartisipasi dan sebagainya.

Inti dari pemasaran interaktif adalah komunikasi. Komunikasi bisa terjadi antara manajer dengan pelanggan, manajer dengan karyawan dan karyawan dengan pelanggan. Pemasaran interaktif lebih banyak membahas komunikasi inetraktif saat terjadi kontak pelanggan dengan orang pihak rumah sakit atau puskesmas.

Puskesmas memberikan imbalan pada Bidan dan memberikan nilai lebih pada Ibu hamil dengan harapan Bidan lebih komitmen (merasakan memiliki puskesmas dan bertindak atas nama Puskesmas), sedangkan Ibu hamil akan memberikan energi bagi kehidupan Puskesmas.

Bidan memberikan nilai bermutu dan terpadu pada Ibu hamil dan komitmen pada Puskesmas dengan harapan Ibu hamil akan loyal dan menjadi advokator (orang yang membela kita dan senang merujuk bila ada orang lain yang membutuhkan layanan kita) pada masyarakat lain untuk datang ke Puskesmas dengan memanfaatkan Bidan. Ibu hamil akan loyal dan bersedia menjadi advokator apabila Bidan dan Puskesmas memenuhi harapan dan memberikan pelayanan yang bermutu yang memuaskan. Model layanan interaktif puskesmas dapat dilihat pada Gambar 2.5 berikut ini :



Sumber Pemasaran interaktif. Bahan Kuliah. Universitas Airlangga, Supriyanto, 2000, Hal.2

Gambar 2.5 : Model layanan interaktif puskesmas

2.1.6 Kepuasan dan loyalitas pelanggan

Menurut Supriyanto (2001) ada lima kategori konsumen, yaitu:

1. Prospek.

Masyarakat yang tahu tentang keberadaan tempat pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, klinik, dokter keluarga).

2. Pelanggan potensial.

Masyarakat yang pernah berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan, tetapi belum memanfaatkan, contoh: pengantar pasien.

3. Pelanggan.

Masyarakat yang pernah menggunakan tempat pelayanan kesehatan, umumnya pengguna pertama kali.

4. Pasien loyal.

Masyarakat yang telah berulang kali menggunakan tempat pelayanan kesehatan yang sama, dengan penyakit yang sama atau berbeda.

5. Penganjur (advokasi).

Pasien yang mau membela kita dan mau menganjurkan orang lain (bila sakit) untuk menggunakan tempat pelayanan kesehatan.

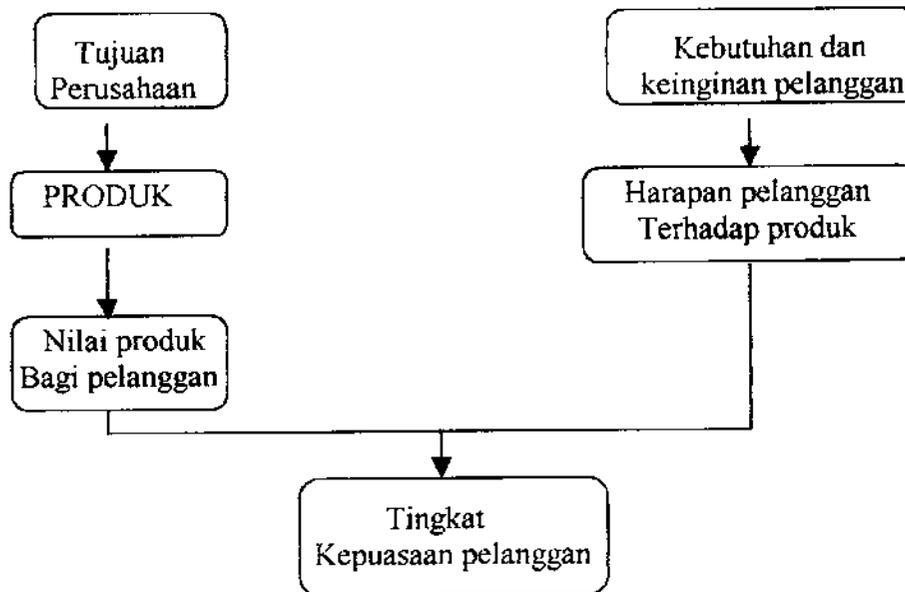
Wikkie (1990) dalam Kotler, et al.(1996) mendefinisikan kepuasan sebagai suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa.

Pendapat Engel, et al.(1990) dalam Kotler, et al.(1996) menyatakan kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli di mana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil (*outcome*) tidak memenuhi harapan. Menurut Kotler, et al. (1996) kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang ia rasakan dibandingkan dengan harapannya.

Menurut Tse dan Wilton (1998) dalam Tjiptono,F (1997) kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidak sesuaian

(*disconfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja akhir produk yang dirasakan setelah pemakaiannya.

Dari berbagai definisi dapat ditarik kesimpulan bahwa pada dasarnya kepuasan pelanggan mencakup perbedaan antara harapan dan kinerja atau hasil yang dirasakan. Konsep kepuasan pelanggan dapat lihat pada Gambar 2.6 berikut ini.



Sumber : Tjiptono, F (1997). Strategi Pemasaran. Penerbit Andi. Yogyakarta. Hal.25

Gambar 2.6 : Konsep Kepuasan Pelanggan

Menurut Schnaars (1991) dalam Tjiptono, F (1997) pada dasarnya tujuan dari suatu bisnis adalah untuk menciptakan para pelanggan yang merasa puas. Terciptanya kepuasan pelanggan dapat memberikan beberapa manfaat, diantaranya hubungan antara perusahaan dan pelanggannya menjadi harmonis, memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang dan terciptanya loyalitas pelanggan dan membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut (*word-of-mouth*) yang menguntungkan bagi perusahaan.

Merupakan tantangan bagi perusahaan untuk membangun suatu kebudayaan, sehingga semua orang dalam perusahaan bertujuan menyenangkan pelanggan.

Sekarang, perusahaan atau organisasi menyadari pentingnya mempertahankan pelanggan yang ada dengan cara memuaskan pelanggannya. Pada dasarnya penjualan suatu perusahaan berasal dari dua kelompok: pelanggan baru dan pelanggan ulang. Selalu lebih mahal mendapatkan pelanggan baru daripada mempertahankan pelanggan yang ada. Jadi mempertahankan pelanggan lebih penting daripada menarik pelanggan. Kunci mempertahankan pelanggan adalah kepuasan pelanggan.

Untuk perusahaan berwawasan pelanggan, kepuasan pelanggan adalah sasaran sekaligus kiat pemasaran (Kotler, 1999).

Kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang dia rasakan dibandingkan dengan harapannya. Kepuasan pelanggan sesudah pembelian tergantung dari kinerja penawaran dibandingkan dengan harapannya.

Jadi tingkat kepuasan adalah fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Pelanggan dapat mengalami salah satu dari tingkat kepuasan yang umum. Kalau kinerja di bawah harapan, pelanggan kecewa. Kalau kinerja sesuai harapan, pelanggan puas. Kalau kinerja melebihi harapan, pelanggan sangat puas, senang atau gembira. Pelanggan yang hanya puas masih mudah berganti pemasok, jika ada tawaran lain yang lebih baik, tetapi kalau pelanggan sangat puas tidak mudah berganti. Orang yang sangat puas atau senang akan memiliki ikatan emosional dengan mereknya, bukan hanya preferensi rasional dan hal ini menyebabkan loyalitas pelanggan yang tinggi (Kotler, 2000).

Apabila ada pelanggan yang tidak puas, maka masing-masing pelanggan tersebut akan menceritakan ketidak puasanya setidaknya kepada sembilan orang lainnya dan tiga belas persen dari pelanggan yang tidak senang akan menceritakan kepada lebih dari dua puluh orang lainnya tentang pengalaman negatifnya (Sciffman, L.G dan Kanuk, L.L, 2000).

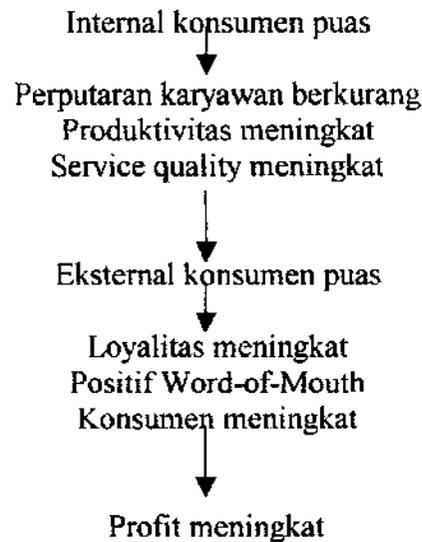
Menurut penelitian Prasetijo (2001) kesetiaan konsumen sangat ditentukan keberhasilan kontak pelayanan antara personil garis depan perusahaan dengan pembelinya, bukan hanya oleh kualitas pelayanan. Kontak pelayanan yang berhasil akan menghasilkan kepuasan yang tinggi pada konsumen, mendorong terjadinya hubungan baik yang didasari oleh kepercayaan, membuat konsumen setia dan selanjutnya menyebarkan citra positif perusahaan dan atau produk kepada orang lain

Mutu sering didefinisikan kecocokan penggunaan, kesesuaian pada kebutuhan, bebas dari penyimpangan. Menurut *American Society for Quality Control* yang dianut di seluruh dunia, mutu adalah keseluruhan ciri serta sifat barang dan jasa yang berpengaruh pada kemampuannya memenuhi kebutuhan yang dinyatakan maupun yang tersirat (Kotler 2000).

Ada hubungan yang erat antara mutu barang dan jasa dengan kepuasan pelanggan serta keuntungan perusahaan. Mutu yang lebih tinggi menghasilkan kepuasan pelanggan yang lebih tinggi sekaligus mendukung harga lebih tinggi dan sering juga biaya yang lebih rendah.

Konsumen dapat dikelompokkan menjadi 2 (dua), yaitu eksternal konsumen yang merupakan konsumen yang mengeluarkan uangnya untuk membayar *service* dan internal konsumen merupakan seluruh orang yang bekerja di dalam perusahaan. Ke

duanya saling berkaitan dan saling mempengaruhi. Pihak manajemen bisa saja meningkatkan pendapatannya dan mendapatkan profit dengan memuaskan eksternal konsumen, namun tidak akan mendapatkan hasil yang maksimal apabila mengabaikan kepuasan internal konsumen (Thio, S, 69-70). Hubungan antara kepuasan konsumen dan profit dapat dilihat pada Gambar 2.7.



Sumber. Thio, S (2001) Membangun Service Quality untuk mencapai kepuasan konsumen di Industri Hospitality, *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*, Vol.3, No.1, Maret 2001. Hal. 69.

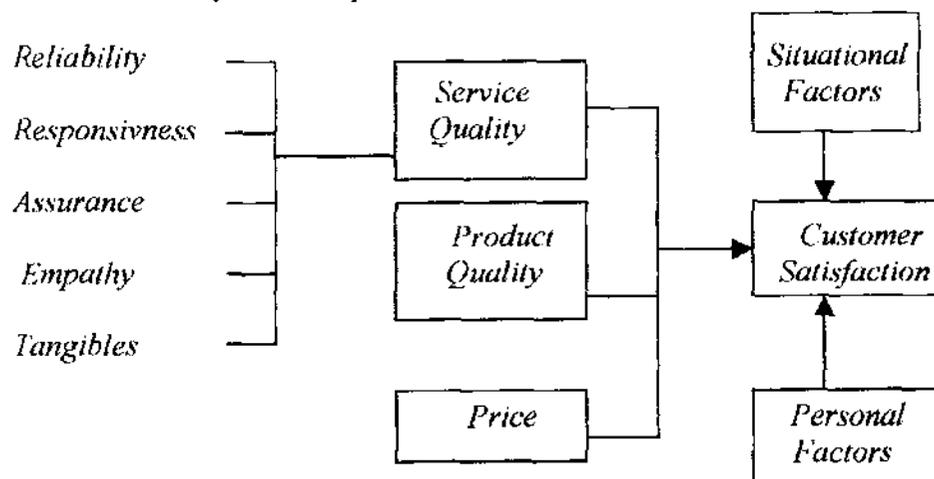
Gambar 2.7: Hubungan antara kepuasan konsumen dan profit

Untuk menghasilkan service quality yang maksimal, maka manajemen harus mengetahui apa yang menjadi ekspektasi atau harapan konsumen yang didasarkan pada pengalaman konsumen di masa lalu, pendapat dari teman dan yang lainnya mengenai pelayanan, fasilitas, janji yang diberikan pihak penyedia service kepada konsumen. Kepuasan konsumen dalam melakukan transaksi atau pembelian sangat tergantung pada bagaimana produk dan jasa itu dapat memenuhi ekspektasi dari konsumen.

Untuk dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan, salah satu cara yang digunakan oleh organisasi adalah dengan memberikan produk dan layanan yang

berkualitas dan memiliki daya saing. Apabila pelanggan mempunyai pengalaman yang baik terhadap kualitas suatu fasilitas pelayanan kesehatan, maka pelanggan merupakan iklan yang efektif dalam merekomendasikan kepada pelanggan lain dan selanjutnya akan tercipta loyalitas pelanggan. Menurut penelitian Soesanto (1998) bahwa ada hubungan positif antara kepuasan pasien dengan minat dalam pembelian ulang suatu jasa dan minat untuk membeli kembali (*rebuying*) tersebut akan sangat dipengaruhi oleh pengalamannya yang lalu dalam membeli produk yang sama. Loyalitas ibu hamil untuk datang memeriksakan kembali kehamilannya ke puskesmas didahului oleh kepuasannya terhadap pelayanan yang diberikan sebelumnya, tentunya hal ini akan berpengaruh pada K4 dan akhirnya juga mempengaruhi kesenjangan K1-K4.

Persepsi *provider* dalam memberikan pelayanan belum tentu sama dengan persepsi konsumen. Hubungan kualitas pelayanan menurut persepsi konsumen dan kepuasan konsumen dapat dilihat pada Gambar 2.8 berikut ini.



Sumber: Zeithaml, V.A. dan Bitner, M.J.(2000) *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across The Firm*. Irwin McGraw-Hill, Second Edition, Page 75

Gambar 2.8: Persepsi konsumen tentang kualitas dan kepuasan konsumen

2.1.7 Teori dan model kepuasan pelanggan

Menurut Pawitra (1993) dalam Tjiptono, F (1997) teori dan model kepuasan pelanggan dapat dibedakan berdasarkan teori ekonomi mikro, perspektif psikologi dari kepuasan pelanggan dan perspektif TQM.

1. Teori ekonomi mikro

Dalam pasar yang tidak terdeferensiasi, semua konsumen akan membayar harga yang sama dan individu yang sebenarnya bersedia membayar harga lebih tinggi akan meraih manfaat subyektif yang disebut sebagai surplus konsumen. Surplus konsumen pada hakekatnya merupakan perbedaan antara kepuasan yang diperoleh seseorang dalam mengkonsumsi sejumlah barang dengan pembayaran yang harus dibuat untuk memperoleh barang tersebut. Jadi menurut teori ini besar surplus konsumen mencerminkan kepuasan pelanggan, di mana semakin besar surplus konsumen, maka semakin besar pula kepuasan pelanggan. Namun demikian teori ini belum dapat dipandang sebagai konsep kepuasan pelanggan, karena hanya mempertimbangkan factor harga dan kuantitas, tidak mempertimbangkan faktor atribut, seperti kualitas, pelayanan, kemasan (Tjiptono, 1997).

2. Perspektif psikologi dan kepuasan pelanggan

a. Model kognitif

Penilaian didasarkan pada selisih atau perbedaan antara yang ideal dengan yang aktual. Apabila yang ideal sama dengan yang sebenarnya (persepsinya atau yang dirasakannya), maka pelanggan akan sangat puas terhadap produk atau jasa tersebut. Sebaliknya, bila perbedaan antara yang ideal dan yang sebenarnya (yang dipersepsikan) itu semakin besar, maka pelanggan itu semakin tidak puas. Jika

perbedaan tersebut semakin kecil, maka besar kemungkinannya pelanggan yang bersangkutan akan mencapai kepuasan. Persepsi individu terhadap kombinasi dari atribut yang ideal tergantung pada daur hidupnya, pengalaman atas produk atau jasa dan harapan serta kebutuhannya. Jadi indeks kepuasan pelanggan dalam model kognitif mengukur perbedaan antara apa yang ingin diwujudkan oleh pelanggan dalam membeli suatu produk atau jasa dan apa yang sesungguhnya ditawarkan oleh perusahaan. Berdasarkan model ini, maka kepuasan pelanggan dapat dicapai dengan dua cara utama, yaitu dengan mengubah penawaran perusahaan, sehingga sesuai dengan yang ideal dan meyakinkan pelanggan bahwa yang ideal tidak sesuai dengan kenyataan.

1. *The Expectancy disconfirmation model*

Kepuasan pelanggan ditentukan oleh dua variabel kognitif, yaitu harapan prapembelian (*prepurchase expectation*) yang merupakan keyakinan kinerja yang diantisipasi dari suatu produk atau jasa dan *disconfirmation* yang merupakan perbedaan antara harapan prapembelian dan persepsi purna beli (*post purchase perception*). Ada tiga pendekatan mengkonseptualisasikan harapan prapembelian, yaitu *equitable performance (normative performance)*, *ideal performance* dan *expexted performance*.

Penilaian kepuasan/ketidakpuasan berdasarkan model ini ada 3 (tiga) jenis, yaitu *positive disconfirmation* (bila kinerja melebihi apa yang *diharapkan*), *simple disconfirmaton* (bila keduanya sama) dan *negative disconfirmation* (bila kinerja lebih buruk daripada yang diharapkan).

2. *Equity theory*

Seseorang akan puas bila rasio hasil (*outcome*) yang diperolehnya dibandingkan dengan input yang digunakan dirasakan fair atau adil. Kepuasan akan terjadi bila konsumen merasakan bahwa rasio hasil terhadap inputnya proporsional terhadap rasio yang sama (*outcome* dibanding input) yang diperoleh orang lain.

3. *Attribution theory*

Ada tiga dimensi (penyebab) yang menentukan keberhasilan atau kegagalan suatu hasil (*outcome*), sehingga dapat ditentukan suatu pembelian memuaskan atau tidak memuaskan. Tiga dimensi dimaksud, yaitu :

a. Stabilitas (variabilitas)

Yang menjadi faktor penyebab sementara atau permanen.

b. *Locus of causality*

Penyebab berhubungan dengan konsumen (*external attribution*) yang dihubungkan dengan beberapa faktor seperti tingkat kesulitan suatu tugas, faktor keberuntungan atau dengan pemasar (*internal attribution*) yang seringkali dikaitkan dengan kemampuan dan usaha yang dilakukan pemasar.

c. *Controllability*

Penyebab tersebut berada dalam kendali kemauannya sendiri atau dihambat oleh faktor luar yang tidak berpengaruh.

b. Model Afektif

Penilaian pelanggan individual terhadap suatu produk atau jasa tidak semata-mata berdasarkan perhitungan rasional, namun juga berdasarkan kebutuhan subyektif,

aspirasi dan pengalaman. Fokus model afektif ini lebih di titik beratkan pada tingkat aspirasi, perilaku belajar (*learning behavior*), emosi, perasaan spesifik (apresiasi, kepuasan, keengganan, dan lain-lain), suasana hati (*mood*) dan lain-lain. Maksud dari fokus ini adalah agar dapat dijelaskan dan diukur tingkat kepuasan dalam suatu kurun waktu (longitudinal).

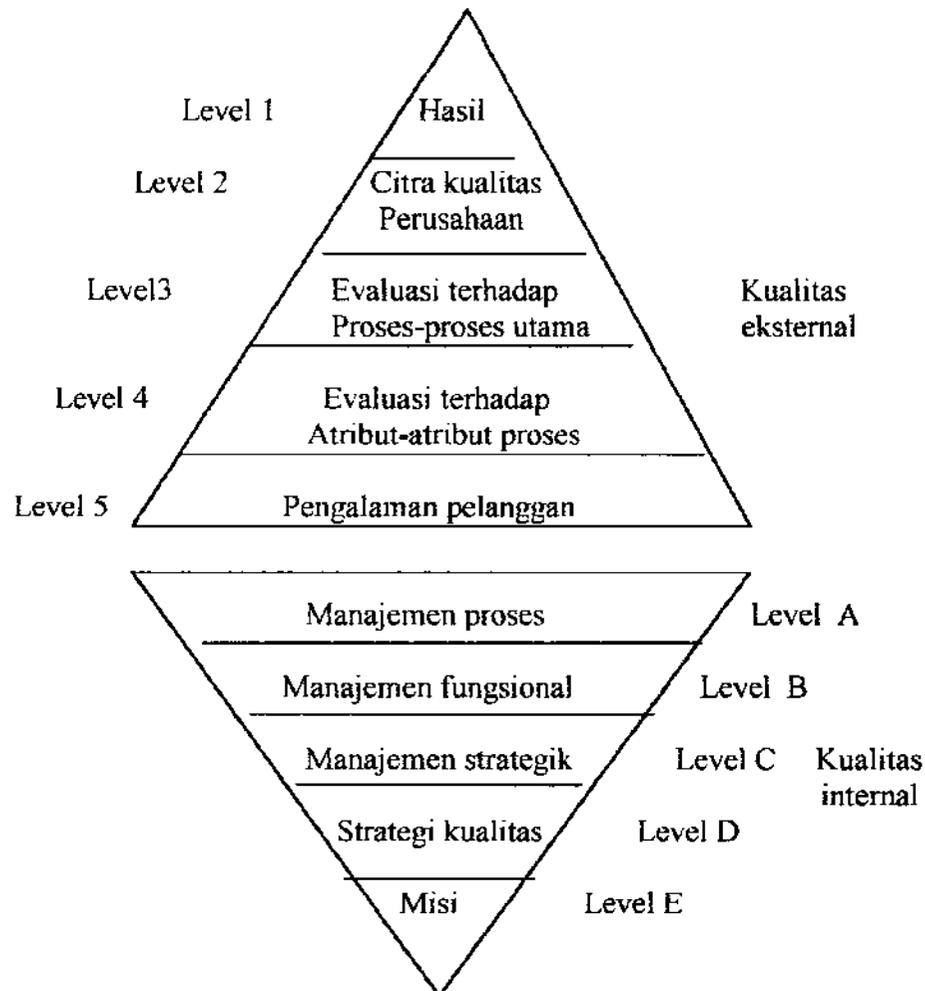
3. Perspektif TQM

Total Quality Management (TQM) merupakan suatu pendekatan dalam menjalankan bisnis yang mencoba untuk memaksimalkan daya saing organisasi melalui perbaikan secara berkesinambungan atas produk, jasa, manusia, proses dan lingkungannya. Sistem manajemen ini berlandaskan pada usaha mengangkat kualitas sebagai strategi usaha dan berorientasi pada kepuasan pelanggan dengan melibatkan seluruh anggota organisasi. Karakteristik utama dari TQM antara lain meliputi:

- a. Fokus pada pelanggan, baik internal maupun eksternal.
- b. Memiliki obsesi yang tinggi terhadap kualitas.
- c. Menggunakan pendekatan ilmiah dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah.
- d. Memiliki komitmen jangka panjang.
- e. Membutuhkan kerja sama tim (*teamwork*).
- f. Memperbaiki proses secara berkesinambungan.
- g. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan.
- h. Memberikan kebebasan yang terkendali.
- i. Memiliki kesatuan tujuan.
- j. Adanya keterlibatan dalam pemberdayaan karyawan.

Dasar utama dari pendekatan TQM adalah bahwa kualitas organisasi ditentukan oleh para pelanggan. Crosby berusaha memadukan antara kepuasan pelanggan dengan TQM yang dapat dilihat pada Gambar 2.9 dan merupakan penyempurnaan terhadap pendekatan tradisional dalam pengukuran kepuasan pelanggan yang umumnya hanya membahas kualitas eksternal, yaitu tentang bagaimana pelanggan menilai perusahaan.

Gambar 2.9 kepuasan pelanggan dari model perspektif TQM dapat dilihat di bawah ini :



Sumber: Crosby(1991) dalam Pawitra, T(1993), Pemasaran:Dimensi Falsafah, Disiplin dan Keahlian. Jakarta: Penerbit Sekolah Tinggi Manajemen Prasetiya Mulya, p.139

Gambar 2.9: Kepuasan pelanggan dari perspektif TQM

Menurut Fitzpatrick dalam Sitzia dan Wood (1997) mengidentifikasi tiga model kepuasan, masing-masing berhubungan dengan satu determinan, yaitu :

1. Model kebutuhan untuk dikenal atau akrab.

Model ini menunjukkan bahwa harapan yang diciptakan secara social adalah determinan utama tingkat kepuasan, sebagai contoh adalah perbedaan budaya secara langsung mempengaruhi kepuasan.

2. Model yang bertujuan mencari bantuan.

Tujuan atau perhatian utama pasien bukan kepuasan, tetapi pemecahan masalah kesehatan.

3. Model yang mementingkan kebutuhan emosi.

Menekankan bahwa sebagian besar masalah medis melibatkan pengalaman emosi pasien, pasien menilai kepuasan dari perilaku afektif dan ketrampilan komunikasi.

Strasser dan Davis (1995) menyatakan bahwa secara garis besar kepuasan pasien adalah suatu proses dinamis yang meliputi hubungan *stimuli*, *value judgement*, reaksi dan perbedaan individu. Hal tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. *Stimuli*

Stimuli adalah adalah lingkungan yang dirasakan, dibau, dilihat, diraba atau didengar oleh pasien, misalnya dekorasi yang terlihat, aroma yang tercium, sikap dokter, perilaku perawat. Bila *stimuli* ini diamati dan dirasakan, pasien berespons dengan membuat *judgement* tentang hal tersebut. Misalnya ruangan saya (stimulus), sangat luas (*judgement*), saya menyukainya (*judgement*).

2. *Value judgement*

Value judgement menggambarkan usaha pasien untuk memberi arti pada stimuli yang mereka terima yang dapat diungkapkan dengan kata baik, buruk, menakutkan, lembut dan sebagainya. *Value judgement* ditentukan oleh stimuli yang baru diterima dan merupakan elemen kunci yang pertama dari pengukuran kepuasan pasien.

Kunci dari *judgement* adalah nilai pasien yang melekat padanya. *Value judgement* adalah pasien menyatakan jelas dan ringkas.

Setelah *value judgement* pasien bereaksi secara afektif dan kognitif dengan perasaan dan pikirannya tentang kepuasan, ketidakpuasan, kesenangan atau ketidaksenangannya. Pasien bereaksi secara afektif maupun perilaku, misalnya pasien marah (afektif) karena perawat yang kasar, kemudian menulis surat keluhan (perilaku). *Value judgement* digambarkan sebagai upaya penting dari sisi responden untuk mengevaluasi label *stimuli*, akan tetapi pada beberapa kejadian *value judgement* mungkin dipandang sebagai awal reaksi terhadap *stimuli*.

3. Reaksi dan perbedaan individu

Reaksi adalah pasien memuji dan mengungkapkan kepuasan. Contoh perbedaan individu, misalnya kepribadian, nilai, pengalaman perawatan yang lalu.

Value judgement dan reaksi pasien sesudahnya ini merupakan dasar bagian pertama definisi konseptual kepuasan pasien. Kepuasan pasien bukan peristiwa yang tidak disengaja, karena *stimuli* tertentu dapat menghasilkan *value judgement* dan respons yang konsisten pada pasien. Kita dapat secara langsung mempengaruhi kepuasan pasien, karena kita dapat mempengaruhi *stimuli* yang terungkap pada pasien,

misalnya dokter yang terburu-buru diberitahu untuk memberi waktu lebih banyak pada pasien. maka pasien merasakan dokter lebih menyenangkan dan mengurangi pikiran untuk pindah ke rumah sakit lain.

Value judgement dan reaksi tidak hanya dapat dipengaruhi dengan langsung mengubah *stimuli*, tetapi juga dapat dilakukan intervensi langsung pada tahap *value judgement* atau harapan, misalnya pasien diberitahu tentang lamanya waktu tunggu, dalam hal ini stimulus tetap sama, pasien tetap harus menunggu, akan tetapi karena petugas memberi informasi (stimuli tambahan), maka *value judgement* pasien berubah. Intervensi juga dapat dilakukan pada tahap reaksi, misalnya bentuk reaksi pasien dicoba diubah dengan memberikan tambahan informasi tentang pembatasan makanan yang harus dijalaninya (suatu stimulus baru) untuk menghilangkan perasaan tidak senang pasien.

Perbedaan individu pasien mempengaruhi interpretasi pasien terhadap *stimuli* yang diterima, maka definisi kepuasan pasien adalah kepuasan pasien secara konseptual didefinisikan sebagai *value judgement* yang unik dan reaksi pasien sesudahnya terhadap *stimuli* yang dirasakan dalam lingkungan pelayanan kesehatan sebelum, selama dan sesudah rangkaian perawatan mereka. *Value judgement* dan reaksi ini dipengaruhi oleh perbedaan individu dan pengalaman pelayanan kesehatan sebelumnya.

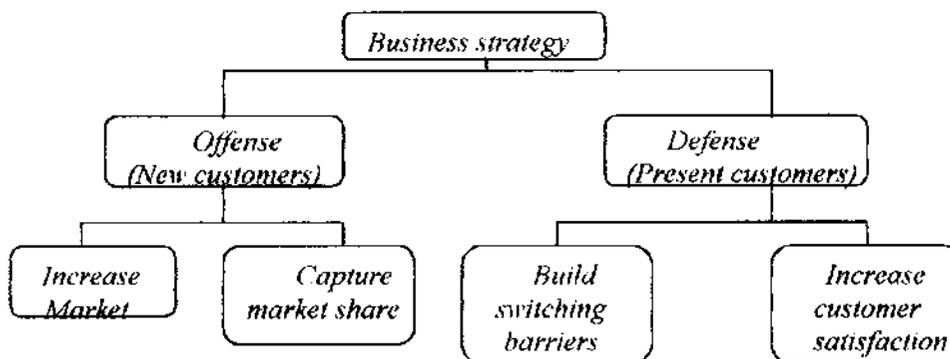
2.1.8 Strategi kepuasan pelanggan

Strategi *ofensif* terutama ditujukan untuk meraih atau memperoleh pelanggan baru. Dengan menerapkan strategi ini perusahaan diharapkan dapat meningkatkan pangsa pasar, penjualan dan jumlah pelanggannya. Apabila perusahaan hanya

memperhatikan strategi ofensif dan mengabaikan strategi defensif, maka kelangsungan hidupnya dapat terancam setiap saat.

Strategi *defensif* meliputi usaha untuk mengurangi kemungkinan *customer exit* dan beralihnya pelanggan ke pemasar lain. Tujuannya adalah untuk meminimisasi *customer turn over* atau memaksimalkan *customer retention* dengan melindungi produk dan pasarnya dari serangan para pesaing. Salah satu cara untuk mencapai tujuan ini adalah dengan meningkatkan kepuasan pelanggan yang sekarang.

Pada umumnya suatu perusahaan menerapkan strategi bisnis kombinasi antara strategi *ofensif* dan *defensif*, seperti yang terlihat pada Gambar 2.10 di bawah ini.



Sumber: Tjiptono (1997) Strategi Pemasaran, hal. 38

Gambar 2.10 : Strategi bisnis perusahaan

Perbedaan strategi pangsa pasar dan kepuasan pelanggan secara jelas dapat dilihat pada Tabel 2.1 berikut ini.

Tabel 2.1 Perbedaan strategi pangsa pasar dan kepuasan pelanggan

Aspek	Pangsa pasar	Kepuasan pelanggan
Khusus dipergunakan dalam	Pasar dengan pertumbuhan rendah atau telah jenuh	Pasar dengan pertumbuhan rendah atau telah jenuh
Tipe strategi	Ofensif	Defensif
Titik pemusatan	Persaingan	Pelanggan
Ukuran sukses	Pangsa pasar relatif terhadap persaingan	Customer retention rate
Tujuan <i>behavioral</i>	Pengalihan pembeli	Kesetiaan pembeli

Sumber: Sumber: Tjiptono (1997) Strategi Pemasaran, hal. 39

Strategi defensif terdiri atas dua bentuk, yaitu: rintangan pengalihan (*switching barriers*) dan kepuasan pelanggan

1. Strategi pembentukan rintangan (*switching barriers*)

Perusahaan berupaya membentuk suatu rintangan pengalihan, sehingga pelanggan merasa enggan, rugi atau perlu mengeluarkan biaya besar untuk berganti pemasok (*vendor, took* dan lainnya). Rintangan pengalihan ini dapat berupa biaya pencarian, biaya transaksi, biaya belajar atau pemahaman, potongan harga khusus bagi pelanggan yang loyal, kebiasaan pelanggan, biaya emosional dan usaha kognitif serta risiko finansial, sosial dan psikologis. Selain itu juga dapat berupa biaya latihan tambahan bagi karyawan, modal yang diperlukan untuk perubahan, serta biaya yang diperlukan dalam peralatan pelengkap yang baru. Kesemuanya ini dapat tercapai bila perusahaan berhasil menciptakan dan menjalin hubungan yang harmonis, akrab dan saling menguntungkan dengan pelanggannya.

2. Strategi kepuasan pelanggan

Kepuasan pelanggan merupakan strategi jangka panjang yang membutuhkan komitmen, baik menyangkut dana maupun sumberdaya manusia. Beberapa strategi yang dapat dipadukan untuk meraih dan meningkatkan kepuasan pelanggan:

a. Strategi pemasaran berupa *relationship marketing*.

Strategi di mana transaksi pertukaran antara pembeli dan penjual berkelanjutan, tidak berakhir setelah penjualan selesai. Dengan kata lain, dijalin suatu kemitraan dengan pelanggan secara terus menerus yang pada akhirnya akan menimbulkan kesetiaan pelanggan, sehingga terjadi bisnis ulangan (*repeat business*).

Perbedaan antara *transaction marketing* dengan *relationship marketing* dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2 *Transaction marketing* versus *relationship marketing*

<i>Transaction marketing</i>	<i>Relationship marketing</i>
Berfokus pada penjualan tunggal	Berfokus pada customer retention
Orientasi pada karakteristik produk	Orientasi pada manfaat produk
Jangka waktu pendek	Jangka waktu panjang
Hanya sedikit perhatian dan penekanan pada aspek layanan pelanggan	Layanan pelanggan sangat diperhatikan dan ditekankan
Komitmen terhadap pelanggan relatif terbatas	Komitmen terhadap pelanggan sangat tinggi
Kontak dengan pelanggannya moderat	Kontak dengan pelanggan sangat tinggi
Kualitas terutama merupakan perhatian dan tugas bagian produksi	Kualitas merupakan perhatian, semua orang

Sumber: Payne, A (1993), *The Essence of Services marketing*. New York: Prentice Hall, p.32

Perlu diperhatikan bahwa dampak kepuasan pelanggan terhadap loyalitas pelanggan dan pembelian ulang berbeda untuk setiap perusahaan. Pelanggan yang loyal belum tentu mereka puas. Sebaliknya pelanggan yang puas cenderung untuk menjadi pelanggan yang loyal.

b. Strategi *superior customer service*.

Strategi yang menawarkan pelayanan yang lebih baik daripada pesaing. Hal ini membutuhkan dana yang besar, kemampuan sumberdaya manusia dan usaha gigit agar dapat tercipta suatu pelayanan yang superior. Biasanya perusahaan akan memperoleh manfaat dari pelayanan yang baik tersebut, yaitu berupa tingkat pertumbuhan yang cepat dan besarnya laba (*gain*) yang diperoleh.

c. Strategi *unconditional guarantees* atau *extraordinary guarantees*

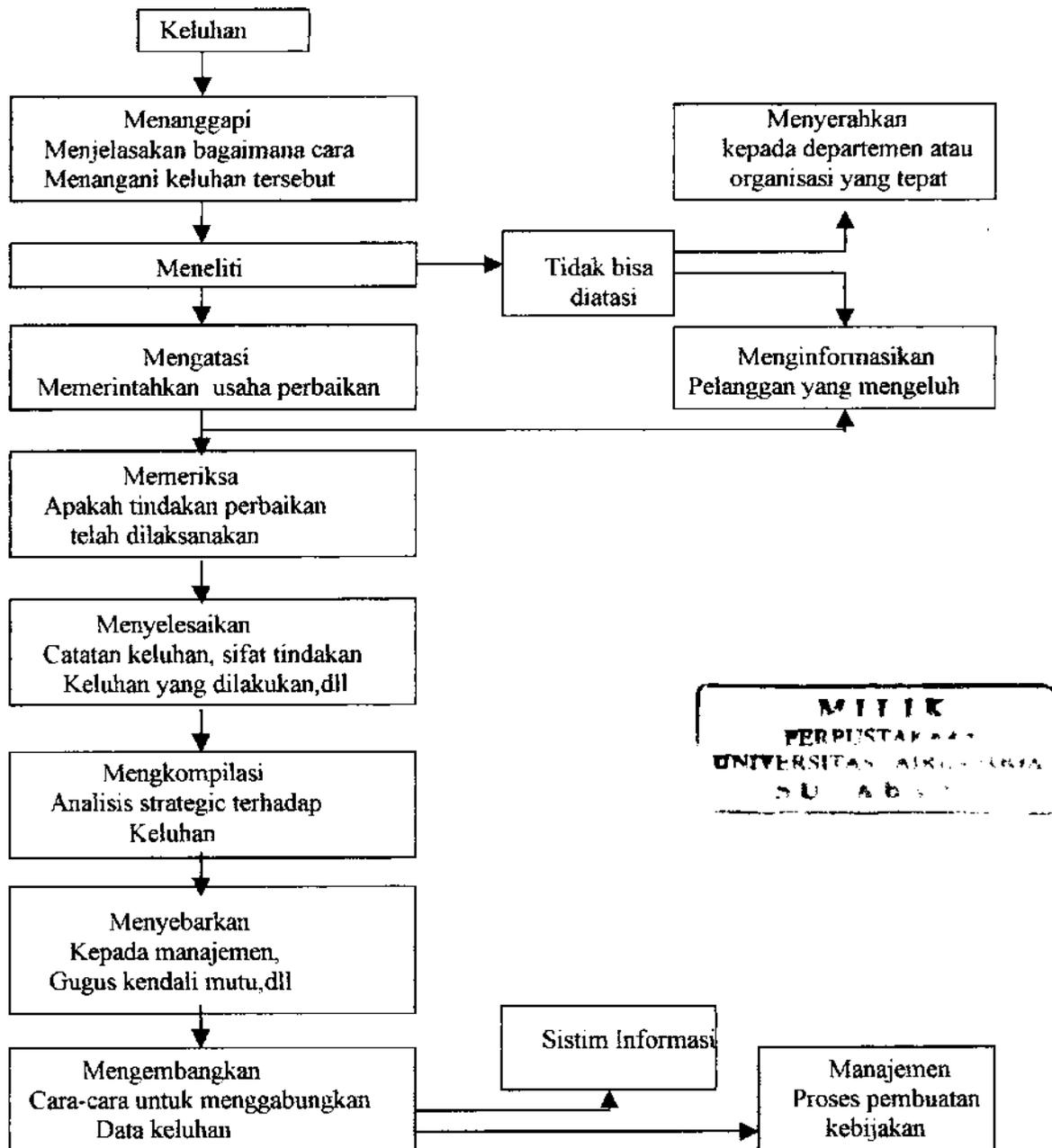
Strategi ini berintikan komitmen untuk memberikan kepuasan kepada pelanggan yang pada gilirannya akan menjadi sumber dinamisme penyempurnaan mutu produk atau jasa dan kinerja perusahaan. Selain itu juga meningkatkan motivasi para karyawan untuk mencapai tingkat kinerja yang lebih baik dari sebelumnya.

Garansi atau jaminan istimewa ini dirancang untuk meringankan risiko atau kerugian pelanggan, dalam hal ini pelanggan tidak puas dengan suatu produk atau jasa yang telah dibayarnya. Garansi tersebut menjanjikan kualitas prima dan kepuasan pelanggan. Fungsi utama garansi adalah untuk mengurangi risiko pelanggan sebelum dan sesudah pembelian barang atau jasa sekaligus memaksa perusahaan bersangkutan untuk memberikan yang terbaik dan meraih loyalitas pelanggan. Garansi ini diberikan dalam dua bentuk, yaitu garansi internal dan garansi eksternal. Garansi internal merupakan garansi yang dilandaskan pada komitmen untuk memberikan pelayanan terbaik, tepat waktu, akurat, jujur dan sungguh-sungguh dan garansi eksternal yang menyangkut servis yang unggul dan produk yang handal dan berkualitas tinggi.

d. Strategi penanganan keluhan yang efisien.

Penanganan keluhan memberikan peluang untuk mengubah seorang pelanggan yang tidak puas menjadi puas (atau bahkan menjadi pelanggan abadi).

Proses penanganan keluhan yang efektif dapat dilihat pada Gambar 2.11:



Sumber: Tjiptono (1997) Strategi Pemasaran, hal. 38

Gambar 2.11: Proses penanganan keluhan secara efektif

Ada 4 (empat) aspek penting dalam penanganan keluhan, yaitu:

a. Empati terhadap pelanggan yang marah.

Kalau perusahaan tidak empati terhadap pelanggan yang marah, maka situasi akan bertambah runyam. Untuk itu perlu diluangkan waktu mendengarkan keluhan mereka dan berusaha memahami situasi yang dirasakan oleh pelanggan tersebut. Dengan demikian permasalahan yang dihadapi dapat menjadi jelas, sehingga pemecahan yang diharapkan dapat diupayakan bersama.

b. Kecepatan dalam penanganan keluhan.

Apabila keluhan pelanggan tidak segera ditanggapi, maka rasa tidak puas terhadap perusahaan menjadi permanen dan tidak dapat diubah lagi. Sedangkan apabila keluhan ditanggapi secara cepat, maka ada kemungkinan pelanggan tersebut menjadi puas. Apabila pelanggan puas dengan cara penanganan keluhannya, maka besar kemungkinannya akan menjadi pelanggan perusahaan lagi.

Kewajaran atau keadilan dalam memecahkan permasalahan atau keluhan

Perusahaan harus memperhatikan aspek kewajaran dalam hal biaya dan kinerja jangka panjang. Hasil yang diharapkan tentunya adalah *win-win*, di mana pelanggan dan perusahaan sama-sama diuntungkan (*fair* atau *realistic*).

c. Kewajaran atau keadilan dalam memecahkan permasalahan atau keluhan.

Perusahaan harus memperhatikan aspek kewajaran dalam hal biaya dan kinerja jangka panjang. Hasil yang diharapkan tentunya adalah pelanggan dan perusahaan sama diuntungkan.

d. Kemudahan bagi konsumen untuk menghubungi perusahaan.

Hal ini sangat penting bagi konsumen untuk menyampaikan komentar, saran, kritik, pertanyaan maupun keluhannya. Di sini sangat dibutuhkan adanya metode komunikasi yang mudah dan relatif tidak mahal, di mana pelanggan dapat menyampaikan keluhan kesahnya. Bila perlu dan memungkinkan, perusahaan dapat menyediakan jalur atau saluran telepon khusus (*hot line service*) untuk menampung keluhan pelanggan atau memanfaatkan email di jaringan internet (dengan membuka *site* atau *homepage* di *world wide web*).

e. Strategi peningkatan kinerja perusahaan.

Meliputi berbagai upaya seperti melakukan pemantauan dan pengukuran kepuasan pelanggan secara berkesinambungan, memberikan pendidikan dan pelatihan menyangkut komunikasi, *salesman ship* dan *public relations* kepada pihak manajemen dan karyawan, memasukkan unsur kemampuan untuk memuaskan pelanggan (yang penilaiannya bias didasarkan pada survei pelanggan) ke dalam sistem penilaian prestasi karyawan dalam melaksanakan tugasnya.

f. Menerapkan *Quality Function Deployment* (QFD).

Merupakan praktek untuk merancang suatu proses sebagai tanggapan terhadap kebutuhan pelanggan, yaitu berusaha menerjemahkan apa yang dibutuhkan pelanggan menjadi apa yang dihasilkan organisasi. Dengan demikian memungkinkan perusahaan untuk memprioritaskan kebutuhan pelanggan, menemukan tanggapan inovatif terhadap kebutuhan tersebut dan memperbaiki proses sehingga tercapai efektifitas maksimum.

QFD menggunakan berbagai alat, seperti diagram sebab akibat, *flow chart*, diagram Pareto, *run chart*, histogram, scatter diagram, *control chart*, diagram afinitas, *interrelationship digraph*, *tree diagram* dan diagram matriks.

2.1.9 Pengukuran kepuasan pelanggan

Kotler, et al.(1996) mengidentifikasi 4 metode untuk mengukur kepuasan pelanggan, yaitu:

1. Sistem keluhan dan saran .

Setiap organisasi yang berorientasi pada pelanggan (customer-oriented) perlu memberikan kesempatan yang luas kepada para pelanggannya untuk menyampaikan saran, pendapat, dan keluhan mereka. Media yang digunakan bisa berupa kotak saran yang diletakkan di tempat-tempat strategis (yang mudah dijangkau atau sering dilewati pelanggan), kartu komentar (yang bisa diisi langsung maupun yang bisa dikirim via pos kepada perusahaan), saluran telpon khusus bebas pulsa dan lainnya. Informasi yang diperoleh melalui metode ini dapat memberikan ide baru dan masukan yang berharga kepada perusahaan, sehingga memungkinkannya untuk bereaksi dengan tanggap dan cepat untuk mengatasi masalah yang timbul. Akan tetapi karena metode ini bersifat pasif, maka sulit mendapatkan gambaran lengkap mengenai kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan. Tidak semua pelanggan yang tidak puas akan menyampaikan keluhannya. Bisa saja mereka langsung beralih pemasok dan tidak akan membeli lagi produk perusahaan.

2. *Ghost Shopping*

Salah satu cara untuk memperoleh gambaran mengenai kepuasan pelanggan adalah dengan memperkerjakan beberapa orang (*ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pelanggan atau pembeli potensial produk perusahaan dan pesaing, kemudian mereka melaporkan temuan-temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam pembelian produk tersebut. Selain itu para *ghost shopper* dapat mengamati cara perusahaan dan pesaingnya melayani permintaan pelanggan, menjawab pertanyaan pelanggan dan menangani setiap keluhan.

3. *Lost Customer Analysis*

Perusahaan menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli atau yang telah pindah pemasok agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi dan supaya dapat mengambil kebijakan, perbaikan atau penyempurnaan selanjutnya. Bukan hanya *exit interview* saja yang perlu, tetapi *customer loss rate* juga penting, di mana peningkatan *customer loss rate* menunjukkan kegagalan perusahaan dalam memuaskan pelanggannya.

4. Survei Kepuasan pelanggan

Umumnya banyak penelitian mengenai kepuasan pelanggan yang dilakukan dengan penelitian survei, baik dengan survei melalui pos, telepon maupun wawancara pribadi. Melalui survei perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik (*feed back*) secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda (signal) positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya.

Dalam mengukur teknik kepuasan pelanggan metode survai paling banyak digunakan dalam pengukuran kepuasan pelanggan. Metode survai kepuasan pelanggan dapat menggunakan pengukuran dengan berbagai cara sebagai berikut:

1. Pengukuran dapat dilakukan secara langsung dengan pertanyaan seperti “Ungkapkan seberapa puas saudara terhadap pelayanan dengan skala sangat tidak puas, tidak puas, netral, puas, sangat puas (*directly reported satisfaction*).
2. Responden diberi pertanyaan mengenai seberapa besar mereka mengharapkan suatu atribut tertentu dan seberapa besar yang mereka rasakan (*derived dissatisfaction*).
3. Responden diminta untuk menuliskan masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan penawaran dari perusahaan dan juga diminta untuk menuliskan perbaikan-perbaikann yang mereka sarankan (*problem analysis*).
4. Responden dapat diminta untuk merangking berbagai elemen (atribut) dari penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen dan seberapa baik kinerja perusahaan dalam masing-masing elemen (*importance-performance ratings*).

Teknik ini dikenal juga dengan istilah *importance-performance analysis*.

Rumusan kepuasan pelanggan menurut Tse dan Wilton(1998) dalam Tjiptono (1997) adalah sebagai berikut:

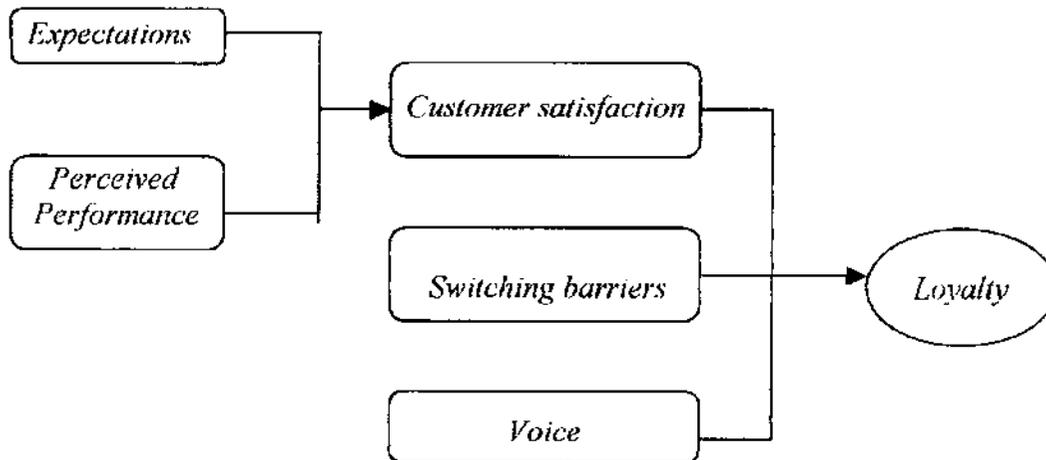
$$\text{Kepuasan pelanggan} = f(\text{expectations, perceived performance})$$

Apabila *perceived performance* melebihi *expectations*, maka pelanggan akan puas, sedangkan apabila sebaliknya pelanggan akan merasa tidak puas.

Oleh karena kepuasan akan menimbulkan loyalitas pelanggan, maka loyalitas sebagai variabel endogenous disebabkan suatu kombinasi dari kepuasan, rintangan pengalihan (*switching barrier*) pemasok dan keluhan (*voice*), sehingga dapat dirumuskan:

$$\text{Loyalitas} = f(\text{customer satisfaction, switching barrier, voice})$$

Model pengukuran kepuasan dan loyalitas pelanggan secara sederhana dapat dilihat pada Gambar 2.12 berikut ini :



Sumber: Disesuaikan dari Fornell, C(1992), a National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience, *Journal of Marketing*, Vol.56(January), p.12

Gambar 2.12: Model kepuasan dan loyalitas pelanggan

Indeks kepuasan pelanggan dapat diperoleh dengan menggunakan penilaian skala, misalnya skala 1-7, yaitu dari sangat tidak puas, tidak puas, agak tidak puas, netral, agak puas, puas sampai sangat puas. Penilaian ini bias dilakukan terhadap produk atau jasa tertentu dan dapat pula terhadap perusahaan tertentu. Bila terdapat beberapa produk atau perusahaan alternatif, maka dapat digunakan teknik lain berupa peringkat ordinal dari obyek penelitian, yaitu dari sangat puas hingga sangat tidak puas.

Beberapa indeks kepuasan pelanggan yang tergolong sederhana antara lain:

$$\text{IKP} = \text{PP}$$

$$\text{IKP} = \text{IM} \times \text{PP}$$

$$\text{IKP} = \text{PP} - \text{EX}$$

$$\text{IKP} = \text{IM} \times (\text{PP} - \text{EX})$$

$$IKP = \frac{PP}{EX}$$

Keterangan:

- IKP = Indeks kepuasan pelanggan
 PP = Perceived performance
 EX = Expectations
 IM = Importance

Menurut Strasser dan Davis (1995) meskipun kepuasan pasien didefinisikan sebagai suatu proses, dalam pertanyaan penelitian tidak selalu mengukur proses lengkap, tetapi dapat memilih hubungan dalam proses tersebut, misalnya :

1. Dalam mengukur ada tidaknya suatu *stimulus* dan meramalkan kemungkinan pasien puas atau tidak puas.
2. Dapat mengukur hubungan antara *stimulus* dan *value judgement* dan kemudian meramalkan kemungkinan reaksi pasien terhadap hal tersebut.
3. Dapat juga mengukur hubungan antara stimulus dan reaksi.
4. Mengukur faktor sosiodemografi untuk membantu menentukan pengaruhnya (bila ada) pada hubungan yang telah disebutkan di atas.

Pada penelitian ini menggunakan konsep kepuasan Strasser dan Davis pada segi kepuasan pasien terhadap Bidan dengan mengukur reaksi Ibu hamil terhadap *stimulus* yang diterima.

Sitzia dan Wood (1997) menyatakan tujuan pengukuran kepuasan pasien sebagai berikut:

1. Kepuasan pasien dapat sungguh-sungguh menggambarkan pelayanan kesehatan dari sudut pandang pasien.
2. Kepuasan pasien dipandang sebagai ukuran proses perawatan, area permasalahan dibatasi dan gagasan ke arah pemecahan masalah dapat dihasilkan.

3. Evaluasi pelayanan kesehatan yang dipandang sebagai fungsi yang paling penting dari penelitian kepuasan pasien

2.2 Komunikasi

2.2.1 Pengertian komunikasi

Komunikasi sebagai suatu proses merupakan sarana penghubung antara dua makhluk hidup, bisa terjadi sesama manusia dan bisa juga terjadi antara manusia dengan makhluk lain. Komunikasi merupakan suatu proses yang unik dan merupakan hasil belajar dari lingkungan di mana seorang individu dilahirkan, kemudian tumbuh berkembang bersama dengan pengalaman hidup yang ditempuh selama proses pengasuhan oleh orang tua sampai tumbuh dewasa bersama sanak keluarga dan masyarakat di lingkungannya.

Dari sudut pandang mekanistik, komunikasi diartikan sebagai suatu proses dua arah yang menghasilkan transmisi informasi dan pengertian antara masing-masing individu yang terlibat. Dari sudut pandang antropologistis pengertian komunikasi dimulai dengan suatu asumsi dasar bahwa komunikasi terkait dengan perilaku manusia dan kepuasan atas terpenuhinya kebutuhan berinteraksi dengan manusia lainnya atau dirumuskan sebagai suatu peristiwa yang terjadi apabila makna diberikan kepada suatu perilaku tertentu.

Bertolak dari sudut pandang mekanistik dan antropologistis, maka komunikasi dapat dirumuskan sebagai suatu proses dua arah yang menghasilkan pertukaran informasi dan pengertian antara masing-masing individu yang terlibat, berdasarkan makna yang diberikan oleh mereka atas perilaku lawannya.

Secara formal, komunikasi berarti pengiriman dan penerimaan pesan, berita atau amanat, rencana tindakan, harapan antara dua orang atau lebih dengan cara yang tepat, sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami dan dimengerti. Di sini terlihat adanya hubungan timbal balik antara dua orang atau lebih untuk memahami sesuatu. Komunikasi juga dapat dipakai untuk bertukar pikiran atau berbicara dari hati ke hati. Komunikasi merupakan suatu dasar dan kunci seorang perawat dalam menjalankan tugasnya. Komunikasi merupakan suatu proses dalam perawatan untuk menjalankan dan menciptakan hubungan antara perawat dengan klien. Komunikasi tampaknya sederhana, tetapi untuk menjadikan suatu komunikasi berguna dan efektif membutuhkan usaha dan ketrampilan serta kemampuan dalam bidang itu. Komunikasi juga dapat digunakan sebagai alat untuk mengadakan perubahan, sehingga dapat dipakai untuk mengadakan perubahan pada klien, keluarga dan masyarakat. Tanpa komunikasi seseorang akan terasing, tanpa komunikasi tindakan perawat tidak akan dapat untuk memenuhi kebutuhan klien. Komunikasi dalam perawatan tidak hanya meliputi hubungan antar perawat dengan perawat dengan tenaga kesehatan lainnya. Keberhasilan pelaksanaan perawat sangat dipengaruhi oleh adanya proses komunikasi.

2.2.2 Macam komunikasi

Ada tiga macam komunikasi, yaitu:

1. Komunikasi searah.

Di sini komunikator mengirim pesannya melalui saluran atau media dan diterima oleh komunikan. Sedangkan komunikan tersebut tidak memberikan umpan balik *feedback*.

2. Komunikasi dua arah.

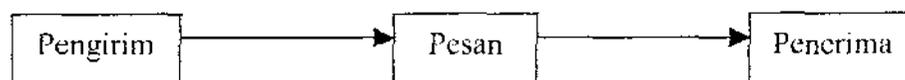
Komunikator mengirim pesan (berita) diterima oleh komunikan setelah disimpulkan kemudian komunikan mengirimkan umpan balik kepada sumber berita atau komunikator.

3. Komunikasi berantai.

Komunikan menerima pesan atau berita dari komunikator, kemudian disalurkan kepada komunikan ke dua, komunikan ke tiga dan seterusnya. Terdapat keemahan dalam komunikasi berantai, kadang-kadang pesan yang disampaikan sudah tidak murni atau terjadi distorsi informasi sehingga pesan dapat menyimpang dari yang sebenarnya.

2.2.3 Proses komunikasi

Dalam komunikasi satu arah sering terjadi dalam tatap muka antara dokter atau perawat dengan perawat atau pasien. Sebagai contoh dokter atau perawat berkata :” Anda tidak boleh makan apapun selama 24 jam”. Komunikasi satu arah dapat dilihat pada Gambar 2.13.



Sumber : Ellis, R, Gates, R dan Kenworthy, N (2000) Komunikasi Interpersonal dalam keperawatan. Penerbit Buku kedokteran EGC, Jakarta Hal 5

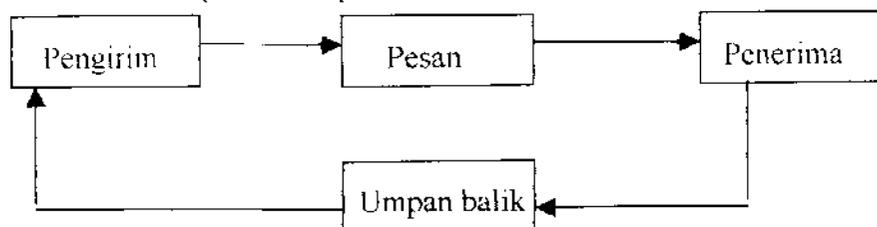
Gambar 2.13 : Komponen dasar komunikasi

Pada komunikasi dua arah penerima pesan secara aktif terlibat di dalam proses, sehingga setiap orang memodifikasi pesan sesuai dengan respon orang lain. Bradley dan Edinberg (1990) dalam Ellis, R, Gates, R dan Kenworthy, N (2000) memberikan

alasan mengapa perawat menggunakan komunikasi satu arah meskipun mereka percaya pada komunikasi dua arah, yaitu :

1. Komunikator mengendalikan komunikasi satu arah. Jelaslah bahwa mendengarkan sebuah respons adalah tindakan yang menuntut kemampuan perawat untuk beradaptasi dengan hal yang tidak terduga dan akibatnya ia bisa merasa lebih terbuka atau lebih akrab dengan pasien.
2. Komunikasi satu arah bisa lebih mudah terjadi sambil melakukan hal lain, misalnya sambil membereskan tempat tidur. Perhatian penuh dari penerima tidak selalu diperlukan.
3. Para perawat berada dalam tekanan untuk melakukan banyak pekerjaan. Komunikasi dua arah dapat menyita waktu dari aspek-aspek penting lain dari perawatan pasien.

Komunikasi dua arah dapat dilihat pada Gambar 2.15 di bawah ini.



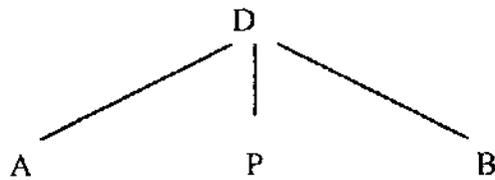
Sumber : Ellis, R, Gates, R dan Kenworthy, N (2000) Komunikasi Interpersonal dalam keperawatan. Penerbit Buku kedokteran EGC, Jakarta Hal.6

Gambar 2.15 : Komponen dasar komunikasi dengan umpan balik

Menurut Kariyoso (1987) proses komunikasi dapat dijelaskan pada Gambar 2.16 sebagai berikut : Bilamana B menerima pesan dari A dan memberikan jawaban kepada A, maka jawaban tersebut merupakan *feedback* terhadap pesan yang diterima oleh B. *Feedback* atau umpan balik yang datang dari komunikasi disebut :

1. *External feedback*.
2. *Direct feedback* (umpan balik segera).

3. *Indirect feedback* (umpan balik tertunda).



Sumber : Pengantar komunikasi bagi siswa perawat, Kariyoso, 1987, hal. 19

Gambar 2. 15 : Proses komunikasi

Keterangan :

A = Komunikator,

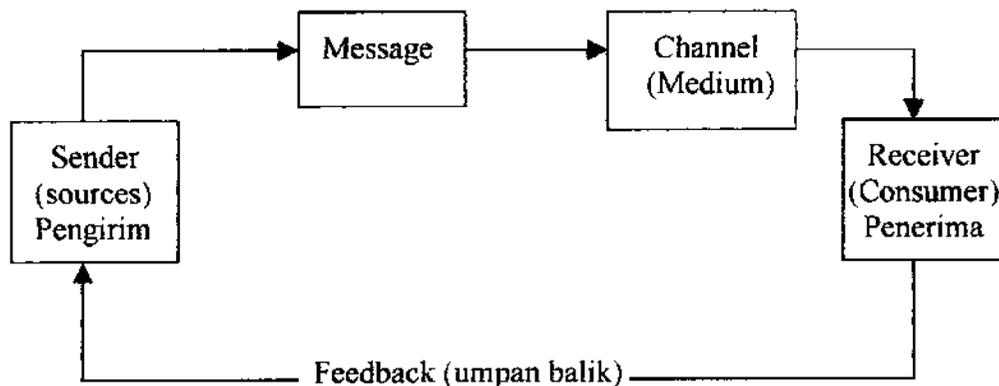
B = Komunikan

P = Pesan yang disampaikan (*message*)

D = Umpan balik (*feedback*)

Menurut Sciffman dan Kanuk (1999) ada empat komponen dalam komunikasi, yaitu : pengirim, penerima, media dan pesan.

Komponen komunikasi dapat dilihat pada Gambar 2.16 berikut :



Sumber : Sciffman, L.G dan Kanuk, L.L (1999), Consumer Behavior, Seventh Edition, Prentice Hall International, Inc, page 238

Gambar 2. 16 : Model Komunikasi Dasar

Menurut Supriyanto (1999) ada 3 (tiga) komponen pokok yang membangun sebuah komunikasi, yaitu komunikator, komunikan dan komunike. Komunikator

adalah pihak yang menyampaikan sesuatu kepada orang yang diajak berkomunikasi. Komunikator adalah pihak yang terlibat dalam suatu tindak komunikasi yang berkedudukan sebagai lawan bicara. Dengan kata lain ke dua unsur komunikasi ini masing-masing berkedudukan sebagai pemberi dan penerima sesuatu yang dikomunikasikan. Komponen ke tiga dalam komunikasi adalah komunikan, yaitu sesuatu hal (pesan, rencana tindakan medis, harapan pasien) yang dikomunikasikan oleh komunikator kepada komunikan.

Dari ke tiga komponen tersebut jelas terlihat bahwa suatu proses komunikasi dalam konteks hubungan personal tidak dapat terjadi secara searah (*one way communication*), melainkan dua arah, timbal balik antara dua pribadi yang terlibat di dalamnya. Kedudukan komunikator menjadi komunikan di satu saat bisa komunikan menjadi komunikator di saat yang lain. Mereka saling mempengaruhi proses interaktif dalam menyelesaikan masalah bersama.

2.2.4 Bentuk komunikasi

Adapun bentuk kegiatannya dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Komunikasi verbal (*verbal communication*)

Menggunakan kata mencakup komunikasi bahasa lisan. Bahasa terpenting dan terbanyak digunakan dalam komunikasi. Hal ini disebabkan karena bahasa selain dapat mewakili kenyataan kongkrit dalam dunia sekeliling, juga dapat mewakili hal-hal yang abstrak. Menurut Widayatun (1999) komunikasi verbal mencakup pesan yang diberikan dan yang diterima dengan kata-kata baik yang diucapkan maupun yang ditulis.

2. Komunikasi nonverbal (*nonverbal communication*)

Yaitu menyangkut gerak-gerik, sikap, ekspresi wajah, penampilan, gerakan tubuh, cara berjalan dan lain sebagainya. Menurut Widayatun (1999) komunikasi non verbal mencakup komunikasi yang tidak diucapkan atau ditulis, berlangsung melalui ekspresi muka, gerakan tubuh, langkah berjalan, nada suara dan lainnya.

Perawat hadir secara utuh (fisik dan psikologis) pada waktu berkomunikasi dengan pasien. Sikap fisik atau penampilan komunikasi dapat pula disebut sebagai komunikasi non verbal.

Dalam ilmu perawatan komunikasi nonverbal sangat penting, sebab melalui komunikasi ini perawat akan dapat mengerti dan memahami perasaan dan reaksi klien. Lambang atau tanda tersebut ada yang bersifat umum yang dapat dimengerti oleh masyarakat umum, tapi ada pula yang hanya dapat dimengerti oleh perawat. Tidak selamanya apa yang diucapkan atau diekspresikan oleh klien mempunyai arti seperti yang diucapkan atau diekspresikan. Oleh karena itu perawat harus dapat mengkaji lebih jauh apa yang diekspresikan oleh klien, sehingga dapat mengartikannya secara tepat dan mengambil tindakan perawatan yang sesuai karena perawat dapat memenuhi apa yang menjadi harapan pasien tersebut.

Sebagai perawat dalam mengamati pasien berbicara harus menunjukkan perhatian yang penuh dan adanya keinginan untuk mengerti apa yang diucapkan pasien. Perawat harus belajar untuk mendengarkan dan memperhatikan keluhan pasien. Di samping itu, sekalipun dalam keadaan sibuk hendaknya perawat mau menyediakan waktunya untuk mendengarkan dan memberikan respon yang baik bila pasien mengemukakan pendapat atau keluhannya. Sentuhan dan perabaan

merupakan komunikasi nonverbal yang berguna bagi pasien. Sentuhan harus dilaksanakan dengan sangat berhati-hati, karena bila tidak dilaksanakan dengan tepat akan merugikan pasien dan perawat. Sebaliknya sentuhan yang hangat dan dilaksanakan dengan baik akan memberikan efek yang sangat positif bagi kesembuhan dan perkembangan selanjutnya.

2.2.5 Bentuk komunikasi dua arah

1. Komunikasi paternalistik (*father know best*).

Komunikasi vertikal di mana tenaga kesehatan lebih dominan dari pasien.

2. Komunikasi interaktif.

Komunikasi di mana tenaga kesehatan dan pasien mempunyai kedudukan yang sama kuat dan saling mempengaruhi. Komunikasi interaktif bisa terjadi pada manajemen dengan karyawan maupun pasien. Demikian pula antara karyawan dengan pasien. Lingkup kajian pemasaran interaktif adalah pada komunikasi karyawan dan pasien dengan menggunakan konsep pemasaran. Pemasaran interaktif juga harus mempertimbangkan etika-moral yang mengatur hubungan hak dan kewajiban tenaga kesehatan dan pasien

3. Komunikasi *horizontal default*.

Komunikasi di mana tenaga kesehatan dan pasien mempunyai kedudukan yang sama lemahnya.

4. Komunikasi konsumeristik

Komunikasi di mana kedudukan pasien lebih dominan daripada tenaga kesehatan.

2.2.6 Model dasar komunikasi interaktif

Ada beberapa hal yang menjadi dasar berjalannya komunikasi interaktif menjadi efektif dan efisien, yaitu :

1. Keyakinan, adanya kebenaran, manfaat yang bisa dirasakan atau diperoleh.
2. Sikap menerima, juga dapat diterima, sehingga terjadi dialog (intensitas dan totalitas pribadi).
3. Menghargai, mau mendengarkan.
4. Kejujuran, kerelaan dan keterbukaan.
5. Mengerti, memahami moral, tujuan, yang dirasakan mitra, menangkap dan memahami isi pembicaraan, nilai hidup yang dihayati mitra dialog, kebutuhan dan masalah mitra serta posisi masing-masing.
6. Empati, menempati diri pada posisi pihak lain.
7. Aku ditambah kau, kita.

2.2.7 Mekanisme komunikasi interaktif

1. Komunikasi klise.

Kata klise, artinya sudah biasa atau suatu kebiasaan. Komunikasi klise merupakan bentuk komunikasi personal yang bersifat kebiasaan dan tidak mengutamakan intensitas emosional, sehingga memberikan kesan komunikasi basa basi. Komunikasi ini lebih mengutamakan faktor luar (performance), namun hanya dapat terjadi kalau subyek yang terlibat di dalamnya sudah terbiasa dengan situasi yang memungkinkan terjadinya komunikasi klise.

2. Komunikasi obyektif.

Kalau komunikasi klise lebih bersifat komunikasi internal emosional, komunikasi obyektif lebih bersifat eksternal. Komunikasi ini lebih cenderung mengambil obyek obyek atau sesuatu yang disetujui oleh oleh ke dua belah pihak. Contoh: ngrumpi, ngrasani, keluhan penyakit.

3. Komunikasi *argumentative*.

Komunikasi yang didasari oleh hal-hal yang bersifat rasional. Komunikasi bisa mengarah pada perdebatan dan negoisasi.

4. Komunikasi dialogal.

Komunikasi yang berfokus pada pada relasi emosional, artinya aspek yang ditonjolkan dalam komunikasi adalah hubungan yang mengacu pada perasaan. Dalam komunikasi ini setiap subyek tidak saja memahami dan mengerti apa yang dikomunikasikan, tetapi lebih mengerti perasaan mitra dialog. Persyaratan komunikasi dialogal adalah setiap peserta harus diterima sebagai subyek, tidak boleh obyek.

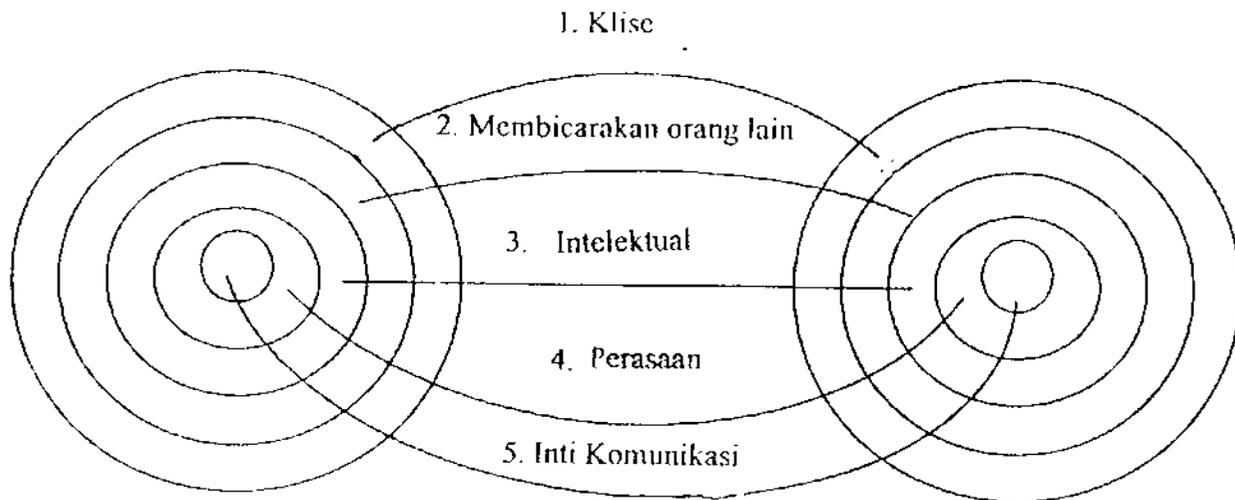
Komunikasi dialogal tidak terjadi dengan sendirinya, melainkan melalui proses pembinaan dan penyempurnaan terus menerus. Setiap subyek harus menyadari bahwa setiap orang atau individu mempunyai kewajiban untuk saling menyempurnakan hubungan interaktif.

Penjelasan dari tingkat komunikasi adalah sebagai berikut:

Lingkaran di sebelah kiri adalah komunikator, sedangkan di sebelah kanan adalah komunikan terlibat dalam suatu komunikasi interaktif. Lapis pertama terjadi komunikasi klise. Pada lapis ke dua adalah komunikasi obyektif, selanjutnya

komunikasi argumentatif, komunikasi yang melibatkan perasaan dan lapis yang paling dalam adalah komunikasi dialog.

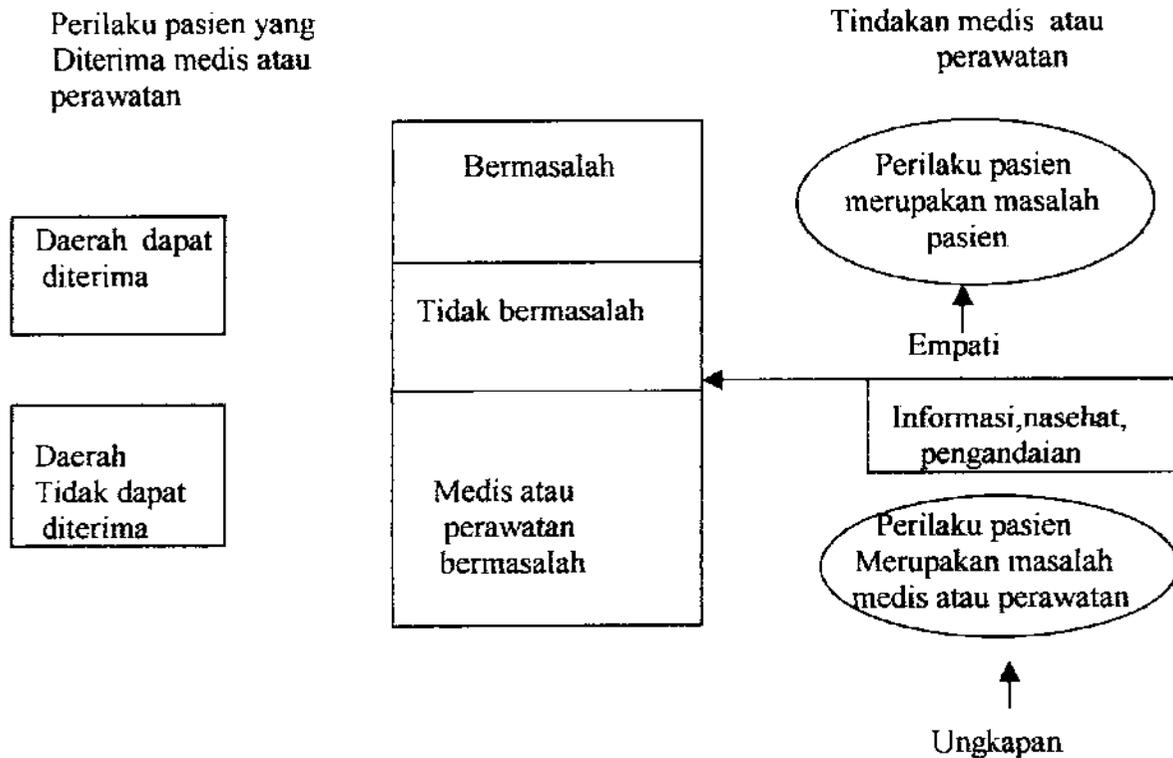
Tingkat komunikasi dapat dilihat pada Gambar 2.17 berikut ini.



Sumber : Pemasaran interaktif, Bahan Kuliah, Universitas Airlangga, Supriyanto, 2000, Hal.6.

Gambar 2.17 : Tingkat komunikasi

Sedangkan pola komunikasi medis, perawat dan pasien seperti pada Gambar 2.18 berikut ini :



Sumber : Pemasaran interaktif, Bahan Kuliah, Universitas Airlangga, Supriyanto, 2000, Hal.7

Gambar 12.18: Pola komunikasi medis, perawat dan pasien

Perilaku pasien dapat dibedakan ada yang diterima dan ada yang tidak dapat diterima medis atau perawatan. Perilaku yang dapat diterima medis atau perawatan, dibedakan bermasalah dan tidak bermasalah bagi medis atau perawatan, sedangkan perilaku yang tidak dapat diterima medis atau perawatan sudah tentu bermasalah bagi medis atau perawatan.

2.2.8 Faktor yang mempengaruhi komunikasi

Faktor yang mempengaruhi komunikasi dapat ditinjau dari komunikator dan komunikan.

Ditinjau dari komunikator, meliputi :

1. Kecakapan komunikator :

Komunikator yang baik adalah komunikator yang dapat menguasai cara menyampaikan buah pikiran, mudah dimengerti, sederhana, baik secara lisan maupun tertulis, yaitu :

- a. Cakap dalam memilih lambang atau simbol yang tepat untuk mengungkapkan buah pikiran.
- b. Bisa membangkitkan minat para pendengarnya.
- c. Pandai menarik perhatian.
- d. Dapat memancing lawan bicara untuk dapat mengemukakan pendapatnya.
- e. Tidak berbelit-belit dalam menyampaikan pesannya.

2. Sikap komunikator.

Sikap komunikator yang baik akan memperlancar suatu proses komunikasi

- a. Sikap sombong, angkuh, menyebabkan pendengar enggan dan menolak uraian komunikator.
- b. Cara duduk yang angkuh, tidak mau mendengar orang lain adalah cara atau sikap yang tidak terpuji.
- c. Sikap ragu-ragu bisa menyebabkan pendengar atau pemirsa kurang percaya terhadap komunikator.
- d. Sikap tegas yang ditampilkan harus bersumber pada hubungan kemanusiaan yang baik, sehingga pendengar percaya terhadap uraian komunikator.
- e. Semakin baik hubungan antar manusia seseorang, makin memperlancar arus komunikasi.

Beberapa sikap yang dapat mendukung berhasilnya komunikasi adalah :

- a. Sikap terbuka.
- b. Muka manis.
- c. Saling percaya.
- d. Rendah hati.
- e. Dapat menjadi pendengar yang baik.

3. Pengetahuan komunikator.

Keberhasilan dari komunikasi dipengaruhi oleh wawasan (kekayaan) pengetahuan pihak komunikator. Semakin dalam komunikator menguasai masalah akan semakin baik dalam memberikan uraian-uraiannya.

4. Sistem sosial

Komunikasi dipengaruhi oleh sosial. Sebagai contoh pembicaraan seorang bawahan terhadap atasan akan berbeda dengan pembicaraan kepada teman setingkat. Demikian pula bagi mereka yang berbicara di depan masyarakat tertentu, mereka akan menyesuaikan pula sifat-sifat masyarakat tadi. Hal ini sangat penting untuk menghindari adanya suatu kesenjangan.

5. Pengaruh komunikasi.

Pengaruh komunikasi yang lain adalah saluran atau alat tubuh dari komunikator terutama dalam bahasa lisan, misalnya suara mantap, ucapan jelas, intonasi suara yang tidak monoton akan lebih banyak menarik perhatian atau minat pendengar. Juga gerak anggota tubuh yang lain terutama yang diatur sedemikian rupa dapat mendukung suatu pembicaraan (tidak *over acting*). Oleh karena itu bila

ingin berhasil dalam komunikasi, alat tubuh kita harus baik pula, terutama alat indera dan alat bicara (vokal).

Ditinjau dari komunikan, meliputi :

1. Kecakapan.
2. Sikap.
3. Pengetahuan.
4. Sistem sosial.
5. Saluran (pendengar, penglihatan) dari komunikan.

Menurut Widayatun (1999) Faktor pemberi pesan (komunikator) yang mempengaruhi komunikasi adalah :

- a. Tergantung jelas tidaknya suara.
- b. Tergantung pada situasi yang memberi pesan.
- c. Tergantung dari kemampuan memberikan pesan, misalnya penggunaan bahasa.

Sedangkan dari penerima pesan (komunikan) antara lain :

- a. Ketidak mampuan si penerima dalam mendengar.
- b. Kemampuan pengertian terhadap arti dan pesan (persepsi).
- c. Tidak adanya perhatian terhadap komunikator ataupun pesan itu sendiri.

Ada tujuh faktor yang mempengaruhi proses komunikasi :

- a. Persepsi, perasaan, pikiran dari komunikator dan komunikan pada waktu proses komunikasi berlangsung.
- b. Adanya hubungan antara komunikator dan komunikan.
- c. Isi dari pesan.
- d. Kesungguhan dari komunikator dalam menyampaikan pesan.

- e. Situasi lingkungan.
- f. Cara-cara pesan itu disampaikan.
- g. Hasil terhadap komunikan.

Komunikasi yang baik dari seorang perawat mampu memberikan kepercayaan diri pasien. Dalam hal ini perlu ditekankan bahwa kesan lahiriah perawat mampu berbicara banyak, maksudnya mulai profil tubuh atau wajah terutama senyum dari perawat yang tulus, kerapian berbusana, sikap yang familiar dan yang lebih penting lagi cara berbicara atau komunikasi sehingga terkesan bertemperamen bijak. Kesemuanya ini mencerminkan seorang perawat yang berkepribadian. Untuk menjadikan komunikasi itu sebagai komunikasi yang baik, perawat memerlukan pengetahuan, ketulusan, semangat dan praktek komunikasi tersebut.

Faktor-faktor penghambat komunikasi :

- a. Kecakapan yang kurang dalam berkomunikasi.
- b. Sikap yang kurang tepat.
- c. Kurang pengetahuan.
- d. Kurang memahami sistem social.
- e. Prasangka yang tidak beralasan.
- f. Jarak fisik.
- g. Tidak ada persamaan persepsi.
- h. Indera yang rusak.
- i. Berbicara yang berlebihan.
- j. Mendominasi pembicaraan, dan lain sebagainya.

2.2.9 Komunikasi terapeutik dan komunikasi sosial

Menurut Purwanto (1993) komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar dan bertujuan untuk dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan, yaitu kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi *interpersonal* dengan titik tolak saling saling memberikan pengertian antara perawat dengan pasien. Persoalan mendasar dari komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan pasien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi antara perawat dan pasien, di mana perawat membantu dan pasien menerima bantuan.

Hubungan perawat-pasien yang terapeutik adalah pengalaman belajar bersama dan pengalaman untuk memperbaiki emosi pasien. Hubungan terapeutik antara perawat-pasien adalah hubungan kerja sama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan dan pikiran dalam membina hubungan intim yang terapeutik. Dalam hubungan terapeutik perawat-pasien, perawat menempatkan dirinya secara terapeutik dalam membantu pasien.

Menurut Widayatun (1999) komunikasi terapeutik memudahkan pembentukan hubungan kerja antara perawat dengan klien dan memenuhi tujuan proses perawatan. Ini memungkinkan pengumpulan data yang memadai dan benar. Bila komunikasi terapeutik digunakan, maka perencanaan, pelaksanaan dan penilaian dilakukan dengan klien. Oleh karena itu komunikasi terapeutik memperkenalkan dan mendorong kesamaan atau pembagian sepanjang hubungan perawat dengan klien. Teknik terapeutik terpenting yang digunakan oleh perawat adalah mendengar.

Umumnya penggunaan teknik komunikasi non terapeutik merintang komunikasi yang efektif dan pembentukan hubungan perawat-klien yang menolong. Teknik non terapeutik yang paling merusak hubungan adalah kegagalan untuk mendengar. Kegagalan untuk mendengar menunjukkan ketidak sanggupannya untuk menempatkan kebutuhan diri sesudah kebutuhan klien. Karena tingkat yang lebih tinggi dalam mendengar adalah mawas diri dan memerlukan partisipasi aktif dari perawat di dalam proses komunikasi .

Perbedaan komunikasi terapeutik dan komunikasi sosial dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Komunikasi terapeutik.

- a. Terjadi antara perawat dengan pasien atau anggota tim kesehatan lainnya
- b. Umumnya lebih akrab, karena mempunyai tujuan berfokus pada pasien yang membutuhkan bantuan.
- c. Perawat secara aktif mendengarkan dan memberi respons kepada pasien dengan cara menunjukkan sikap mau menerima dan mau memahami, sehingga dapat mendorong pasien untuk berbicara secara terbuka tentang dirinya. Selain itu membantu pasien untuk melihat dan memperhatikan apa yang tidak disadari sebelumnya.

2. Komunikasi sosial.

- a. Terjadi setiap hari antar orang perorang, baik dalam pergaulan maupun dalam lingkungan kerja.
- b. Komunikasi bersifat dangkal, karena tidak mempunyai tujuan.
- c. Lebih banyak terjadi dalam pekerjaan, aktivitas sosial dan lain-lain.

- d. Pembicara tidak mempunyai focus tertentu, tetapi lebih mengarah kebersamaan dan rasa senang.
- e. Dapat direncanakan, tetapi dapat juga tidak direncanakan.

Teknik komunikasi terapeutik, terdiri dari mendengarkan dengan aktif, pertanyaan terbuka, mengulang kembali, klarifikasi, refleksi, memfokuskan pembicaraan, membagi persepsi, identifikasi tema, diam, memberi saran, memberi kesempatan pada pasien untuk memulai pembicaraan dan memberi penghargaan atau *respect*.

Perawat dalam berkomunikasi dengan pasien harus dapat menerima pesan sebagai manusia seutuhnya dan perawat harus dapat menerima setiap orang yang berbeda satu dengan yang lain.

Humor adalah penting bagi kesehatan mental. Dengan humor dapat menciptakan hubungan antar manusia dengan lebih cepat dan hangat dengan humor dapat menimbulkan komunikasi yang efektif.

Perawat memang diakui juga mempunyai kebutuhan manusiawi yang harus dipenuhi pula. Namun layanan untuk memberikan bantuan perawatan yang paripurna terhadap klien selalu lebih diutamakan, terutama dalam pemenuhan kebutuhan klien. Hubungan yang terbina ini akan lebih baik jika perawat dapat meningkatkan pengetahuannya dalam komunikasi perawatan sesuai dengan tuntutan jaman.

Perhatian yang utama oleh klien sebagai mitra kerja dan secara bersama pula memecahkan masalah yang dihadapinya bersama-sama dengan perawat. Kerja sama yang baik ini bias dicapai bila perawat mempunyai pengetahuan komunikasi, di samping pengetahuan dan ketrampilan serta kepribadian yang positif.

Untuk dapat melaksanakan komunikasi yang baik, seseorang harus memiliki simpati dan empati. Oleh karena itu seorang perawat harus memiliki dan dapat menciptakan rasa simpati umpamanya dalam membantu dan meringankan apa yang dirasakan pasien, antara lain perasaan nyeri, penderitaan mental dengan memberikan perhatian dan kasih sayang.

Kadang-kadang rasa simpati ini diikuti dengan empati, di mana seorang perawat mencoba untuk secara langsung merasakan gejala perasaan pasiennya. Menurut Bradford (1997) prasyarat untuk mengembangkan empati adalah keinginan untuk memahami orang lain. Rasa empati ini tidak dapat digunakan secara terus menerus, karena dapat berakibat kurang baik.

2.2.10 Wawancara

Wawancara banyak digunakan dalam hubungan perawat-pasien, ataupun dalam menjalankan tugas keperawatan perlu menggunakan prinsip komunikasi. Di dalam tugas keperawatan, wawancara yang berhasil sering menghasilkan informasi yang penting dan mutu keperawatan yang tinggi. Oleh karena itu perlu diperhatikan prinsip, yaitu :

1. Pasien diberi inisiatif untuk mengemukakan pendapatnya.
2. Pendekatan yang digunakan tidak langsung.

Dalam wawancara hendaknya tidak bertanya langsung pada pokok persoalan. Mungkin dapat dimulai dengan memberikan kesempatan kepada yang diwawancara untuk tenang, sehingga dapat menghasilkan wawancara yang optimal.

2.2.11 Efektifitas komunikasi

Apabila seseorang berkomunikasi dengan orang lain dalam rangka menyampaikan gagasannya, maka akan terjadi dua kemungkinan, yaitu :

1. Komunikasi tersebut efektif, berhasil mencapai tujuan.
2. Komunikasi tidak efektif, mengalami kegagalan, artinya tujuan komunikator tidak tercapai.

Ada dua faktor utama yang mempengaruhi efektifitas suatu proses komunikasi, yaitu :

1. Faktor personal (kepribadian).
2. Faktor situasional.

Pengaruh faktor personal atau kepribadian, yaitu menyangkut kepribadian pengirim dan penerima pesan, merupakan faktor internal dari ke dua belah pihak, terdiri dari faktor yang bersifat biologis dan faktor yang bersifat psikologis. Faktor yang bersifat biologis memberikan pengaruh atas efektivitas komunikasi bersumber dari struktur biologisnya, antara lain :

1. Aturan yang sudah terprogram secara genetis dalam jiwa manusia, seperti kecerdasan, emosi, kemampuan sensasi (yaitu kemampuan panca indera seseorang untuk menangkap sinyal dari luar).
2. Sistem syaraf yang mengatur pekerjaan otak dan proses pengolahan informasi dalam jiwa manusia.
3. Sistem hormonal, selain mempengaruhi mekanisme biologis seperti kebutuhan akan makanan atau minuman, istirahat, seksual dan kesehatan yang baik juga mempengaruhi proses psikologis seperti adanya *instink*.

Faktor yang bersifat psikologis memberikan pengaruh terhadap efektivitas komunikasi terhadap :

1. Komponen afektif, menyangkut aspek emosional, seperti motif ingin tahu, kompetensi, cinta, harga diri dan identitas diri, kebutuhan akan nilai, kedambaan dan makna kehidupan, pemanfaatan potensi diri, sikap dan emosi.
2. Komponen kognitif, menyangkut aspek intelektual, seperti kepercayaan dan keyakinan benar-salah atas dasar bukti, sugesti otoritas, pengalaman dan intuisi. Kepercayaan dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan dan kepentingan.
3. Komponen konatif, menyangkut aspek volisional, seperti kebiasaan dan kemauan.

Pengaruh faktor situasional, yaitu faktor situasi yang ada di sekitar tempat terjadinya proses komunikasi, merupakan faktor eksternal, yang juga mempengaruhi efektivitas komunikasi. Faktor situasional, meliputi :

1. Lingkungan fisik

Berupa kenyataan yang dapat diobservasi atau dirasakan dari lingkungan di mana proses komunikasi itu berlangsung, meliputi :

- a. Faktor ekologis
 - b. Faktor rancang ruang
 - c. Faktor waktu
 - d. Faktor suasana perilaku
 - e. Faktor teknologi
 - f. Faktor sosial
2. Lingkungan psikologis yang kita persepsikan, seperti lingkungan tempat tinggal, kantor dan organisasi, yang lazim disebut iklim, mempengaruhi perilaku

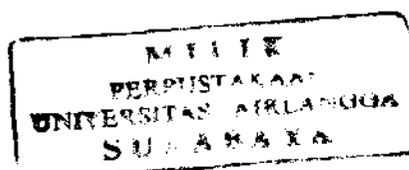
komunikasi. Dalam sebuah organisasi, iklim psikologi sosial mengarahkan persepsi orang tentang kebebasan individu, tingkat keakraban, pengawasan, kesempatan maju, sangat mempengaruhi perilaku komunikasi orang yang berada di dalamnya.

3. Rangsangan yang mendorong dan memperteguh perilaku, merupakan situasi yang mempengaruhi kelayakan berperilaku tertentu, termasuk berkomunikasi, seperti bicara dengan kata kasar atau jorok di kalangan masyarakat tertentu sebagai hal yang biasa, tetapi di lingkungan masyarakat lain merupakan hal yang tabu.

Tanda-tanda komunikasi yang efektif, paling tidak akan menimbulkan 5 (lima) hal, yaitu :

1. Kesenangan

Munculnya kesenangan pada awal komunikasi sangat tergantung pada materi pesan yang dikirimkan maupun umpan baliknya. Kalau materi pesan dirasakan sesuai dengan kebutuhan dan atau sekurang-kurangnya tidak bertentangan dengan nilai dan norma yang dianut oleh pihak-pihak yang berkomunikasi, maka si penerima pesanterlebih dahulu akan merasa senang untuk berkomunikasi. Pengetahuan tentang kecocokan atau kesesuaian isi pesan didapat melalui umpan balik yang diberikan oleh penerima pesan, baik secara verbal melalui ucapan dan tulisan maupun secara non verbal dalam bentuk perubahan raut muka, gerakan berpaling atau lainnya. Oleh karena itu komunikasi yang efektif haruslah merupakan proses dua arah, di mana ke dua belah pihak yang terlibat dalam komunikasi harus menghndari isi pesan atau ucapan-ucapan yang tidak disenangi oleh pihak lain.



2. Hubungan sosial yang baik

Munculnya hubungan sosial yang baik dipengaruhi oleh gaya bicara masing-masing pihak yang berkomunikasi. Hal ini terkait dengan kemampuan berkomunikasi. Secara verbal dan nonverbal untuk menciptakan rasa senang dan persahabatan serta suasana emosi yang mendukung penerimaan pesan. Oleh karena itu perawat harus mampu menjadi pendengar yang baik.

Ciri-ciri pendengar yang efektif antara lain adalah

- a. Tidak berprasangka buruk dan tidak memberikan penilaian tergesa-gesa terhadap pembicara dan isi pesannya.
- b. Menghindari interupsi ketika si pembicara sedang menyampaikan pesannya.
- c. Memberikan anggukan sambil disela dengan ucapan “ ya, ya. Ooh begitu ?” sebagai tanda setuju terhadap isi pembicaraan.
- d. Memandang pembicara dengan penuh harapan, tanpa mengatakan sesuatu.
- e. Mengulangi kata terakhir yang diucapkan pembicara dan ucapan “waah, saya betul-betul mendapat sesuatu yang baru”.

Menjadi pendengar yang efektif sangat penting di dalam proses komunikasi, karena :

- a. Setiap orang ingin merasa penting di mata orang lain.
- b. Orang akan memberikan informasi lebih banyak lagi, jika ia tahu bahwa orang lain mendengarkan pembicaraannya.
- c. Merupakan kesempatan yang baik sekali untuk menyerap sebanyak mungkin pengetahuan dan pengalaman pembicara sebagai bahan belajar mengenai sistem sosial dan kebudayaan mereka.

3. Menimbulkan pengertian.

Seseorang mempunyai perbedaan dalam menginterpretasikan suatu pesan atau informasi yang diterimanya. Ia akan mengerti dan bereaksi terhadap pesan yang diterimanya sesuai dengan hasil interpretasinya. Oleh karena itu komunikasi dua arah menjadi sangat penting untuk mengukur apakah interpretasi penerima terhadap pesan yang disampaikan sudah sesuai dengan apa yang dimaksudkan oleh pengirim pesan. Jika belum, pengirim pesan perlu menjelaskan kembali apa yang ia maksudkan. Oleh karena itu agar perawat dapat mengerti pesan yang disampaiannya, maka perawat hendaknya :

- a. Memahami dan menggunakan bahasa yang dimengerti oleh pasien setempat dengan segala dialek yang mereka gunakan sehari-hari.
- b. Menghindari penggunaan istilah yang barangkali asing bagi pasien.
- c. Menyampaikan suatu gagasan yang bias ditangkap oleh kemampuan berpikir pasien.
- d. Mengemukakan pesan komunikasi secara singkat, jelas, terfokus dan terukur pencapaiannya, untuk menghindari salah interpretasi.

4. Menimbulkan pengaruh pada sikap.

Sikap merupakan kecenderungan seseorang untuk menginterpretasikan sesuatu untuk bertindak atas dasar hasil interpretasi yang diciptakannya. Sikap seseorang terhadap sesuatu dibentuk oleh pengetahuan, kebudayaan antara lain norma dan nilai serta sistem kepercayaan yang dianut.

5. Tindakan yang sesuai.

Tindakan yang dimaksud adalah tindakan dari penerima pesan yang sesuai dengan isi pesan. Apabila tindakan tidak sesuai dengan isi pesan, maka komunikator perlu melakukan introspeksi terhadap dirinya sendiri, apakah ia sudah menyampaikan pesan yang menyenangkan, bersahabat, dapat dimengerti oleh penerima pesan, serta apakah ia telah memberi waktu yang cukup untuk terjadinya proses perubahan sikap dalam diri penerima pesan. Kalau belum, maka perawat harus lebih meningkatkan lagi ketrampilannya.

2.3 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Menurut pengertiannya, puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Berdasarkan Ristiyani dan Suroso (2001) Puskesmas mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu, terjangkau oleh masyarakat dan sebagai motor pembangunan kesehatan di wilayah kerja masing-masing. Sistem pelayanan Puskesmas adalah sistem pelayanan terpadu. Maksudnya, pelayanan pengobatan umum dan gigi (kuratif), tindakan medis ringan, pelayanan pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) dan pemulihan (rehabilitatif) dilakukan dalam satu sistem. Keterpaduan terlihat dalam proses manajemen, perencanaan disusun secara terpadu, pelaksanaan dalam satu gedung atau bila di luar gedung dilakukan terpadu dan pemantauan atau evaluasi dilaksanakan secara terpadu. Puskesmas

dipimpin oleh seorang Kepala Puskesmas yang memimpin dan mengelola semua pelayanan tersebut di atas.

Sedangkan pengertian puskesmas swadana adalah puskesmas yang diberi wewenang mengelola sendiri penerimaan fungsionalnya untuk keperluan operasional dan mengoptimalkan mobilisasi pembiayaan masyarakat. Tujuan puskesmas swadana adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan, meningkatkan jangkauan pelayanan, meningkatkan pengembangan sumberdaya manusia dan profesionalisme petugas serta meningkatkan manajemen puskesmas, termasuk keuangan.

2.4 Keperawatan

Keperawatan adalah suatu profesi yang mempunyai ciri dan kriteria tertentu, diantaranya memiliki *body of knowledge* dan berbentuk pelayanan yang berorientasi pada masyarakat. Pengertian keperawatan yaitu suatu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang meliputi aspek bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga atau masyarakat yang sehat maupun yang sakit yang mencakup siklus hidup manusia.

Keperawatan merupakan salah satu profesi yang mempunyai bidang garap pada kesejahteraan manusia, yaitu dengan memberikan bantuan pada individu yang sehat dan yang sakit untuk dapat menjalankan fungsi hidup.

1. Bidan

Bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Bidan yang telah diakui Pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku. Bidan dalam menjalankan prakteknya berwenang untuk

memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kebidanan, pelayanan keluarga berencana dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Pelayanan kebidanan di atas ditujukan kepada Ibu dan anak. Pelayanan kebidanan kepada Ibu diberikan pada masa pra nikah, pra hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, menyusui dan masa antara (periode interval) yang meliputi:

- a. Penyuluhan dan konseling.
- b. Pemeriksaan fisik.
- c. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.
- d. Pertolongan pada kehamilan abnormal yang mencakup Ibu hamil dengan abortus iminens, hiperemesis gravidarum tingkat I, preklamsia ringan dan anemia ringan.
- e. Pertolongan persalinan normal.
- f. Pertolongan persalinan abnormal, yang mencakup letak sungsang, partus macet kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini (KPD) tanpa infeksi, perdarahan post partum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteri, primer, post term dan pre term.
- g. Pelayanan Ibu nifas normal.
- h. Pelayanan Ibu nifas abnormal yang mencakup retensio plasenta, renjatan dan infeksi ringan.
- i. Pelayanan dan pengobatan pada kelainan ginekologi yang meliputi keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.

Sedangkan pelayanan kebidanan kepada anak diberikan pada masa bayi baru lahir, masa bayi, masa anak balita dan masa pra sekolah, meliputi :

- a. Pemeriksaan bayi baru lahir.
- b. Perawatan tali pusat.
- c. Perawatan bayi.
- d. Pemantauan tumbuh kembang anak.
- e. Pemberian pengobatan pada penyakit ringan.
- f. Pemberian penyuluhan.

Bidan mempunyai kewenangan untuk :

- a. Memberikan suntikan pengebalan.
- b. Memberikan suntikan pada penyulit kehamilan.
- c. Bimbingan senam hamil.
- d. Kuretase digital untuk sisa jaringan konsepsi.
- e. Episiotomi.
- f. Penjahitan luka episiotomi dan luka jalan lahir.
- g. Amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm.
- h. Pemberian infus.
- i. Pemberian suntikan intramuskuler uterotonika, antibiotika dan sedativa.
- j. Kompresi bimanual.
- k. Versi ekstraksi gemelli pada kelahiran bayi ke dua, dan seterusnya.
- l. Vakum ekstraksi dengan kepala bayi di dasar panggul.
- m. Penendalian anemi.
- n. Meningkatkan pemeliharaan dan penggunaan susu Ibu.

- o. Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia dan hipotermi.
- p. Pemberian minum dengan sonde atau pipet.
- q. Pemberian obat-obatan terbatas.
- r. Pemberian surat keterangan kelahiran dan kematian.

2. Kode etik keperawatan

Merupakan salah satu ciri atau persyaratan profesi, yang memberikan arti penting dalam penentuan, pertahanan dan peningkatan standar profesi. Kode etik menunjukkan bahwa tanggung jawab dan kepercayaan dari masyarakat telah diterima oleh profesi. Apabila seorang anggota melanggar kode etik profesi, maka organisasi dapat memberi sanksi atau mengeluarkan anggota tersebut. Secara umum tujuan kode etik keperawatan adalah sebagai berikut :

- a. Sebagai aturan dasar terhadap hubungan antara perawat, pasien, tenaga kesehatan, masyarakat dan profesi.
- b. Sebagai standar dasar untuk mengeluarkan perawat yang tidak mentaati peraturan dan untuk melindungi perawat yang menjadi pihak tertuduh secara tidak adil.
- c. Sebagai dasar pengembangan kurikulum pendidikan keperawatan dan untuk mengorientasikan lulusan baru pendidikan keperawatan dalam memasuki jajaran praktek keperawatan profesional.
- d. Membantu masyarakat dalam memahami perilaku keperawatan profesional.

Menurut Megan (1989) dalam Priharjo (1995) hak-hak pasien meliputi :

- a. Hak untuk mendapat pelayanan kesehatan yang adil, memadai dan berkualitas.
- b. Hak untuk diberi informasi.

- c. Hak untuk dilibatkan dalam pembuatan keputusan tentang pengobatan dan perawatan.
- d. Hak untuk memberikan *informed consent*.
- e. Hak untuk menolak suatu *consent*.
- f. Hak untuk mengetahui nama dan status tenaga kesehatan yang menolong.
- g. Hak untuk mempunyai pendapat ke dua.
- h. Hak untuk diperlakukan dengan hormat.
- i. Hak untuk konfidensialitas (termasuk privasi).
- j. Hak untuk memilih integritas tubuh.
- k. Hak untuk kompensasi terhadap cedera yang tidak legal.
- l. Hak untuk mempertahankan dignitas (kemuliaan) termasuk *dying with dignity*.

3. Etika hubungan perawat-pasien-dokter

Perawat, pasien dan dokter adalah tiga unsur manusia yang saling berhubungan selama mereka masih terkait dalam suatu hubungan timbal balik pelayanan kesehatan. Kedokteran dan keperawatan mempunyai persamaan, yaitu sama-sama berfokus pada manusia. Perbedaannya adalah kedokteran lebih bersifat *paternalistic*, yang mencerminkan *figure* seorang bapak, pemimpin dan pembuatan keputusan (*judgement*). Sedangkan keperawatan lebih bersifat *mothernalistic*, kasih sayang dan bantuan (*helping relationship*).

a. Hubungan dokter-perawat

Menurut Stasz dan Hollander (1990) dalam Priharjo (1995) mengembangkan model hubungan dokter-perawat

1. Model Aktivitas-Pasivitas

Suatu model di mana dokter berperan aktif dan pasien berperan pasif. Model ini tepat untuk bayi, pasien koma, pasien dibius dan pasien dalam keadaan darurat. Dokter pada posisi mengatur semuanya, merasa mempunyai kekuasaan dan identitas pasien kurang diperhatikan. Model ini bersifat otoriter dan paternalistik.

2. Model hubungan membantu

Model ini terdiri dari pasien yang mempunyai gejala mencari bantuan dalam bentuk perlakuan atau pengobatan. Timbal baliknya pasien diharapkan bekerjasama dengan mentaati anjuran dokter. Dalam model ini, dokter mengetahui apa yang terbaik bagi pasien, memegang apa yang diminati pasien dan bebas dari prioritas yang lain. Model ini bersifat paternalistik walau sedikit lebih rendah.

3. Model partisipasi mutual

Model ini berdasarkan pada anggapan bahwa hak yang sama (kesejajaran) antara umat manusia merupakan nilai yang tinggi. Model ini mencerminkan asumsi dasar dan proses demokrasi. Interaksi menurut model ini menyebutkan bahwa pihak yang saling berinteraksi mempunyai kekuasaan yang sama, saling membutuhkan dan aktivitas yang dilakukan akan memberikan kepuasan ke dua belah pihak. Model ini mempunyai ciri bahwa setiap pasien mempunyai kemampuan untuk menolong dirinya sendiri yang merupakan aspek penting pada layanan kesehatan saat ini. Peran dokter dalam model ini adalah membantu pasien menolong dirinya sendiri.

Dari pespektif keperawatan, model ini ini penting untuk mengenal diri pasien dan kemampuan diri pasien. Model ini menjelaskan bahwa manusia mempunyai kemampuan untuk tumbuh dan berkembang. Keperawatan bersifat menghargai

martabat individu yang unik, berbeda satu sama lain dan membantu kemampuan dalam menentukan dan mengatur diri sendiri.

Menurut Veatch (1990) dalam Priharjo (1995) mengembangkan model hubungan dokter-pasien, sebagai berikut:

1. *The engineering model.*

Pilihan dibuat secara terus-menerus terhadap fakta, observasi, desain penelitian dan tingkatan statistik signifikansi dalam suatu kerangka nilai dengan praduga menurut ilmu murni.

2. *The priestly model.*

Dalam model ini, dokter memegang *figure* seorang ahli moral yang dapat memberitahu pasien apa yang harus dikerjakan pasien pada situasi tertentu. Tradisi ini berdasarkan nilai ctis. Hal ini mencerminkan pelaksanaan prinsip *paternalistic* dengan tidak memberitahukan berita buruk kepada pasien, tetapi memberikan suatu pemantapan yang tidak nyata. Model ini tidak menyertakan pasien dalam membuat keputusan, tetapi menyerahkan kebebasan pada dokter, misalnya pasien tidak diizinkan menolak transfusi darah yang menurut agamanya tidak diperbolehkan.

3. *The collegial model.*

Dokter dan perawat merupakan mitra dalam mencapai tujuan untuk menyembuhkan penyakit dan mempertahankan kesehatan pasien. Saling percaya dan percaya diri merupakan hal utama. Ke dua belah pihak mempunyai kedudukan yang sama.

4. *The contractual model.*

Dalam model ini, peserta yang mengadakan hubungan (interaksi) berharap untuk memegang ketaatan terhadap anjuran dan manfaat untuk ke dua belah pihak. Kesepakatan terhadap prinsip moral merupakan hal yang penting. Lebih lanjut dalam kesepakatan hubungan, pasien berhak menentukan nasib mereka. Dalam model ini terjadi curah pendapat tentang tanggung jawab dan kewajiban etis.

Dari berbagai model tersebut dapat disimpulkan bahwa ciri hubungan perawat-pasien-dokter cukup bervariasi, tergantung konteks yang mendasari hubungan. Misalnya pada suatu klinik, di mana dokter merupakan orang dominan, yang dibantu perawat berpendidikan rendah, dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan pengetahuan dan sosial ekonomi rendah, maka jenis hubungan akan cenderung pada model *engineering*. Sedangkan situasi di mana dokter, perawat dan pasien mempunyai latar belakang pendidikan, sosial ekonomi dan lainnya yang sejajar, maka hubungan akan lebih bersifat kolese.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, serta hubungan dengan dokter, dikenal beberapa peran perawat, yaitu :

a. Peran *independen* (mandiri).

Merupakan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan oleh perawat secara mandiri.

b. *Dependen* (tergantung pada dokter).

Peran perawat dalam melaksanakan program kesehatan di mana pertanggungjawaban dipegang oleh dokter, misalnya peran dalam pemberian obat-obatan.

c. *Kolaborasi (interdependen).*

Merupakan peran perawat dalam mengatasi permasalahan secara *team work* dengan tim kesehatan. Untuk memberikan perlindungan hukum bagi perawat, terutama dalam melaksanakan tindakan dependen, maka dokter dan perawat harus mengusahakan agar pernyataan dan order yang diberikan harus jelas dan *diketahui oleh ke dua belah pihak*. Contoh bentuk order ini adalah *the standing order*, di mana dokter memberikan kepercayaan kepada perawat untuk memberikan obat-obatan tertentu dalam jangka waktu tertentu. Bentuk order ini diterapkan, misalnya di Puskesmas, di mana dokter tidak dapat secara terus menerus memberikan pelayanan pengobatan langsung kepada pasien.

b. Hubungan perawat-pasien

Seorang pasien dalam situasi menjadi pasien mempunyai tujuan tertentu. Seorang perawat dalam menjadi perawat juga mempunyai tujuan tertentu. Kondisi yang dihadapi pasien merupakan penentu peran perawat terhadap pasien. Untuk menjelaskan peran perawat secara umum dapat digunakan kerangka teori yang mendasari nilai dan martabat manusia, pengembangan rasa percaya, pengukuran pemecahan masalah (*problem solving*) dan kolaborasi. Dalam konteks hubungan perawat-pasien, perawat dapat berperan sebagai konselor pada saat pasien mengungkapkan kejadian dan perasaan tentang penyakitnya. Perawat dapat pula berperan sebagai pengganti orang tua (terutama pada pasien anak), saudara kandung atau teman bagi pasien dalam mengungkapkan perasaan-perasaannya.

Pada dasarnya hubungan antara perawat-pasien berdasarkan pada sifat alamiah perawat dan pasien. Dalam interaksi perawat-pasien, peran yang dimiliki

masing-masing membentuk suatu kesepakatan atau persetujuan di mana pasien mempunyai peran dan hak sebagai pasien dan perawat mempunyai peran dan hak sebagai perawat. Dalam konteks hubungan perawat pasien, maka setiap hubungan harus didahului dengan kontrak dan kesepakatan bersama, di mana pasien mempunyai peran sebagai pasien dan perawat sebagai perawat. Kesepakatan ini menjadi parameter bagi perawat dalam memutuskan setiap tindakan etis.

Menurut Abraham dan Shanley (1997) penggunaan bahasa yang profesional yang sesuai dengan pemahaman pasien merupakan hal penting bagi kesuksesan pembinaan hubungan dan kepuasan pasien.

2.5 Jasa Pelayanan Kesehatan

Menurut Supriyanto (2001) jasa adalah merupakan aktivitas, tindakan, perbuatan atau kepuasan yang ditawarkan untuk dijual pada pihak lain yang pada dasarnya *intangible* (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Contohnya rumah sakit, puskesmas, kursus, jasa telekomunikasi. Jasa juga sering sukar dibedakan dengan produk atau barang, karena pembelian barang tertentu kerap kali disertai dengan jasa khusus, misalnya garansi, sedangkan pembelian suatu jasa sering pula meliputi barang pelengkapanya.

Ciri atau karakteristik jasa pelayanan kesehatan mengikuti ciri umum dari suatu jasa dan ciri spesifik pelayanan kesehatan.

Ciri umum pelayanan jasa adalah sebagai berikut:

1. *Intangible* (sifat tidak tampak).

Jasa tidak dapat dilihat, dikecap, dirasakan, didengar, dicium atau diraba sebelum dibeli atau dikonsumsi atau diproduksi. Jasa adalah perbuatan, kinerja atau

usaha yang bisa dikonsumsi, tetapi tidak bisa dimiliki (berbeda dengan barang). Hasil pelayanan bibir sumbing tidak dapat dilihat sebelum dioperasi. Konsep *intangible* memiliki 2 (dua) pengertian, yaitu:

- a. Sesuatu yang tidak dapat disentuh dan tidak dapat dirasa.
- b. Sesuatu yang tidak dapat dengan mudah didefinisikan, diformulasikan, atau dipahami secara rohaniah.

Pada jasa kesehatan, meskipun sudah terjadi transaksi antara dokter dan klien masih tetap *intangible*. Klien tidak memiliki, klien hanya menggunakan, memanfaatkan atau menyewa jasa yang dibelinya. Namun demikian klien dapat mengalami perubahan kondisi akibat terapi tersebut. Perubahan kondisi, tanda (*sign and symptom*) adalah salah satu indikator kualitas jasa yang bisa dinilai. Kualitas jasa dapat disimpulkan menurut tempat (*place*), orang (*people*), peralatan (*equipment*) bahan komunikasi (*communication materials*), simbol dan harga yang mereka amati.

2. *Variability*.

Jasa sangat bervariasi, karena hasil tidak berstandar (*non-standardized output*), artinya banyak variasi bentuk, kualitas dan jenis, tergantung pada siapa, kapan, di mana jasa tersebut dihasilkan. Para pembeli sangat peduli dengan *variability* ini dan sering mereka meminta pendapat orang lain sebelum memutuskan untuk memilih. Jasa yang diberikan pada klien yang satu bisa berbeda dengan klien yang lain, meskipun diagnose penyakitnya sama. Hal ini bias terjadi, karena kebutuhan, keinginan dan harapan antara klien berbeda.

Ada 3 (tiga) tahap dalam pengendalian jasa atas dasar *variability*, yaitu:

- a. Melakukan investasi dalam *rekrutment* dan seleksi personil.
- b. Melakukan standarisasi proses pelaksanaan jasa (protap atau SOP)
- c. Memantau kepuasan klien melalui sistem saran dan keluhan, survei klien, sehingga pelayanan yang kurang baik dapat dideteksi atau dikoreksi.

3. *Inseparability*.

Jasa diproduksi dan dikonsumsi pada saat proses berjalan, artinya hasil (*output*) suatu jasa pelayanan sulit dipisahkan dengan prosesnya atau sumber pemberi pelayanan. Dengan kata lain produksi dan konsumsi terjadi secara serentak. Konsekuensi ini akan terjadi keterbatasan jumlah orang yang melayani.

4. *Inperishability*.

Barang adalah *perisable*, artinya dapat tahan lama, dapat disimpan bahkan dapat dijual kembali, sedangkan jasa tidak mungkin disimpan sebagai investasi atau diulang. Produk jasa pelayanan adalah orangnya itu sendiri. Hal mendukung bahwa jasa kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan sumbernya atau yang memberi pelayanan.

Pelayanan kesehatan dapat diklasifikasikan atas dasar sebagai berikut:

1. *People based* (atas dasar orangnya).
 - a. Tenaga profesional (medis, paramedis perawatan).
 - b. Tenaga trampil (penata *rontgen*, *laboratorist*).
 - c. Lainnya (penjaga, *cleaning service*).
2. *Equipment based services* (atas dasar peralatannya).
 - a. Peralatan otomatis (analisis darah, mesin pengukur darah).
 - b. Dioperasikan tenaga trampil (USG, alat *cardiac catheterization*).

- c. Dioperasikan tenaga relatif tidak trampil (peralatan dapur, operator telepon).
3. *Programme based services* (atas dasar upaya yang harus dijalankan)
- a. Upaya promotif (PKMRS).
 - b. Preventif (program imunisasi, pengendalian infeksi nosokomial).
 - b. Preventif (program imunisasi, pengendalian infeksi nosokomial)
 - c. Kuratif (bedah, non bedah).
 - d. Rehabilitasi.
4. Kombinasi.

2.5.1 Kesenjangan penyampaian jasa

Kesenjangan yang dapat terjadi dalam penyampaian jasa dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Kesenjangan antara harapan konsumen dan persepsi manajemen.

Manajemen tidak selalu dapat memahami secara tepat apa yang diinginkan pelanggan. Petugas mungkin berpikir bahwa pengurus rumah sakit menginginkan makanan yang lebih baik, tetapi pasien mungkin lebih mementingkan daya tanggap perawat.

2. Kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi kualitas jasa.

Manajemen mungkin memahami secara tepat keinginan pelanggan tetapi tidak menetapkan suatu set standar kinerja spesifik. Misalnya pengurus rumah sakit menyuruh perawat untuk memberikan pelayanan yang cepat tanpa menentukan secara kuantitatif.

3. Kesenjangan antara spesifikasi kualitas jasa dengan dan penyampaian jasa.

Para personel mungkin kurang terlatih, tidak mampu atau tidak memenuhi standar. Atau mereka dihadapkan pada standar yang berlawanan, seperti menyediakan waktu untuk mendengarkan para pelanggan dan melayani mereka dengan cepat.

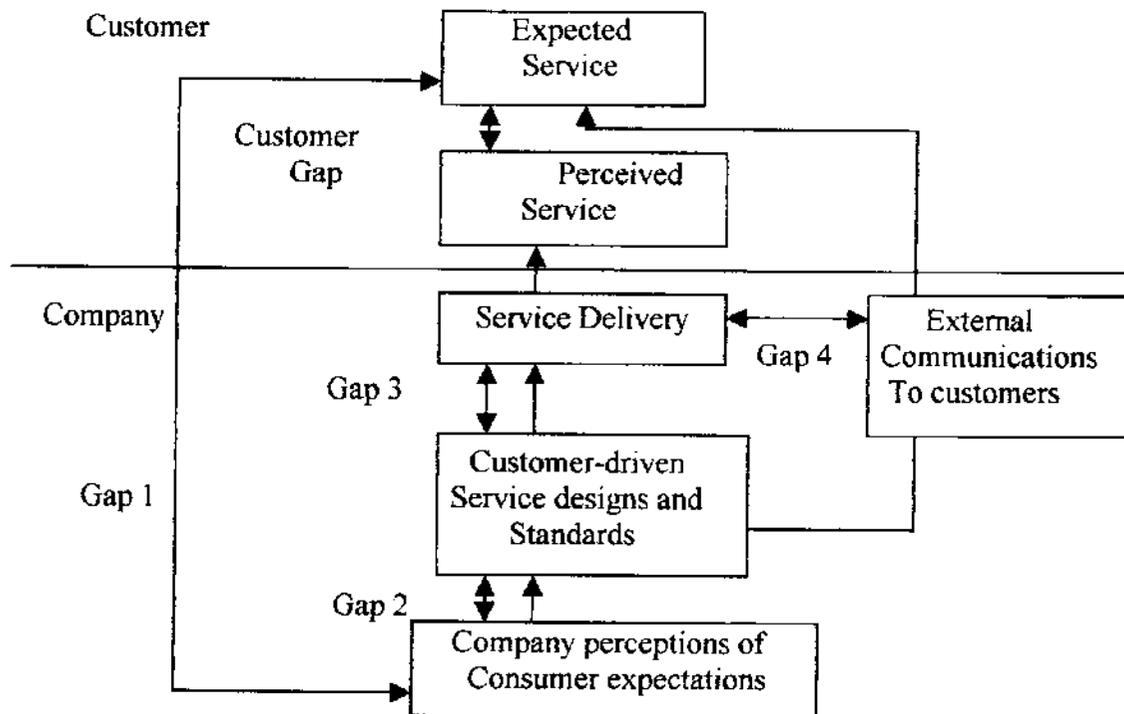
4. Kesenjangan antara penyampaian jasa dan komunikasi eksternal.

Harapan konsumen dipengaruhi oleh pernyataan yang dibuat oleh para wakil perusahaan dan iklan perusahaan. Jika suatu brosur rumah sakit memperlihatkan kamar yang indah tetapi begitu pasien tiba dan menemukan kamar yang tampak murahan dan tidak terawat, maka komunikasi eksternal itu telah mendistorsi harapan pelanggan.

5. Kesenjangan antara jasa yang dialami dan jasa yang diharapkan.

Kesenjangan ini terjadi apabila muncul persepsi yang keliru tentang kualitas jasa tersebut. Dokter mungkin terus menerus mengunjungi pasien untuk menunjukkan kepeduliannya, tetapi pasien menganggapnya sebagai indikasi bahwa ada sesuatu yang tidak beres.

Model yang mengidentifikasi lima kesenjangan (gap) yang dapat menyebabkan munculnya kegagalan penyampaian jasa dapat dilihat pada Gambar 2.19 berikut :



Sumber: Zeitham, V.A and Bitner M.J (2000) *Services Marketing*, Second Edition, Irwin McGraw-Hill, p.26

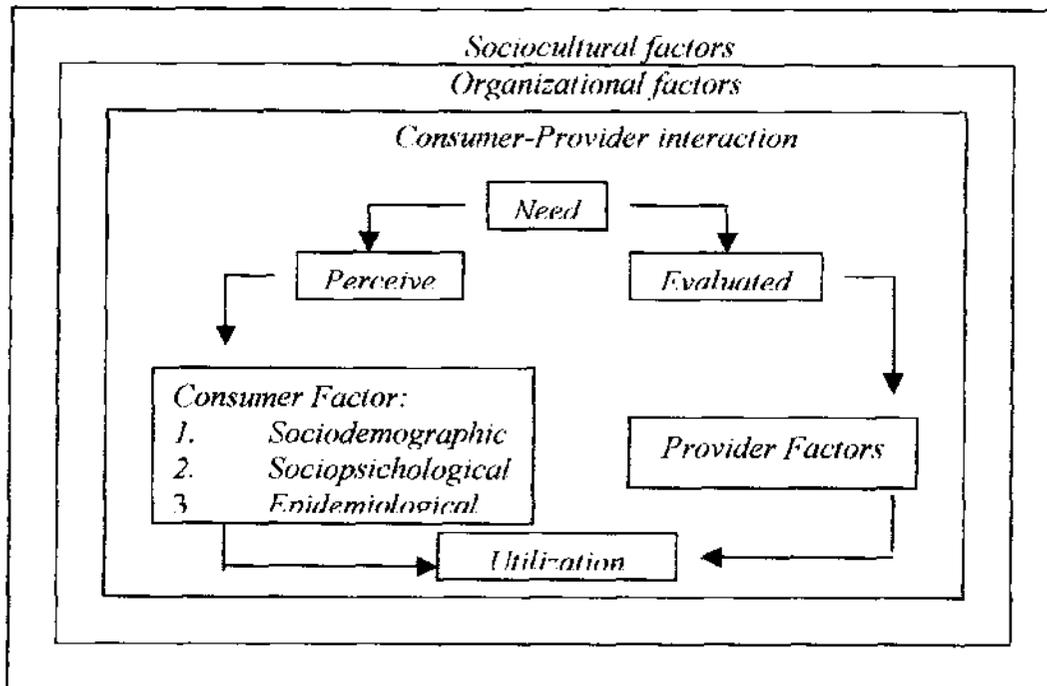
Gambar 2.19: Gaps Model of Service Quality

2.5.2 Utilisasi pelayanan kesehatan

Ada beberapa model teori utilisasi pelayanan kesehatan, sebagai berikut :

2.5.2.1 Model Alan Dever

Menurut Dever (1984) faktor yang mempengaruhi utilisasi atau pemanfaatan pelayanan kesehatan terdiri dari faktor sosio kultural, faktor organisasi dan faktor interaksi konsumen-provider seperti yang terlihat pada Gambar 2.20 berikut ini:



Sumber: Dever (1984). *Epidemiology in Health Service Management*. An Aspen Publication, Rockville, Maryland.

Gambar 2.20: Faktor yang mempengaruhi Utilisasi Pelayanan Kesehatan

a. Faktor Sosio Kultural, terdiri dari:

1. Norma dan nilai yang ada di masyarakat.

Norma, nilai sosial dan keyakinan yang ada di masyarakat akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak termasuk dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2. Teknologi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.

Kemajuan di bidang teknologi dapat mengurangi angka kesakitan, sehingga secara tidak langsung dapat mengurangi pula pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tetapi kemajuan teknologi juga dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, seperti pada kasus yang memerlukan teknologi penyinaran.

b. Faktor Organisasional, terdiri dari:

1. Ketersediaan Sumber Daya.

Sumber Daya yang cukup baik dari kuantitas maupun kualitas, sangat mempengaruhi pelayanan kesehatan.

2. Keterjangkauan lokasi.

Keterjangkauan lokasi, berkaitan dengan keterjangkauan tempat dan waktu yang diukur dengan jarak dan waktu tempuh, serta biaya perjalanan, seseorang akan mempertimbangkan hal ini akan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

3. Keterjangkauan sosial

Konsumen akan mempertimbangkan sikap petugas kesehatan terhadap konsumen karena atribut petugas seperti umur, etnis, jenis kelamin dan kemampuan membayar.

4. Karakteristik dari struktur organisasi formal dan dari cara pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan ada yang mempunyai struktur organisasi formal seperti rumah sakit, dan ada yang tidak formal seperti praktek perorangan.

c. Faktor interaksi konsumen-*provider*.

1. Faktor yang berhubungan dengan konsumen:

Tingkat kesakitan atau kebutuhan yang dirasakan oleh konsumen berhubungan langsung dengan pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan. Kebutuhan terdiri atas kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) dan *evaluate need (critical diagnosis)*. *Perceived need* dipengaruhi oleh:

- a. Faktor sosio demografi, meliputi umur, sex, ras, status perkawinan, jumlah keluarga, status sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan dan penghasilan).

- b. Faktor sosio psikologis, meliputi persepsi sakit, gejala sakit, kepercayaan atau keyakinan terhadap layanan medis.
 - c. Faktor epidemiologis, meliputi: morbiditas, mortalitas, *disability* dan factor risiko.
2. Faktor yang berhubungan dengan *provider*:
- a. Faktor ekonomi yang meliputi adanya barang substitusi, dan keterbatasan pengetahuan konsumen tentang penyakit yang dideritanya.
 - b. Karakteristik *provider* yang meliputi tipe pelayanan, sikap petugas, keahlian petugas dan fasilitas yang dimiliki oleh pelayanan kesehatan tersebut.

2.5.2.2 Model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*)

Menurut Wolinsky (1980) ada empat variabel kunci yang terlihat dalam tindakan pencarian pengobatan atas penyakit pada diri seseorang, yaitu :

- a. Kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit (*Perceived susceptibility*)

Seseorang akan bertindak untuk mencari pencegahan atau pengobatan terhadap suatu penyakit bila dia telah merasakan rentan terhadap penyakit tersebut. Seorang ibu hamil akan bertindak untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur bila telah merasakan rentan terhadap proses kehamilan dan persalinan yang akan dialaminya.

- b. Keseriusan yang dirasakan (*Perceived seriousness*).

Seseorang bertindak untuk mencari pengobatan karena didorong oleh keseriusan penyakit yang dideritanya. Seorang ibu hamil merencanakan untuk memeriksakan kehamilan dan melakukan persalinan ke tenaga kesehatan karena ibu tersebut merasa



bahwa akan mendapat pertolongan dan perawatan yang baik sehingga dapat melahirkan dengan lancar tanpa ada faktor penyulit yang berarti.

c. Manfaat yang diterima atau rintangan yang dialami dalam melawan penyakitnya (*Perceived benefits and barriers*).

Seseorang akan bertindak mencari pengobatan untuk mendapatkan manfaat (sembuh dari penyakitnya) atau menghindari rintangan yang dirasakan (terhindar dari akibat penyakit yang dideritanya). Seorang ibu hamil mungkin melakukan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan karena ibu tersebut merasa mendapatkan manfaat bisa mengetahui tanda-tanda bahaya kehamilan dan mendapat pertolongan sedini mungkin.

d. Isyarat atau tanda (*Clues*).

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, keseriusan dan keuntungan dari tindakan yang dilakukan oleh seseorang, diperlukan isyarat berupa faktor dari luar, misalnya berbagai pesan yang ada di media masa, nasehat atau anjuran para ahli, teman, anggota keluarga dan lainnya. Seorang ibu hamil dapat mengetahui kerentanan, keseriusan atau bahkan manfaat tindakannya dari berbagai pesan yang ada di media masa, nasehat dokter, bidan atau keluarga.

2.5.2.3 Model Pemanfaatan atau Penggunaan Pelayanan Kesehatan (*Health Service Utilization Model*)

Andersen dan Anderson (1979) dalam Wolinsky (1980) telah menggolongkannya menjadi beberapa model berdasarkan tipe variabel yang digunakan sebagai faktor penentu, yaitu:

a. Model Demografi (*Demographic Model*).

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah: umur, seks, status perkawinan dan besarnya keluarga. Perbedaan akan derajat kesehatan, derajat kesakitan dan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan diasumsikan akan berhubungan dengan seluruh variabel di atas.

Apabila kita perhatikan, variabel yang digunakan dalam model ini adalah variabel yang berasal dari dalam individu sendiri (*intrinsic*), yang secara langsung akan mempengaruhi kebutuhan seseorang dan apabila direalisasi dalam perbuatan akan menjadi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

b. Model Struktur Sosial (*Social Structural Model*).

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah pendidikan, pekerjaan dan suku bangsa atau etnis. Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah salah satu aspek gaya hidup (*life style*) seseorang, yang dipengaruhi oleh lingkungan fisik dan sosial psikologinya.

Variabel di atas juga merupakan variabel yang secara langsung mempengaruhi kebutuhan seseorang dan apabila direalisasi dalam perbuatan akan menjadi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

c. Model Sosial Psikologis (*Social Psychological Model*).

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah sikap dan keyakinan (*belief*) individu. Variabel sosial psikologis pada umumnya terdiri dari empat kategori, yaitu:

1. Kerentanan terhadap penyakit atau sakit yang dirasakan
2. Keseriusan penyakit atau sakit yang dirasakan

3. Keuntungan yang diharapkan dalam mengambil tindakan mengatasi penyakit atau sakitnya

4. Kesiapan tindakan individu

d. Model Sumber Daya Keluarga (*Family Resource Model*).

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan, keanggotaan dalam asuransi kesehatan. Variabel ini dapat digunakan untuk mengukur kemampuan bayar (daya beli atau tingkat ekonomi) individu atau keluarga untuk pelayanan kesehatan keluarga mereka.

Seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya dan merencanakan persalinannya dengan pertolongan bidan karena biayanya yang cukup terjangkau.

e. Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Model*)

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan berbagai sumber di dalam model ini adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan berbagai sumber di dalam masyarakat dan ketercapaian (*accessibility*) pelayanan kesehatan yang tersedia dan berbagai sumber di dalam masyarakat.

Seorang ibu hamil akan pergi ke Puskesmas atau polindes di desa tersebut karena pemerintah telah menyediakannya sebagai sarana pelayanan kesehatan yang keberadaannya dapat terjangkau oleh ibu hamil di desa tersebut.

f. Model Organisasi (*Organization Model*).

Variabel yang digunakan dalam model ini adalah pencerminan perbedaan bentuk sistem pelayanan kesehatan yaitu:

1. Gaya (*style*) praktek pengobatan (sendiri, rekanan atau kelompok).
2. Sifat (*nature*) dari Pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak).

3. Letak pelayanan kesehatan (tempat pribadi, Rumah Sakit, atau klinik).
4. Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, dukun, dan sebagainya).

Seorang ibu hamil memutuskan untuk memeriksakan kehamilannya ke petugas kesehatan karena gaya (*style*) prakteknya secara rekanan yang artinya apabila terjadi penyulit petugas tersebut sudah mempunyai tempat rujukan, sifat pembayarannya, letak pelayanannya dan petugas yang pertama kali kontak dengannya adalah bidan.

g. Model Sistem Kesehatan.

Keenam model penggunaan fasilitas kesehatan tersebut di atas tidak berbeda secara nyata, meskipun ada perbedaan dalam sifat (*nature*).

Model sistem kesehatan menggabungkan keenam model tersebut di atas ke dalam model yang lebih sempurna.

2.5.2.4 Model Perilaku Kesehatan (Lawrence Green).

Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (1985) bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi, faktor yang memudahkan dan faktor yang memperkuat.

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan persepsi dari seorang. Faktor ini lebih terkait dengan karakteristik individu atau masyarakat, misalnya umur, pendidikan, pengetahuan dan persepsi tentang pelayanan kesehatan, sikap, kepercayaan maupun keyakinan.
- b. Faktor yang memudahkan (*enabling factors*), terwujud dalam lingkungan fisik, misalnya tersedia atau tidaknya fasilitas kesehatan. Faktor ini lebih berkaitan dengan faktor lingkungan atau geografi, keterjangkauan.

c. Faktor yang memperkuat (*reinforcing factors*), terwujud dalam sikap dan perilaku petugas pelayanan kesehatan, perhatian petugas, keamanan yang dapat diberikan oleh petugas, kenyamanan klinik, dan sebagainya. Faktor ini lebih berkaitan dengan aspek petugas atau *provider*.

Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang tersebut, ketersediaan atau ketidaktersediaan fasilitas kesehatan serta sikap dan perilaku para petugas kesehatan.

Ke tiga faktor di atas saling berkaitan dan menunjang terjadinya perilaku menggunakan pelayanan kesehatan.

Ibu hamil tidak mau periksa ke puskesmas mungkin disebabkan karena ketidaktahuannya tentang peranan puskesmas terhadap penyembuhan penyakit atau tidak yakin bahwa Puskesmas dapat menyembuhkan penyakit (*predisposing factors*). Barangkali juga Puskesmas tersebut jauh dari tempat tinggalnya sedangkan yang dekat dengan rumahnya adalah dukun (*enabling factors*). Tetapi mungkin juga karena ia tidak suka terhadap petugas Puskesmas yang sikap dan perilakunya tidak diterima (*reinforcing factors*).

Jadi bila suatu ketika ada kunjungan dari suatu fasilitas pelayanan kesehatan rendah atau menurun, hal ini disebabkan karena banyak faktor yang saling terkait dan saling berpengaruh.

2.5.3 Pelayanan Antenatal (*Antenatal care*)

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan janinnya. Hal ini meliputi

pemeriksaan kehamilan dan tindak lanjut terhadap penyimpangan yang ditemukan, pemberian intervensi dasar (misalnya pemberian imunisasi TT dan tablet Fe), serta mendidik dan memotivasi Ibu agar dapat merawat dirinya selama hamil dan mempersiapkan persalinannya

Dalam penerapan praktis, sering dipakai standar minimal pelayanan antenatal 5 T, yang terdiri dari:

1. Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan
2. Pemeriksaan tekanan darah
3. Pengukuran tinggi fundus uteri
4. Pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) dua kali selama hamil
5. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama hamil

Beberapa istilah seperti kunjungan Ibu hamil, kunjungan baru Ibu hamil (K1), kunjungan Ibu hamil yang ke empat (K4) dan cakupan pelayanan antenatal dijelaskan sebagai berikut:

1. Kunjungan ibu hamil.

Adalah kontak antara Ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberi pelayanan antenatal standar untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan.

2. Kunjungan baru Ibu hamil (K1).

Adalah kontak Ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan.

3. Kunjungan Ibu hamil yang ke empat (K4).

Adalah kontak Ibu hamil yang ke empat atau lebih pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan, dengan distribusi kontak

minimal 1 kali pada trimester I, minimal 1 kali pada trimester II dan minimal 2 kali pada trimester III.

4. Cakupan pelayanan antenatal

Adalah prosentase Ibu hamil yang telah mendapat pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja.

Menurut Cicih, Hanifah dan Sari (2000) komponen penting pelayanan antenatal seharusnya meliputi :

1. Skrining dan pengobatan anemia, malaria dan penyakit menular seksual.
2. Deteksi dan penanganan komplikasi seperti kelainan letak, hipertensi, edema dan preeklampsia, serta
3. Penyuluhan tentang komplikasi yang potensial, kapan dan bagaimana cara memperoleh pelayanan rujukan.

Ibu hamil yang tidak pernah memeriksakan kehamilan mempunyai prosentase kematian perinatal yang paling tinggi. Risiko dari Ibu yang tidak pernah antenatal care adalah 7 kali lebih besar akan mengalami kematian perinatal dibandingkan dengan ibu yang melakukan antenatal care 4 kali lebih (Lubis, 1998).

Faktor risiko pada ibu hamil adalah :

1. Primi gravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
2. Jumlah anak lebih dari 4 orang.
3. Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun.
4. Tinggi badan kurang dari 145 cm.
5. Berat badan kurang dari 38 kg atau lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm.
6. Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat congenital.

7. Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau punggung.

Pengetahuan yang tidak memadai mengenai kesehatan reproduksi dan kegagalan mengikuti saran praktis merupakan masalah yang besar. Banyak wanita tidak melakukan kontrol kehamilan sebanyak empat kali selama kehamilannya. Akibatnya, banyak wanita hamil berisiko tinggi (yaitu mereka yang berusia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun serta telah melahirkan empat kali) tidak mengetahui tanda komplikasi yang mungkin terjadi (Cicik, Hanifah dan Sari, 2000).

Komplikasi pada masa hamil merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap hasil kehamilan. Ibu bersalin dengan komplikasi semasa hamil mempunyai risiko 2 kali lebih besar anaknya meninggal dunia dibandingkan dengan ibu bersalin tanpa komplikasi pada masa hamil. Salah satu komplikasi pada masa kehamilan yang banyak diderita adalah anemia. Ibu yang menderita anemia akan mempunyai risiko 2,1 kali melahirkan anak lahir mati dan 2,3 kali bayi yang dilahirkan akan mengalami kematian sebelum berusia 7 hari (Lubis, 1998).

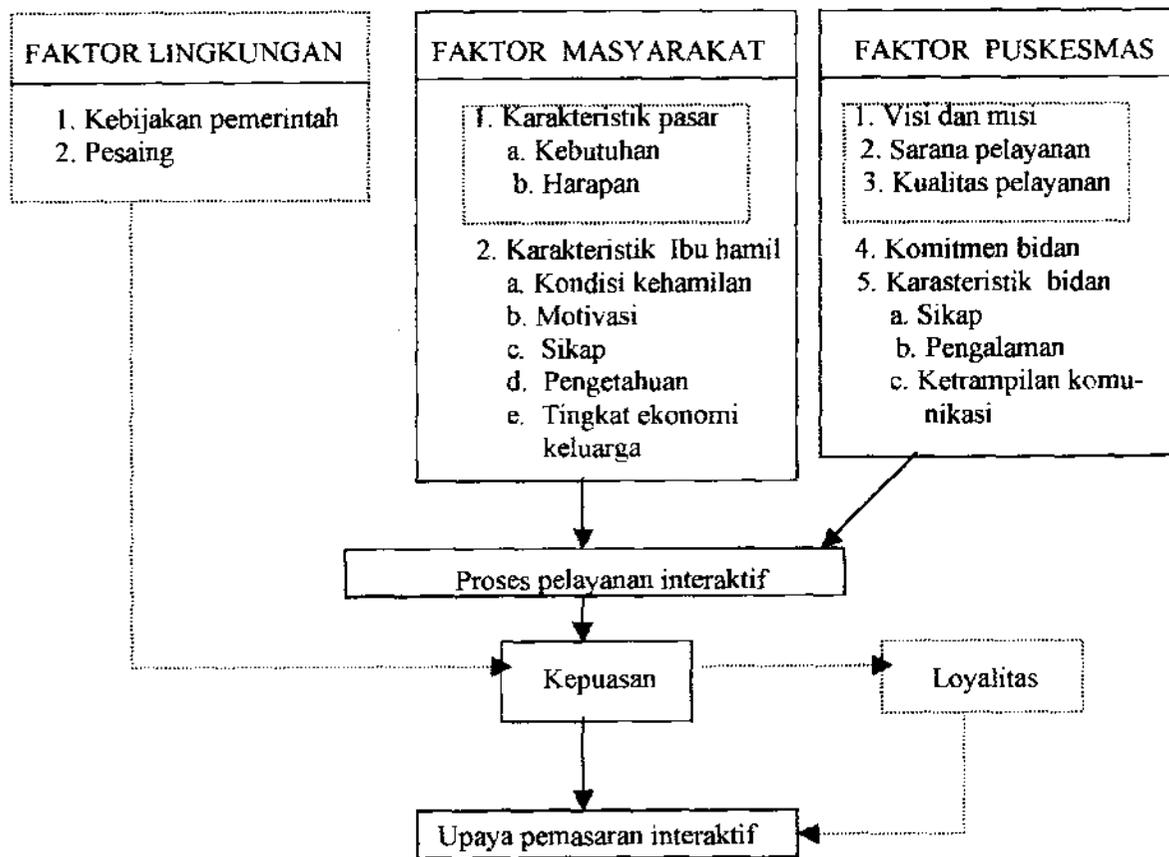
BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

Dari Penerapan proses pelayanan antenatal, perilaku ibu hamil dan pesaing pelayanan antenatal akan muncul isu kepuasan dan loyalitas, selanjutnya diperlukan pemasaran interaktif.

Dari uraian di atas dapat disusun kerangka konseptual seperti pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1 : Diagram Kerangka Konseptual

Keterangan:
--- : Tidak diteliti
— : Diteliti

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan dalam penelitian ini adalah observasional, karena melihat kejadian yang ada di lapangan tanpa intervensi dari peneliti dan antar variabel data ditentukan pada kurun waktu tertentu oleh karena itu disebut *crosssectional*.

4.2 Unit analisis dan Responden

4.2.1 Unit analisis

Unit analisis adalah Balai Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

4.2.2 Responden

Sebagai responden adalah Ibu hamil yang memeriksakan kehamilan selama penelitian, Bidan dan Kepala Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

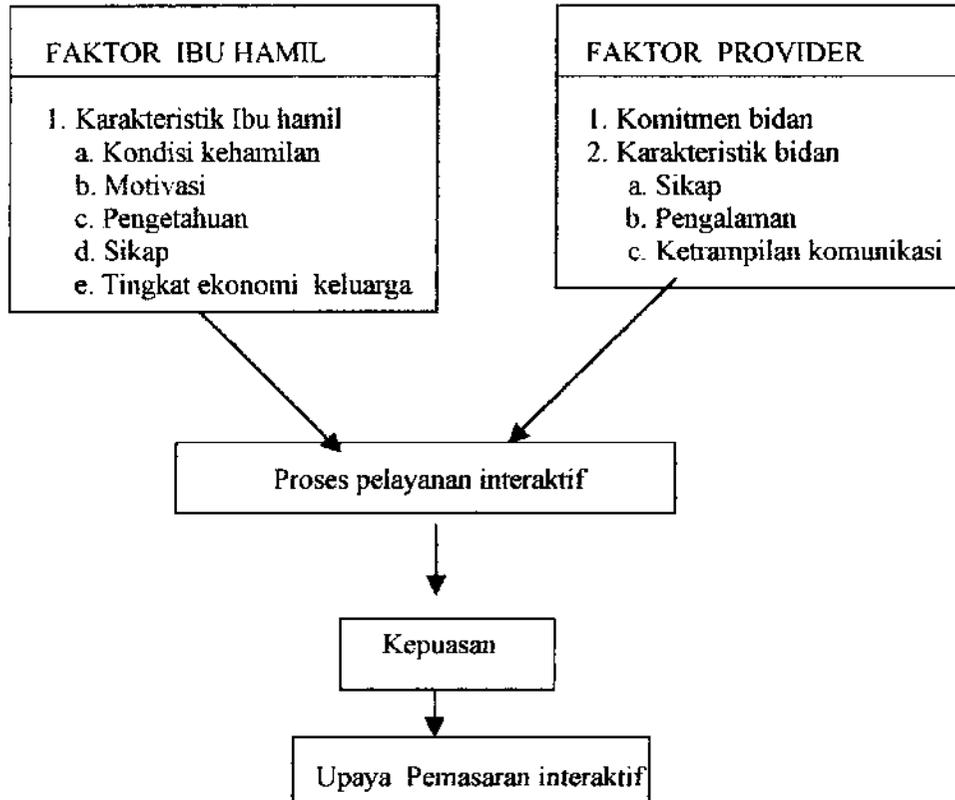
4.2.3 Teknik pengambilan sampel

Jadual pelayanan di BKIA Puskesmas Jagir, yaitu hari Senin untuk KIA dan KB, hari Selasa imunisasi, hari Rabu dan Kamis untuk pemeriksaan kehamilan dan hari Jum'at untuk umum. Pengambilan sampel dilakukan oleh peneliti pada hari Rabu dan Kamis antara bulan April sampai dengan Mei 2002.

Ibu hamil yang sedang memeriksakan kehamilan diamati mulai pertama kali mendapat pelayanan oleh Bidan sampai selesai sebagai suatu rangkaian (seri). Ketika Ibu hamil selesai mendapat pelayanan baru diwawancarai oleh peneliti dan penelitian dihentikan setelah mendapatkan pola pelayanan yang sama.

4.3 Operasionalisasi penelitian

Operasionalisasi penelitian ini disusun dalam Bagan kerangka operasional pada Gambar 4.1 berikut ini .



Gambar 4.1 : Diagram Kerangka Operasional

4.4 Variabel Penelitian, Definisi operasional Variabel dan cara pengukurannya

1. Karakteristik ibu hamil

Hal yang ada pada diri Ibu hamil yang dapat mempengaruhi terhadap pemilihan pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya, meliputi kondisi kehamilan, motivasi, pengetahuan, sikap dan tingkat ekonomi Ibu hamil.

a. Kondisi kehamilan

Kondisi kehamilan adalah keadaan kehamilan seorang pasien, yaitu Ibu hamil yang dapat mempengaruhi pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya, dengan parameter tinggi badan, lingkaran lengan atas, umur dan jumlah anak.

Faktor risiko pada Ibu hamil yang dilihat pada penelitian ini, meliputi tinggi badan kurang dari 145 cm, lingkaran lengan atas (LILA) kurang dari 21,5 cm, umur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun dan jumlah anak lebih dari 4.

Selain dilihat dari data sekunder, yaitu dengan melihat dari kartu status, kondisi kehamilan juga dilihat dari data primer, yaitu melalui alat ukur kuesioner dengan metode wawancara.

Ibu hamil dinyatakan normal atau termasuk risiko tinggi (didapat dari data sekunder) dan ibu hamil dinyatakan bermasalah atau tidak bermasalah (didapat dari data primer). Kriteria ibu hamil dikatakan berisiko tinggi (risti) apabila berumur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, Tinggi badan kurang dari 145 cm, Lingkaran Lengan Atas (LILA) kurang dari 21,5 cm dan jumlah anak lebih dari 4.

b. Motivasi Ibu hamil

Merupakan alasan dari Ibu hamil untuk datang ke Puskesmas Jagir Kota Surabaya, meliputi aspek biaya, aspek geografis, aspek pengalaman Bidan. Alat ukurnya adalah kuesioner dengan teknik wawancara.

Penilaian dilakukan terhadap Ibu hamil dengan parameter biaya murah, jarak dekat dengan rumah serta pengalaman bidan.

Dari penilaian motivasi Ibu hamil akan diketahui alasan Ibu hamil memeriksakan kehamilan ke Puskesmas Jagir.

c. Pengetahuan Ibu hamil

Merupakan pengetahuan Ibu hamil tentang kehamilan dan tentang pelayanan antenatal. Pengukuran pengetahuan ibu hamil tersebut menggunakan teknik wawancara berdasarkan panduan kuesioner. Parameter atau indikatornya adalah tanda-tanda bahaya kehamilan dan pelayanan antenatal yang diukur dengan skala nominal: Ya dan tidak. Kriteria hasil Kurang, cukup, baik dan sangat baik.

Dari kuesioner pengetahuan Ibu hamil tentang pelayanan antenatal dengan jumlah pertanyaan 10 item, apabila jawaban Ibu hamil benar kurang dari 6 item pertanyaan, maka Ibu hamil tersebut dinyatakan pengetahuannya kurang. Apabila jawaban yang benar 6 sampai 7, Ibu hamil dinyatakan pengetahuannya cukup. Apabila jawaban yang benar 8 sampai 9 item dinyatakan pengetahuannya baik serta apabila 10 item pertanyaan benar, maka Ibu hamil dinyatakan pengetahuannya sangat baik.

Untuk keseluruhan pengetahuan Ibu hamil, kurang diberi nilai 1, cukup diberi nilai 2, baik diberi nilai 3 dan sangat baik diberi nilai 4. Nilai komposit adalah total nilai per item dibagi dengan total item pertanyaan

d. Sikap Ibu hamil

Merupakan kecenderungan Ibu hamil dalam memilih tempat pemeriksaan kehamilan, baik yang sudah dilakukan atau kehamilan sebelumnya maupun rencana yang akan dilakukan setelah mendapat pelayanan di Poli BKIA Puskesmas Jagir.

Teknik pengukurannya adalah wawancara dengan panduan kuesioner. Dari hasil kuesioner akan diketahui tempat ibu hamil memeriksakan kehamilan pertama kali

dan rencana tempat Ibu hamil memeriksakan kehamilan setelah mendapat pelayanan.

e. Tingkat ekonomi

Tingkat ekonomi adalah kelas atau golongan ekonomi dari Ibu hamil yang memeriksakan kehamilan ke Puskesmas Jagir Kota Surabaya yang diukur dari pengeluaran Ibu hamil dan keluarganya tiap bulan.

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner dengan teknik wawancara. Kriteria hasil adalah tingkat atas, menengah dan bawah.

Apabila pengeluaran Ibu hamil dan keluarganya lebih dari 1 juta dinyatakan kelas atas, apabila 500 ribu sampai 1 juta termasuk kelas menengah dan apabila kurang dari 500 ribu termasuk kelas bawah.

2. Komitmen bidan

Merupakan keterikatan petugas untuk mencapai visi, misi dan tujuan organisasi dengan parameter disiplin, rajin bekerja, datang dan pulang tepat waktu serta absensi.

Dalam penelitian ini, komitmen bidan didapat dari data primer, yaitu wawancara yang dilakukan kepada Kepala Puskesmas dan bidan serta didapat dari data sekunder, yaitu *checklist* yang berasal dari absensi bidan.

Wawancara yang dilakukan kepada Kepala Puskesmas terdiri dari 3 soal untuk memberikan penilaian tentang kedisiplinan bidan, kedatangan dan kepulangan bidan. Sedangkan wawancara kepada bidan (satu soal) untuk mengetahui bidan betah, tidak betah, bosan atau senang bekerja di Puskesmas Jagir. Seluruh soal berjumlah 4 dengan kriteria hasil, yaitu kurang, cukup, tinggi dan sangat tinggi. Untuk absensi bidan, apabila lebih dari 30 % bidan absennya lebih dari 12 hari pertahun dianggap

komitmennya kurang. Apabila 20-30% bidan absennya lebih dari 12 hari pertahun dianggap komitmennya cukup. Apabila 11-19% bidan absennya lebih dari 12 hari pertahun dianggap tinggi serta dianggap komitmen cukup tinggi apabila 10% bidan absennya lebih dari 12 hari pertahun.

3. Karakteristik Bidan

Hal yang ada pada diri bidan yang dapat mempengaruhi dalam pemberian pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya, meliputi sikap, pengalaman dan ketrampilan.

a. Sikap

Merupakan kecenderungan Bidan dalam memberikan pelayanan antenatal kepada Ibu hamil yang datang memeriksakan kehamilan ke Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

Sikap bidan dalam penelitian ini meliputi 7 (tujuh) komponen, yaitu :

1. Bidan tidak selalu memberi perintah.
2. Bidan tidak menunjukkan muka cemberut atau masam.
3. Bidan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan Ibu hamil.
4. Bidan mendengarkan tidak sambil memalingkan wajah.
5. Bidan bicara sopan.
6. Sentuhan bidan tidak kasar.
7. Bidan tidak membedakan pelayanan.

Sikap Bidan dikatakan sangat baik apabila komponen tersebut selalu dilakukan oleh bidan diberi nilai 4, sikap bidan baik apabila sering dilakukan oleh bidan diberi nilai 3, sikap bidan cukup apabila kadang dilakukan oleh bidan diberi nilai 2 serta sikap bidan kurang apabila tidak pernah dilakukan bidan diberi nilai 1. Apabila nilai komposit yang

didapat 1,00 - 1,75 berarti sikap bidan kurang, nilai komposit 1,75 –2,50 sikap bidan cukup, nilai komposit 2,50 - 3,25 sikap bidan baik serta nilai komposit 3,25 – 4,00 sikap bidan sangat baik.

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner dengan teknik wawancara.

b. Pengalaman

Yang di maksud dengan pengalaman adalah pengalaman Bidan dalam memberikan pelayanan antenatal kepada Ibu hamil, yang dihitung berdasarkan masa kerja Bidan selama di Puskesmas Jagir Kota Surabaya dan di luar Puskesmas Jagir Kota Surabaya. Dalam penelitian ini masa kerja yang dihitung adalah masa kerja selama di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

Teknik pengukuran adalah wawancara dengan panduan kuesioner dengan kriteria hasil sebagai berikut : tidak berpengalaman bila masa kerja Bidan kurang dari 3 bulan, cukup berpengalaman bila masa kerja Bidan 3 bulan sampai 3 tahun, berpengalaman bila masa kerja Bidan antara 3 tahun sampai 10 tahun dan sangat berpengalaman bila masa kerja Bidan lebih dari 10 tahun.

d. Ketrampilan komunikasi.

Merupakan ketrampilan Bidan dalam melakukan komunikasi kepada Ibu hamil dalam memberikan pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

Dari kuesioner yang diberikan kepada Ibu hamil, indikator ketrampilan komunikasi bidan meliputi 4 (empat) komponen sebagai berikut:

1. Bahasa bidan mudah dimengerti.
2. Bidan mengucapkan salam.
3. Bidan menatap ibu hamil.

4. Bidan tidak memotong pembicaraan ibu hamil.

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner dengan teknik wawancara dengan kriteria hasil: sangat baik, baik, cukup dan kurang

Bidan dikatakan sangat baik berkomunikasi dan diberi nilai 4 apabila selalu dilakukan bidan, baik diberi nilai 3 apabila sering dilakukan bidan, cukup diberi nilai 2 apabila kadang dilakukan bidan serta kurang diberi nilai 1 apabila tidak pernah dilakukan bidan.

Nilai komposit yang didapat 1,00 - 1,75 berarti sikap bidan kurang, nilai komposit 1,75 – 2,50 sikap bidan cukup, nilai komposit 2,50 - 3,25 sikap bidan baik serta nilai komposit 3,25 – 4,00 sikap bidan sangat baik.

Selain itu juga ditanyakan bidan pernah atau tidak pernah mengikuti pelatihan komunikasi interaktif atau komunikasi interpersonal atau komunikasi terapeutik, karena pelatihan tersebut juga akan memengaruhi ketrampilan komunikasi dalam memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil.

3. Proses pelayanan interaktif.

Proses pelayanan interaktif adalah suatu kegiatan timbal balik antara Bidan dengan Ibu hamil di mana terjadi komunikasi dua arah dengan tujuan untuk mengoptimalkan hasil pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya, terdiri dari isi komunikasi atau pesan, aksi dan reaksi serta hasil komunikasi.

a. Isi komunikasi atau pesan.

Yaitu pesan yang disampaikan oleh Bidan kepada Ibu hamil dalam proses pelayanan antenatal, meliputi pesan untuk minum obat yang telah diberikan bidan, ibu hamil mengunjungi pojok gizi, ibu hamil mengunjungi poli gigi, ibu hamil mengikuti senam

hamil, pemberitahuan perkiraan persalinan dan waktu kontrol serta pesan untuk menunggu dokter yang akan memeriksa kandungan yang bermasalah. checklist dengan teknik observasi.

b. Aksi dan reaksi

Terdiri dari aksi dari Bidan dan reaksi dari Ibu hamil serta sebaliknya aksi dari Ibu hamil dan reaksi dari Bidan.

Aksi dari Bidan adalah tindakan Bidan dalam melakukan pelayanan antenatal kepada Ibu hamil serta aksi dari Ibu hamil adalah tindakan Ibu hamil untuk menyampaikan keluhannya kepada Bidan. Alat ukur yang digunakan adalah checklist dengan teknik observasi.

c. Hasil komunikasi.

Merupakan hasil akhir dari proses pelayanan antenatal, meliputi kepuasan Ibu hamil, Ibu hamil dikonsultasikan dokter spesialis dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Teknik pengukuran adalah *interview* atau wawancara dengan menggunakan kuesioner.

4. Kepuasan.

Kepuasan adalah suatu keadaan yang dicapai oleh Ibu hamil setelah mendapat pelayanan antenatal dan akan digunakan sebagai pertimbangan dalam merumuskan upaya pemasaran interaktif di Puskesmas Jagir Kota Surabaya dengan parameternya adalah tingkat kepuasan dan kriteria hasil : tidak puas, kurang puas, puas dan sangat puas.

Penilaian kepuasan responden terdiri dari 4 (empat) indikator, yaitu :

- a. Kepuasan terhadap sikap Bidan.
- b. Kepuasan terhadap ketrampilan komunikasi Bidan.
- c. Kepuasan terhadap proses pelayanan interaktif.

d. Kepuasan terhadap pelayanan antenatal.

Apabila Ibu hamil sangat puas diberi skala 4, puas diberi angka 3, tidak puas diberi nilai 2 serta sangat tidak puas diberi angka 1. Apabila nilai komposit kepuasan bernilai 3,25 – 4,00, maka disimpulkan sangat puas., nilai 2,50 – 3,25 berarti puas, nilai 1,75 – 2,50 berarti tidak puas dan nilai 1,00 – 1,75 berarti sangat tidak puas.

Kepuasan Ibu hamil terhadap sikap bidan mempunyai 7 (tujuh) komponen, yaitu komponen sikap bidan tidak selalu memberi perintah dan bidan tidak menunjukkan muka cemberut atau masam serta bidan tidak mendengarkan sambil memalingkan wajah, bidan berbicara sopan atau tidak kasar dan bidan tidak membedakan pelayanan.

5. Upaya pemasaran interaktif.

Suatu upaya proses kegiatan pelayanan interaktif antara Bidan dan Ibu hamil yang dilakukan oleh Puskesmas Jagir Kota Surabaya berdasarkan temuan-temuan sebelumnya.

4.5 Alat ukur Penelitian

Beberapa alat ukur dalam penelitian ini, yaitu:

1. Kuesioner terhadap ibu hamil , bidan dan Kepala Puskesmas.
2. *Checklist* terhadap kondisi kehamilan Ibu hamil yang didapat dari kartu status dan absensi bidan untuk menentukan komitmen bidan serta pengamatan proses pelayanan antenatal.

4.6 Teknik Pengumpulan Data

4.6.1 Data primer

Dilakukan pengumpulan data primer dengan cara melakukan wawancara langsung dengan kelompok responden.

4.6.2 Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari data yang ada di Puskesmas yang diambil dari Laporan tahunan Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

Jenis data yang dikumpulkan tersebut di atas dapat diuraikan sebagaimana Tabel 4.1 berikut ini :

Tabel 4.1 Jenis data untuk penelitian upaya pemasaran interaktif pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya

NO.	FAKTOR MASYARAKAT DAN FAKTOR PUSKESMAS	JENIS DATA
1.	Karakteristik Ibu hamil a. Kondisi kehamilan b. Motivasi Ibu hamil c. Pengetahuan Ibu hamil d. Sikap e. Tingkat ekonomi	Primer, Sekunder Primer Primer Primer Primer
2.	Komitmen bidan	Primer, Sekunder
3.	Karakteristik bidan a. Sikap b. Pengalaman c. Ketrampilan komunikasi	Primer Primer Primer
4.	Proses pelayanan interaktif a. Aksi-reaksi b. Isi komunikasi (pesan) c. Hasil komunikasi	Primer Primer Primer
5.	Kepuasan terhadap: a. Sikap bidan b. Ketrampilan komunikasi bidan c. Proses pelayanan interaktif d. Pelayanan antenatal	Primer Primer Primer Primer

4.7 Proses Pengumpulan data

4.7.1 Tahap I

Dilakukan pengumpulan data primer yang diperlukan dengan cara melakukan wawancara langsung dan pengisian kuesioner oleh kelompok responden dengan menggunakan kuesioner yang telah disiapkan serta pengamatan langsung (observasi) oleh peneliti.

4.7.2 Tahap II

Dilakukan pengumpulan data sekunder dari Kartu status pasien untuk memperoleh kondisi kehamilan Ibu hamil serta untuk memperoleh data absensi bidan yang diambil dari daftar absensi puskesmas Jagir Kota Surabaya.

4.7.3 Pewawancara

Dalam penelitian ini yang bertindak sebagai pewawancara adalah peneliti sendiri.

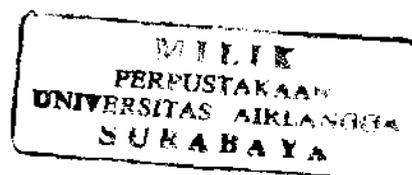
4.8 Uji Coba Kuesioner dan Uji Validitas dan Reliabilitas

4.8.1 Uji coba kuesioner

Untuk mendapatkan data yang *valid* dan *reliabel*, maka sebelum dilakukan penelitian dilakukan uji coba kuesioner terhadap sekelompok kecil responden (sekitar 20 orang responden), kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

4.8.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan terhadap 20 responden dengan cara wawancara ulang terhadap responden setelah pengambilan data pertama.



4.9 Teknik Analisis Data

Tahap I :

Dari data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis variabel yang mempengaruhi jalannya proses interaktif, baik variabel yang bermasalah maupun yang tidak bermasalah.

Tahap II :

Dianalisis tingkat kepuasan ibu hamil terhadap pelayanan antenatal.

Tahap III :

Disusun dan direkomendasikan upaya pemasaran interaktif pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

BAB 5
HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran umum Puskesmas Jagir Kota Surabaya

Puskesmas Jagir berlokasi di Jl. Bendul Merisi No.1 Kota Surabaya, termasuk di wilayah kecamatan Wonokromo. Batas wilayah Puskesmas Jagir sebagai berikut: sebelah utara; Kecamatan Tegalsari, sebelah Selatan; Kecamatan Wonokromo dan sebelah Barat; Kecamatan Karangpilang dan sebelah timur; Kecamatan Ngagelrejo. Jumlah RT adalah 270 dan jumlah RW adalah 33.

Rumah Sakit yang berada di wilayah Kecamatan Wonokromo adalah Rumah Sakit Islam, Rumah Sakit Angkatan Laut (RSAL), RKZ dan Rumah Sakit William Booth. Rumah Sakit yang paling dekat dengan Puskesmas Jagir adalah RSAL.

Luas tanah Puskesmas Jagir Kota Surabaya 1.447 m², luas bangunan 800 m² dengan luas wilayah 346.175 Ha serta jangkauan wilayah meliputi Kelurahan Jagir, Kelurahan Sawunggaling dan Kelurahan Darmo.

Puskesmas Jagir merupakan salah satu puskesmas uji coba unit swadana di Kota Surabaya dan merupakan puskesmas perawatan dengan 15 Tempat Tidur, terdiri dari 12 tempat tidur untuk persalinan dan 3 tempat tidur perawatan rehidrasi.

Ketenagaan di Puskesmas Jagir dapat dilihat pada Tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1 : Ketenagaan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2001

NOMOR	URAIAN	JUMLAH (Orang)	PERSENTASE
1.	Kepala Puskesmas	1	2,33
2.	Dokter spesialis anak	1	2,33
3.	Dokter Umum	1	2,33
4.	Dokter gigi	2	4,65
5.	Bidan	10	23,26
6.	Perawat	5	11,63
7.	Perawat gigi	3	6,98
8.	Asisten Apoteker	1	2,33
9.	Analisis medis	1	2,33
10.	Petugas sanitasi	1	2,33
11.	Pembantu ahli gizi	1	2,33
12.	Pembantu bidan	6	13,95
13.	Pembantu apotik	1	2,33
14.	Tata Usaha	2	4,65
15.	Petugas loket	2	4,65
16.	Pembantu BPS	1	2,33
17.	Pengemudi	1	2,33
18.	Tukang masak	1	2,33
19.	Petugas kebersihan	2	4,65
	JUMLAH	43	100,00

Sumber: Data Ketenagaan Puskesmas Jagir Tahun 2001

Dari Tabel 5.1 di atas dapat dilihat bahwa jenis tenaga bidan adalah terbanyak di Puskesmas Jagir dengan jumlah 10 orang (23,26 %).

5.2 Gambaran khusus Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya

Poli BKIA Puskesmas Jagir terletak di antara Apotek dan Dapur dengan jadwal jenis pelayanan di Poli BKIA Puskesmas Jagir adalah sebagai berikut:

Imunisasi dilaksanakan hari Senin, hari Selasa KIA dan KB, hari Rabu dan Kamis pemeriksaan kehamilan, dan hari Jum'at untuk pelayanan umum. Apabila ada ibu hamil yang membutuhkan jenis pelayanan di luar hari tersebut, oleh Bidan tetap dilayani, selanjutnya ibu hamil tersebut diberitahu untuk datang ke Puskesmas Jagir sesuai jadwal yang sudah ada.

Berdasarkan Laporan Semester Data Pegawai Dinas Kesehatan Daerah Kota Surabaya Tahun 2002 jumlah seluruh Bidan di Puskesmas Jagir adalah 10(sepuluh) orang. Seperti yang terlihat pada tabel 5.2 berikut ini :

Tabel 5.2 Status kepegawaian dan pendidikan Tenaga Bidan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya

NO.	URAIAN	JENIS	JUMLAH	PERSENTASE
1	STATUS KEPEGAWAJAN	PNS	9	90,00
		Sukwan	1	10,00
2	PENDIDIKAN	Sekolah Kebidanan	7	90,00
		Akademi Kebidanan	3	10,00

Sumber : Data Sekunder (Laporan Semester Data Pegawai Dinas Kesehatan Daerah Kota Surabaya, Semester I, Tahun 2002)

Dalam melakukan pelayanan sehari-hari petugas Poli BKIA Puskesmas Jagir berjumlah 2-3 orang tenaga Bidan dan 1 orang tenaga pembantu Bidan. Setiap satu minggu sekali dilakukan pergantian Bidan. Petugas Bidan selain bertugas di Poli BKIA ada yang bertugas di kamar bersalin dan ada yang melakukan kunjungan luar (posyandu). Rata-rata kunjungan ibu hamil pada hari Rabu dan Kamis adalah sekitar 20 orang.

Khusus untuk pasien baru diarahkan terlebih dahulu ke laboratorium untuk periksa kencing guna memastikan kehamilannya. Setelah dilakukan pelayanan di Poli BKIA selanjutnya diarahkan mengunjungi poli gigi dan pojok gizi untuk berkonsultasi. Khusus untuk Ibu hamil yang mengalami masalah dengan kehamilannya dikonsultasikan kepada dokter PPDS dari RSUD dr. Soetomo Surabaya setiap hari Kamis.

Ibu hamil dengan usia kehamilan 7 bulan ke atas diarahkan mengikuti senam hamil setiap hari Kamis dengan instruktur satu orang tenaga bidan.

5.3 Gambaran responden

Ibu hamil yang datang memeriksakan kehamilan di Puskesmas Jagir pertama kali menuju loket untuk membeli karcis. Selanjutnya menuju ke Poli BKIA untuk didaftar dan ditimbang berat badannya. Bagi Ibu hamil yang baru pertama kali memeriksakan kehamilannya akan dianamnesis dahulu dan data yang didapat dicatat dalam kartu status, sedangkan Ibu hamil yang sudah pernah memeriksakan kehamilan akan dicarikan kartu status yang sudah ada. Kemudian Ibu hamil menunggu sampai dimulainya pelayanan. Satu persatu Ibu hamil masuk ke dalam ruangan tertutup untuk diperiksa tekanan darahnya, kemudian dilakukan pemeriksaan raba (palpasi). Setelah selesai pemeriksaan selanjutnya Ibu hamil ke luar ruangan untuk dilakukan wawancara dengan bidan. Peneliti mengikuti setiap rangkaian pemeriksaan Ibu hamil yang akan dijadikan responden, setelah selesai wawancara dengan bidan, baru peneliti melakukan wawancara dengan menggunakan kuesioner. Dalam penelitian ini diambil responden sebanyak 30 orang Ibu hamil.

5.3.1 Umur responden

Umur responden dibedakan dalam 3 kelompok, yaitu umur 15 sampai 19 tahun, umur 20 sampai 35 tahun dan umur 36 sampai 45 tahun seperti yang terlihat pada Tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3 Umur responden pasien Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

NOMOR	UMUR (TAHUN)	JUMLAH	PERSENTASE
1	15 – 19 (< 20)	4	13,30
2	20 – 35	21	70,00
3	36 – 45 (>35)	5	16,70
	J U M L A H	30	100,00

Sumber : Data primer

Dari Tabel 5.3 di atas tampak bahwa sebagian besar umur responden berkisar antara 20 sampai 35 tahun. Hal ini berarti bahwa sebagian besar Ibu hamil tersebut bukan termasuk golongan risiko tinggi, karena ibu hamil yang termasuk risiko tinggi berumur di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun.

5.3.2 Pendidikan responden

Distribusi pendidikan responden seperti yang pada di Tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.4 Pendidikan responden pasien Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

NOMOR	PENDIDIKAN	JUMLAH	PERSENTASE
1	Tidak tamat SD	1	3,30
2	Tamat SD	4	13,30
3	Tidak tamat SLTP	-	0,00
4	Tamat SLTP	10	33,30
5	Tidak tamat SLTA	2	6,70
6	Tamat SLTA	9	30,00
7	Akademi/Perguruan Tinggi	4	13,30
	J U M L A H	30	100,00

Sumber : Data primer

Dari Tabel 5.4 di atas didapat bahwa pendidikan responden terbanyak adalah tamat SLTP atau memiliki pendidikan menengah.

5.3.3 Pekerjaan responden

Distribusi pekerjaan responden dapat dilihat pada Tabel 5.5.

Tabel 5.5 Pekerjaan responden pasien Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

NOMOR	JENIS PEKERJAAN	JUMLAH	PERSENTASE
1	Ibu rumah tangga	22	73,30
2	PNS	1	3,30
3	Swasta	7	23,30
	J U M L A H	30	100,00

Sumber : Data primer

Dari Tabel 5.5 di atas tampak bahwa responden yang paling banyak adalah merupakan Ibu rumah tangga atau dengan kata lain tidak bekerja.

5.3.4 Umur kehamilan responden pertama kali periksa kehamilan

Umur kehamilan responden pertama kali memeriksakan kehamilan seperti yang terlihat pada Tabel 5.6 di bawah.

Tabel 5.6 Umur kehamilan responden pertama kali memeriksakan kehamilan ke Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

NOMOR	UMUR KEHAMILAN	JUMLAH	PERSENTASE
1	1- 3 bulan	19	63,30
2	Lebih dari 3 bulan	11	36,70
	J U M L A H	30	100,00

Sumber : Data primer

Dari Tabel 5.6 di atas dapat dilihat bahwa responden lebih banyak yang memeriksakan kehamilannya pertama kali pada umur kehamilan 1-3 bulan. Hal ini berarti K1 lebih banyak yang tepat, yaitu kunjungan pertama dilakukan saat kehamilan berumur sampai dengan 3 bulan.

5.4 Hasil karakteristik Ibu Hamil

Ibu hamil yang telah selesai mendapatkan pelayanan di Poli BKIA Jagir baru diwawancarai oleh peneliti.

Karakteristik Ibu hamil dalam penelitian ini meliputi 5 (lima) indikator, yaitu kondisi kehamilan, motivasi, sikap, pengetahuan dan tingkat ekonomi keluarga.

1. Kondisi kehamilan

Berdasarkan hasil kuesioner (data primer) dengan teknik wawancara oleh peneliti diperoleh kondisi kehamilan seperti yang ada pada Tabel 5.7 di bawah ini.

Tabel 5.7 : Kondisi kehamilan Ibu hamil berdasarkan wawancara dengan Ibu hamil

NO.	KONDISI KEHAMILAN	JUMLAH (ORANG)	PERSENTASE
1	Bermasalah	2	6,70
2	Tidak bermasalah	28	93,30
	JUMLAH	30	100,00

Sumber : Data primer

Dari Tabel 5.7 di atas sebagian besar Ibu hamil merasa bahwa kehamilannya tidak bermasalah atau normal.

Berdasarkan data sekunder dengan alat ukur (instrumen) checklist dan teknik observasi yang didapat dari kartu status dengan kriteria ibu hamil dikatakan berisiko tinggi (risti) apabila berumur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, Tinggi badan kurang dari 145 cm, Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 21,5 cm dan jumlah anak lebih dari 4, diperoleh hasil seperti pada Tabel 5.8.

Tabel 5.8 : Kondisi kehamilan Ibu hamil berdasarkan observasi peneliti

NO.	KONDISI KEHAMILAN	JUMLAH	PERSENTASE
1	Normal	23	76,67
2	Risiko tinggi	7	23,33
3	Jumlah	30	30,00

Sumber : Data sekunder (dari Kartu status Ibu hamil)

Dari Tabel 5.8 di atas dapat disimpulkan bahwa kebanyakan kondisi kehamilan Ibu hamil yang datang memeriksakan kehamilan ke Puskesmas Jagir adalah normal sebanyak 23 orang atau 76,67 %, sedangkan yang risti hanya 7 orang atau 23,33 %.

2. Motivasi Ibu hamil

Motivasi responden memeriksakan kehamilannya ke Puskesmas Jagir dapat dilihat pada Tabel 5.9 berikut ini:

Tabel 5.9 Motivasi Ibu hamil memeriksakan kehamilannya ke Poli BKIA Puskesmas Jagir

NO.	MOTIVASI IBU MEMERIKSAKAN KEHAMILANNYA	HAMIL KEHA-	JUMLAH (ORANG)	PERSENTASE
1	Biaya murah		30	100,00
2	Dekat dengan rumah		28	93,30
3	Bidan berpengalaman		28	93,30

Sumber : Data primer

Seluruh responden mengatakan biaya murah dan sebagian besar mengatakan dekat dengan rumah serta Bidan pengalaman.

3. Pengetahuan Ibu hamil

Pengetahuan Ibu hamil dalam penelitian ini terdiri dari pengetahuan tentang kondisi kehamilan Ibu hamil sendiri dan pengetahuan Ibu hamil tentang pelayanan antenatal. Pengetahuan tentang kondisi kehamilan, meliputi tanda bahaya kehamilan seperti ibu hamil tidak mau makan dan muntah terus menerus, berat badan ibu hamil tidak naik, tinggi badan kurang dari 145 cm, gerakan calon bayi berkurang atau melemah, ibu hamil mempunyai penyakit jantung, jarak kehamilan sekarang dengan sebelumnya kurang dari 2 tahun, ibu hamil merokok, umur ibu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, tangan dan wajah ibu hamil bengkak dan ibu hamil mengalami perdarahan.

Untuk pengetahuan Ibu hamil tentang pelayanan antenatal, meliputi pemeriksaan ulang kehamilan merupakan hal penting untuk kesehatan kandungan dan keselamatan bayi, pemberian imunisasi TT, pemeriksaan kencing, pemeriksaan ulang

walaupun tidak ada keluhan, pemeriksaan rutin kehamilan, pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali selama kehamilan, pemberian tablet zat tambah darah, penimbangan berat badan Ibu hamil, pemeriksaan tekanan darah dan pemeriksaan untuk melihat calon bayi di dalam kandungan.

Kriteria hasil adalah sangat baik, baik, cukup dan kurang. Pengetahuan dikatakan sangat baik (skala 4) apabila jawaban yang benar 9-10 dari 10 pertanyaan yang diajukan kepada responden, apabila jawaban yang benar 7-8 diberi nilai baik (skala 3). Nilai cukup (skala 2) apabila jawaban yang benar 5-6 serta pengetahuan diberi nilai kurang (skala 1) apabila jawaban yang benar adalah kurang dari 5. Apabila Nilai komposit yang didapat antara 0-1 dapat disimpulkan pengetahuan Ibu hamil kurang, nilai komposit 1-2 berarti cukup, nilai komposit 2-3 berarti baik serta nilai komposit 3-4 berarti sangat baik.

Pengetahuan komposit Ibu hamil dapat dilihat pada Tabel 5.10 sebagai berikut.

Tabel 5.10 Pengetahuan komposit Ibu hamil di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

NO.	JENIS PENGETAHUAN	SANGAT BAIK(4)	BAIK (3)	CUKUP (2)	KURANG (1)	NILAI KOMPOSIT
1	Kondisi kehamilan	25 (83,33%)	4 (13,33%)	1 (3,33%)	-	3,80
2	ANC	20 (66,67%)	9 (30,00%)	1 (3,33%)	-	3,60
	Nilai Komposit rata- rata					3,70

Sumber : data primer

Nilai komposit pengetahuan Ibu hamil 3,70 berarti pengetahuan Ibu hamil secara umum sangat baik.

4. Sikap Ibu hamil

Sikap Ibu hamil dalam penelitian ini dibedakan sebelum pelayanan dan rencana setelah pelayanan di Poli BKIA Puskesmas Jagir seperti yang dapat dilihat pada Tabel 5.11 di bawah ini.

Tabel 5.11 Tempat Ibu hamil memeriksakan kehamilan pertama kali

NO.	TEMPAT IBU HAMIL MEMERIKSAKAN KEHAMILAN	JUMLAH (ORANG)	PERSENTASE
1	Puskesmas Jagir	21	70,00
2	Puskesmas lain	1	3,30
3	Klinik bersalin	1	3,30
4	Rumah sakit	4	13,40
5	Bidan praktek swasta	3	10,00
	JUMLAH	30	100,00

Sumber : Data primer

Sedangkan rencana Ibu hamil memeriksakan diri seandainya hamil lagi seperti yang tercantum pada Tabel 5.12.

Tabel 5.12 Rencana tempat Ibu hamil memeriksakan kehamilan setelah mendapat pelayanan di Poli BKIA Puskesmas Jagir Tahun 2002

NO.	TEMPAT IBU HAMIL MEMERIKSAKAN KEHAMILAN	JUMLAH (ORANG)	PERSENTASE
1	Puskesmas Jagir	27	90,00
2	Dokter praktek swasta	1	3,30
3	Lain-lain	2	6,70
	JUMLAH	30	100,00

Sumber : Data primer

Dari Tabel 5.11 dan Tabel 5.12 dapat dijelaskan bahwa kebanyakan Ibu hamil pertama kali memeriksakan kehamilan di Puskesmas Jagir sebesar 70 % dan rencana Ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan ke Puskesmas Jagir seandainya hamil lagi sebesar 90 %. Ada sekitar 10 % dari Ibu hamil yang tidak ingin memeriksakan kehamilannya ke Puskesmas Jagir.

5. Tingkat ekonomi keluarga.

Tingkat ekonomi responden seperti dalam Tabel 5.13.

Tabel 5.13 Tingkat ekonomi Ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya ke Poli BKIA Puskesmas Jagir Tahun 2002

NO.	TINGKAT EKONOMI	JUMLAH (ORANG)	PERSENTASE
1	Atas	3	10,00
2	Menengah	11	36,70
3	Bawah	16	53,30
	JUMLAH	30	100,00

Sumber : Diolah dari data primer

Tingkat ekonomi responden paling banyak adalah tingkat bawah sebanyak 16 orang (53,3 %).

5.5 Hasil komitmen Bidan

Komitmen Bidan dalam penelitian ini dilihat dari absensi, kedisiplinan dan kedatangan serta kepulangan Bidan yang diperoleh dari data sekunder (dari absensi) serta data primer (kuesioner). Absensi bidan seperti yang ada pada Tabel 5.14.

Tabel 5.14. Jumlah absensi Bidan yang bekerja di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya

NO.	JUMLAH ABSEN DALAM 1 TAHUN	JUMLAH (ORANG)	PERSENTASE
1	Kurang dari 12 hari	9	90,00
2	Lebih dari 12 hari	1	10,00
	JUMLAH	10	100,00

Sumber : Absensi Puskesmas Jagir Kota Surabaya bulan April Tahun 2001 s/d April 2002

Dari Tabel 5.14 dapat dilihat bahwa dari sepuluh orang bidan hanya 1 orang bidan yang absennya dalam 1 tahun lebih dari 12 hari.

Hasil kuesioner untuk bidan semuanya mengatakan senang bekerja di Puskesmas Jagir dan tidak ada yang tidak betah serta tidak ada yang minta pindah.

Dari kuesioner yang diberikan kepada Kepala Puskesmas hasilnya adalah semua bidan disiplin, setiap hari datang pukul 07.00 – 07.30 dan setiap hari pulang pukul 14.00 atau lebih, sehingga dapat disimpulkan bahwa komitmen bidan tinggi.

5.6 Hasil Penelitian Karakteristik Bidan

Karakteristik bidan dalam penelitian ini meliputi 3 (tiga) indikator, yaitu sikap bidan, pengalaman bidan dan ketrampilan komunikasi bidan.

1. Sikap Bidan.

Yang dimaksud sikap bidan dalam penelitian ini meliputi 7 (tujuh) komponen, yaitu :

- a. Bidan tidak selalu memberi perintah.
- b. Bidan tidak menunjukkan muka cemberut atau masam.
- c. Bidan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan Ibu hamil.
- d. Bidan mendengarkan tidak sambil memalingkan wajah.
- e. Bidan bicara sopan.
- f. Sentuhan bidan tidak kasar.
- g. Bidan tidak membedakan pelayanan.

Sikap Bidan dikatakan sangat baik apabila komponen tersebut selalu dilakukan oleh bidan, sikap bidan baik apabila sering dilakukan oleh bidan, sikap bidan cukup apabila kadang dilakukan oleh bidan serta sikap bidan kurang apabila tidak pernah dilakukan bidan. Nilai komposit yang didapat 1,00 – 1,75 berarti sikap bidan kurang, nilai komposit 1,75 – 2,50 sikap bidan cukup, nilai komposit 2,50 – 3,25 sikap bidan baik serta nilai komposit 3,25 – 4,00 sikap bidan sangat baik.

Penilaian sikap bidan dapat dilihat pada Tabel 5.15 di bawah ini.

Tabel 5.15 Penilaian Sikap Bidan Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

SIKAP	SANGAT BAIK (4)	BAIK (3)	CUKUP (2)	KURANG (1)	JUM-LAH	NILAI KOM POSIT
Bidan tidak selalu memberi perintah	18 (60 %)	6 (20 %)	1 (3,33 %)	5 (16,67 %)	30	3,37
Bidan tidak menunjukkan muka cemberut atau masam	27 (90 %)	1 (3,33 %)	1 (3,33 %)	1 (3,33 %)	30	3,80
Bidan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan Ibu hamil	21 (70 %)	3 (10 %)	2 (6,67 %)	4 (13,33 %)	30	3,37
Bidan mendengarkan tidak sambil memalingkan wajah	27 (90 %)	2 (6,67 %)	-	1 (3,33 %)	30	3,83
Bidan berbicara sopan	14 (46,67 %)	3 (10,00 %)	1 (3,33 %)	12 (40,00 %)	30	2,17
Sentuhan bidan tidak kasar	27 (90,00%)	3 (10,00 %)	-	-	30	3,90
Bidan tidak membedakan pelayanan	29 (96,67%)	-	-	1 (3,33%)	30	3,90
Nilai komposit rata-rata						3,48

Sumber : Data primer

Dari hasil analisis didapat nilai komposit 3,48 yang berarti bahwa sikap bidan secara umum sangat baik. Apabila dilihat masing-masing komponen, bidan mendengarkan keluhan Ibu hamil (60,67%), sebagian besar bidan tidak menunjukkan muka masam dan bidan tidak mendengarkan sambil memalingkan wajah (90,00%), bidan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan ibu hamil

(70,00 %), sentuhan bidan tidak kasar (90,00 %) , sebagian besar bidan tidak membedakan pelayanan (96,67 %) serta bidan berbicara sopan (46,67%).

2. Pengalaman Bidan.

Pengalaman bidan dilihat dari masa kerja kurang dari 3 bulan, antara 3 bulan sampai 1 tahun, antara 1 tahun sampai 3 tahun dan lebih dari 3 tahun seperti yang terlihat pada Tabel 5.16.

Tabel 5.16 Masa kerja sebagai Bidan bagi Bidan yang bekerja di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

NO.	MASA KERJA SEBAGAI BIDAN	JUMLAH (ORANG)	PERSENTASE
1	Kurang dari 3 bulan	-	0,0
2	3 bulan – 3 tahun	-	0,0
3	3 – 10 tahun	1	0,0
4	Lebih dari 10 tahun	9	90,0
	JUMLAH	10	100,0

Sumber : Data sekunder

Dari Tabel 5.16 di atas dapat dilihat bahwa semua bidan masa kerjanya lebih dari 10 tahun, sehingga disimpulkan bahwa bidan sangat berpengalaman.

3. Ketrampilan komunikasi.

Dari hasil kuesioner yang diberikan kepada Bidan didapat bahwa semua bidan belum pernah mengikuti pelatihan tentang komunikasi interaktif.

Dari kuesioner yang diberikan kepada Ibu hamil, indikator ketrampilan komunikasi bidan meliputi 4 (empat) komponen sebagai berikut:

- a. Bahasa bidan mudah dimengerti.
- b. Bidan mengucapkan salam.
- c. Bidan menatap ibu hamil.
- d. Bidan tidak memotong pembicaraan ibu hamil.

Bidan dikatakan sangat trampil berkomunikasi apabila selalu dilakukan bidan, bidan trampil apabila sering dilakukan bidan, bidan cukup trampil apabila kadang dilakukan bidan serta bidan kurang trampil apabila tidak pernah dilakukan bidan.

Penilaian ketrampilan komunikasi Bidan seperti yang tertera pada Tabel 5.15 di bawah ini.

Tabel 5.17 Penilaian ketrampilan komunikasi Bidan Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

KETRAMPIL-AN KOMUNI-KASI	SANGAT BAIK (4)	BAIK (3)	CUKUP (2)	KU-RANG (1)	JUM LAH	NILAI KOM POSIT
Bahasa Bidan mudah dimengerti	17 (56,67 %)	4 (20,00 %)	6 (13,33 %)	3 (10,00 %)	30	3,17
Bidan mengucapkan salam	7 (23,33 %)	2 (6,67 %)	6 (20,00%)	15 (50,00 %)	30	2,03
Bidan menatap mata Ibu hamil	2 (6,67 %)	8 (26,67 %)	11 (36,67 %)	9 (30,00 %)	30	2,10
Bidan tidak memotong pembicaraan	27 (90,00 %)	3 (10,00 %)	-	-	30	3,90
Nilai komposit rata-rata						2,80

Sumber : Data primer

Nilai komposit yang didapat dari Tabel 5.17 di atas adalah 2,80, yang berarti bahwa secara umum ketrampilan komunikasi bidan baik. Selanjutnya masing-masing komponen bahasa bidan mudah dimengerti (56,67 %), separuh bidan tidak pernah mengucapkan salam, bidan menatap Ibu hamil hanya (6,67 %) yang berarti bahwa ada bidan yang tidak pernah menatap mata Ibu hamil serta sebagian besar bidan tidak pernah memotong pembicaraan (90%).

5.7 Proses Pelayanan Interaktif

Proses pelayanan interaktif, meliputi 3 (tiga) komponen yaitu bidan memperhatikan dan mendengarkan keluhan ibu hamil, bidan menanggapi keluhan ibu hamil serta bidan memberitahu waktu kontrol. Proses pelayanan interaktif berjalan sangat baik apabila selalu dilakukan bidan, proses pelayanan interaktif baik apabila sering dilakukan bidan, proses pelayanan interaktif cukup apabila kadang dilakukan bidan serta proses pelayanan interaktif kurang apabila tidak pernah dilakukan bidan. Penilaian responden tentang proses pelayanan interaktif dapat dilihat pada Tabel 5.18 berikut ini.

Tabel 5.18 Penilaian proses pelayanan interaktif di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

PROSES PELAYANAN INTERAKTIF	SANGAT BAIK (4)	BAIK (3)	CUKUP (2)	KURANG (1)	JUM LAH	NILAI KOMPOSIT
Bidan memperhatikan keluhan Ibu hamil	21 (70,00 %)	8 (26,67 %)	1 (3,33 %)	-	30	3,67
Bidan menanggapi keluhan Ibu hamil	17 (56,67 %)	12 (40,00 %)	1 (3,33 %)	-	30	2,53
Bidan memberitahu waktu kontrol	22 (73,33 %)	3 (10,00 %)	-	5 (16,67%)	30	3,40
Nilai komposit rata-rata						3,20

Sumber : Data primer

Secara umum proses pelayanan interaktif berjalan baik, hal ini dapat dilihat dari nilai komposit 3,20. Untuk masing-masing komponen bidan memperhatikan dan mendengarkan keluhan Ibu hamil (70 %), bidan menanggapi keluhan ibu hamil (56,67%) dan sebagian besar bidan selalu memberitahu ibu hamil untuk kontrol (73,33 %).

Berdasarkan observasi dari peneliti, proses pelayanan interaktif dilihat berdasarkan isi komunikasi (pesan), aksi-reaksi dan hasil komunikasi sebagai berikut:

a. Isi komunikasi (pesan)

Isi komunikasi (pesan) yang diberikan bidan kepada Ibu hamil yang diperoleh dari observasi peneliti seperti pada lampiran 9 yang dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Bidan berpesan agar ibu hamil kembali datang untuk memeriksakan kehamilannya.
2. Bidan berpesan agar ibu hamil minum obat yang telah diberikan bidan.
3. Bidan berpesan agar ibu hamil mengunjungi pojok gizi.
4. Bidan berpesan agar ibu hamil mengunjungi poli gigi.
5. Bidan menganjurkan ibu hamil untuk mengikuti senam hamil.
6. Bidan berpesan agar Ibu hamil menunggu dokter untuk memeriksakan kehamilannya yang bermasalah.
7. Bidan memberitahu perkiraan persalinan kepada ibu hamil.
8. Bidan memberitahu waktu kontrol kepada Ibu hamil.

b. Aksi dan reaksi

1. Aksi Bidan dan reaksi Ibu hamil

a. Aksi Bidan :

Bidan menanyakan (*crosscheck*) kepada Ibu hamil tentang waktu menstruasi terakhir, imunisasi serta cara minum obat yang diberikan

dan obat yang telah diberikan tersebut sudah diminum atau belum habis.

Selain itu bidan juga menanyakan keluhan Ibu hamil.

b. Reaksi Ibu hamil :

Ibu hamil menjawab semua pertanyaan bidan.

2. Aksi Ibu hamil dan reaksi bidan.

a. Aksi Ibu hamil.

Tidak semua Ibu hamil menanyakan keluhannya kepada bidan. Hanya 4 (empat) orang Ibu hamil yang menanyakan keluhannya kepada bidan.

b. Reaksi bidan.

Bidan menjawab semua pertanyaan Ibu hamil.

c. Hasil Komunikasi

Ibu hamil dikonsultasikan atau tidak dikonsultasikan ke dokter PPDS. Ibu hamil yang dikonsultasikan dokter PPDS ada 5 (lima) orang.

5.8 Kepuasan

Penilaian kepuasan responden terdiri dari 4 (empat) indikator, yaitu :

- a. Kepuasan terhadap sikap Bidan.
- b. Kepuasan terhadap ketrampilan komunikasi Bidan.
- c. Kepuasan terhadap proses pelayanan interaktif.
- d. Kepuasan terhadap pelayanan antenatal.

Apabila Ibu hamil sangat puas diberi skala 4, puas diberi angka 3, tidak puas diberi nilai 2 serta sangat tidak puas diberi angka 1. Apabila nilai komposit kepuasan bernilai 3 – 4 maka disimpulkan sangat puas., nilai 2 –3 berarti puas, nilai 2 – 3 berarti tidak puas dan nilai 1 –2 berarti sangat tidak puas.

Kepuasan Ibu hamil terhadap sikap bidan mempunyai 7 (tujuh), yaitu komponen sikap bidan tidak selalu memberi perintah dan bidan tidak menunjukkan muka cemberut atau masam serta bidan tidak mendengarkan sambil memalingkan wajah, bidan berbicara sopan atau tidak kasar dan bidan tidak membedakan pelayanan seperti yang terlihat pada Tabel 5.19 berikut ini.

Tabel 5.19 Hasil analisis kepuasan Ibu hamil terhadap sikap Bidan di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

SIKAP BIDAN	SANGAT PUAS (4)	PUAS (3)	TIDAK PUAS (2)	SANGAT TIDAK PUAS (1)	JUM-LAH	NILAI KOMPOSIT
Bidan tidak selalu Membe-ri perintah	4 (13,33 %)	24 (80,00%)	2 (6,67 %)	-	30	3,07
Bidan tidak menunjukkan muka cemberut atau masam	5 (16,67 %)	24 (80,00%)	-	1 (3,33%)	30	3,10
Bidan mempu-nyai waktu un-tuk mendengar kan	4 (13,33 %)	22 (73,33%)	2 (6,67%)	2 (6,67 %)	30	2,93
Bidan mende-ngarkan tidak sambil mema-lingkan wajah	4 (13,33%)	24 (80,00 %)	2 (6,67 %)	-	30	3,07
Bidan berbica-ra sopan atau tidak kasar	2 (6,67%)	26 (86,67 %)	2 (6,67%)	-	30	3,00
Sentuhan Bi-dan tidak Kasar	3 (10,00%)	25 (83,33 %)	2 (6,67%)	-	30	2,97
Bidan tidak membedakan pelayanan	4 (13,33 %)	26 (86,67)	-	-	30	3,13
Nilai komposit rata-rata						3,04

Sumber : Data primer

Nilai komposit yang didapat adalah 3,04, sehingga dapat disimpulkan secara umum Ibu hamil puas terhadap sikap bidan. Untuk masing-masing komponen sebagian besar Ibu hamil merasa puas terhadap sikap bidan yang tidak selalu memberi perintah dan bidan tidak menunjukkan muka cemberut atau masam serta bidan tidak mendengarkan sambil memalingkan wajah (80,00%). Sebagian besar Ibu hamil juga merasa puas terhadap sikap bidan berbicara sopan atau tidak kasar dan bidan tidak membedakan pelayanan (86,67 %).

Kepuasan Ibu hamil terhadap ketrampilan komunikasi bidan meliputi 4 (empat) komponen, yaitu kepuasan terhadap bahasa bidan mudah dimengerti, kepuasan terhadap bidan mengucapkan salam, kepuasan terhadap bidan menatap mata ibu hamil dan kepuasan terhadap bidan tidak memotong pembicaraan. Hasil analisis kepuasan Ibu hamil terhadap ketrampilan komunikasi dapat dilihat pada Tabel 5.20 di bawah ini.

Tabel 5.20 Hasil analisis kepuasan Ibu hamil terhadap ketrampilan komunikasi Bidan di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

KETRAM- PILAN KO- MUNIKASI BIDAN	SANGAT PUAS (4)	PUAS (3)	TIDAK PUAS (2)	SANGAT TIDAK PUAS (1)	JUM LAH	NILAI KOM POSIT
Bahasa Bidan mudah dimengerti	22 (73,33 %)	8 (36,37 %)	-	-	30	3,73
Bidan mengucapkan salam	-	26 (86,67 %)	4 (13,33%)	-	30	2,90
Bidan menatap mata Ibu hamil	1 (3,33%)	27 (90,00 %)	2 (6,67%)	-	30	2,97
Bidan tidak memotong pembicaraan	3 (10%)	25 (83,33 %)	2 (6,67%)	-	30	3,03
Nilai komposit rata-rata						3,16

Sumber : Data primer

Dari Tabel 5.20 di atas dapat disimpulkan bahwa secara umum Ibu hamil puas, karena nilai komposit yang didapat 3,167. Satu persatu komponen dilihat, Ibu hamil sangat puas terhadap bahasa bidan yang mudah dimengerti (73,33%). Ibu hamil puas terhadap bidan mengucapkan salam (86,67%), terhadap bidan menatap mata Ibu hamil (90,00%) dan terhadap bidan tidak memotong pembicaraan (83,33%).

Kepuasan Ibu hamil terhadap proses pelayanan interaktif meliputi 4 (empat) komponen, yaitu kepuasan terhadap bidan memperhatikan keluhan Ibu hamil, kepuasan terhadap bidan menanggapi keluhan dan kepuasan terhadap bidan memberitahu waktu kontrol. Hasil analisis kepuasan Ibu hamil terhadap proses pelayanan interaktif dapat dilihat pada Tabel 5.21 berikut ini.

Tabel 5.21 Hasil analisis kepuasan Ibu hamil terhadap proses pelayanan interaktif di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

PROSES PELAYANAN INTER-AKTIF	SANGAT PUAS (4)	PUAS (3)	TIDAK PUAS (2)	SANGAT TIDAK PUAS (1)	JUM LAH	NILAI KOM POSIT
Bidan memperhatikan keluhan Ibu hamil	5 (16,67%)	25 (83,33%)	-	-	30	3,17
Bidan menanggapi keluhan Ibu hamil	5 (16,67%)	25 (83,33%)	-	-	30	3,17
Bidan memberitahu waktu kontrol	6 (20,00%)	24 (80,00)	-	-	30	3,20
Nilai komposit rata-rata						3,18

Sumber : Data primer

Secara umum Ibu hamil puas terhadap proses pelayanan interaktif. Apabila dilihat masing-masing komponen, Ibu hamil puas terhadap bidan memperhatikan

keluhan dan terhadap bidan menanggapi keluhan (83,33%), serta terhadap bidan memberitahu waktu kontrol (80,00%).

Kepuasan Ibu hamil terhadap pelayanan antenatal meliputi 6 (enam) komponen, yaitu kepuasan terhadap pemeriksaan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan calon bayi, imunisasi dan pemberian tablet tambah darah. Untuk analisis kepuasan Ibu hamil terhadap pelayanan antenatal seperti yang ada pada Tabel 5.22 sebagai berikut.

Tabel 5.22 Hasil analisis kepuasan Ibu hamil terhadap pelayanan antenatal di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

PELAYAN-AN ANTE-NATAL	SANGAT PUAS (4)	PUAS (3)	TIDAK PUAS (2)	SANGAT TIDAK PUAS (1)	JUM LAH	NILAI KOM POSIT
Penimbangan berat badan	3 (10,00%)	27 (90,00%)	-	-	30	3,10
Pengukuran tinggi badan	4 (13,33%)	26 (86,67%)	-	-	30	3,13
Pengukuran tekanan darah	3 (10,00%)	27 (90,00%)	-	-	30	3,10
Pemeriksaan calon bayi	4 (13,33%)	25 (83,33%)	1 (3,33%)	-	30	3,10
Imunisasi	3 (10,00%)	27 (90,00%)	-	-	30	3,10
Pemberian pil tambah darah	3 (10,00%)	27 (90,00%)	-	-	30	3,10
Nilai kompo- sit rata-rata						3,10

Sumber : Data primer

Dari nilai komposit 3,10, secara umum Ibu hamil puas terhadap pelayanan antenatal. Selanjutnya untuk tiap komponen Ibu hamil puas terhadap penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah dan imunisasi (90,00%).

Sedangkan Ibu hamil puas terhadap pengukuran tinggi badan (86,67%) dan terhadap pemeriksaan calon bayi (83,33%).

Kepuasan Ibu hamil secara umum dapat dilihat pada Tabel 5.23 berikut ini.

Tabel 5.23 Hasil analisis kepuasan Ibu hamil secara umum terhadap pelayanan antenatal di Poli BKIA Puskesmas Jagir Kota Surabaya Tahun 2002

NO.	INDIKATOR	NILAI KOMPOSIT
1	Kepuasan terhadap sikap Bidan	3,04
2	Kepuasan terhadap ketrampilan komunikasi Bidan	3,16
3	Kepuasan terhadap proses pelayanan interaktif.	3,18
4	Kepuasan terhadap pelayanan antenatal	3,10
	Nilai komposit	3,12

Sumber : Data primer

Dari Tabel 5.23 di atas didapat nilai komposit 3,12 atau dapat dikatakan secara umum ibu hamil puas.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan sejak hamil muda dengan maksud apabila ada kelainan akan cepat diketahui dan diobati. Tujuan pemeriksaan kehamilan adalah untuk mengetahui wanita hamil atau tidak, mengetahui kemungkinan adanya kelainan, pengawasan lebih sempurna dan merupakan nasehat yang perlu bagi kesehatan ibu dan janinnya.

6.1 Gambaran Responden

1. Sebagian besar umur Ibu hamil sebagai responden, yaitu berkisar antara 20 sampai 35 tahun (70,00%), sehingga termasuk dalam kelompok normal.
2. Umur kehamilan Ibu hamil pertama kali periksa kehamilan di Puskesmas Jagir tersebut adalah 1-3 bulan (63,3%). Hal ini sesuai dengan anjuran antenatal care pertama kali pada trimester pertama.
3. Sebagian besar tidak bekerja, hanya sebagai ibu rumah tangga sebanyak (73,30%)
4. Pendidikan Ibu hamil yang datang memeriksakan kehamilan di Puskesmas Jagir sebagian besar adalah tamat SLTP (83,30%). Hal ini senada dengan pernyataan dari Cicih, L., Hanifah, L dan Sari, K (2000) bahwa tingkat pendidikan Ibu hamil dianggap dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dan berdasarkan hasil survei Safe Motherhood, puskesmas di Jawa Timur sebagai tempat pemeriksaan kehamilan yang cukup tinggi persentasenya lebih banyak dikunjungi oleh Ibu hamil yang berpendidikan SLTP ke atas

6.2 Karakteristik Ibu Hamil

1. Kondisi kehamilan berdasarkan wawancara kepada responden melalui kuesioner yang diberikan kepada Ibu hamil untuk menilai kondisi kehamilannya didapat hasil yaitu sebagian besar Ibu hamil merasa bahwa kehamilannya tidak bermasalah sebanyak 28 orang atau 93,60%.

Sedangkan berdasarkan observasi dari peneliti melalui kartu status Ibu hamil didapatkan hasil bahwa sebagian besar ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di Puskesmas Jagir adalah normal sebanyak 23 orang atau 76,67%.

Hal di atas hasilnya berbeda karena dilihat dari kacamata yang berbeda, yang satu dari kacamata Ibu hamil dan satunya dari kacamata provider yang ditulis dalam kartu status. Perbedaan hasil ini disebabkan karena Ibu hamil menilai kehamilannya bermasalah atau tidak hanya berdasarkan keluhan yang dirasakan saja dan mungkin ada yang belum mengetahui tanda bahaya kehamilan seperti tinggi badan, lingkaran lengan atas disamping umur dan jumlah anak.

2. Pengetahuan Ibu hamil mengenai kesehatan selama kehamilan sangat diperlukan, karena kondisi kesehatan juga berpengaruh terhadap janin yang dikandungnya. Dari hasil penelitian didapat bahwa secara umum pengetahuan Ibu hamil adalah sangat baik, karena nilai komposit yang didapat adalah 3,70.

Apabila dilihat satu-persatu, yaitu pengetahuan Ibu hamil mengenai kondisi kehamilan dan pengetahuan Ibu hamil mengenai antenatal care ke duanya adalah sangat baik, karena rata-rata yang didapat adalah 3,80 dan 3,70.

3. Tingkat ekonomi keluarga Ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di Puskesmas Jagir adalah tingkat bawah (53,33%), tingkat menengah (36,70%) dan tingkat atas (10,00%). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa dari 73,30 % Ibu hamil yang dijadikan responden merupakan ibu rumah tangga, sehingga kemungkinan tidak ada penghasilan tambahan. Hal ini juga sesuai dengan pernyataan bahwa puskesmas adalah tempat pelayanan untuk masyarakat kelas menengah ke bawah.
4. Motivasi seluruh Ibu hamil yang datang memeriksakan kehamilan di Puskesmas Jagir disebabkan biaya murah, sebagian besar karena dekat dengan rumah dan bidan berpengalaman (93,30%).

Hal ini senada dengan penjelasan Cicih, L., Hanifah, L dan Sari, K (2000) bahwa puskesmas cukup banyak diminati karena biasanya Ibu hamil memperoleh pelayanan medis yang relatif aman dan murah.

5. Tempat sebagian besar Ibu hamil memeriksakan kehamilan pertama kali adalah di Puskesmas Jagir 70,00%. Hal ini berarti bahwa ada Ibu hamil (30%) yang sebelumnya memeriksakan kehamilan di tempat lain selain Puskesmas Jagir.
6. Sedangkan rencana tempat sebagian besar Ibu hamil memeriksakan kehamilan apabila hamil lagi adalah di Puskesmas Jagir 90,00%. Hal ini berarti bahwa ada 10% Ibu hamil yang akan memeriksakan kehamilannya ke tempat lain. Hal ini dapat dianggap ada pelanggan yang tidak loyal yang mungkin disebabkan karena tidak puas terhadap pelayanan di Puskesmas Jagir atau sebab lain, misalnya kehamilannya yang beresiko yang menyebabkan Ibu hamil berpikiran periksa ke rumah sakit atau karena memilih tempat yang lebih dekat dengan rumah. Ibu hamil ini adalah diluar 93,3 % yang memilih memeriksakan kehamilan di puskesmas Jagir dengan alasan dekat rumah.

6.3 Karakteristik Bidan

1. Pengalaman bidan pada penelitian ini adalah dilihat dari masa kerja seorang provider menjadi bidan, baik itu sebelum bekerja di Puskesmas Jagir, maupun selama bekerja di Puskesmas Jagir. Dengan pengalaman yang banyak diharapkan bidan dapat memberikan pelayanan antenatal kepada Ibu hamil yang lebih baik.
2. Berdasarkan kuesioner yang diberikan kepada Kepala Puskesmas dan Bidan yang dinilai dari kedisiplinan serta dari data sekunder yang berasal dari absensi dapat dikatakan bahwa komitmen bidan yang bekerja di Poli BKIA Puskesmas Jagir adalah tinggi. Dengan komitmen bidan yang tinggi ini diharapkan dapat memberikan pelayanan yang bermutu kepada Ibu hamil. Selanjutnya dengan pelayanan yang bermutu, Ibu hamil akan puas terhadap pelayanan bidan. Yang akhirnya diharapkan Ibu hamil akan loyal dan menjadi advokator.
3. Dalam komunikasi *terapeutik* dikenal ada 4 indikator, yaitu *attending skill*, *respect*, empati dan *responsivness*. Sikap bidan ini sama dengan indikator *respect* dalam komunikasi terapeutik. *Attending skill* merupakan penampilan fisik perawat ketika berkomunikasi dengan pasien, seperti ketika berbicara mata petugas menatap mata pasien. *Respect* merupakan sikap dan perilaku hormat tenaga kesehatan terhadap pasien, seperti ketika bertemu petugas memberi salam, petugas tidak memotong pembicaraan, petugas mendengarkan pasien tidak sambil memalingkan wajah, petugas tidak menunjukkan kurang mempunyai waktu untuk mendengarkan. Sedangkan empati adalah sikap dan perilaku tenaga kesehatan untuk mau mendengarkan pasien, seperti petugas mau mendengarkan keluhan pasien, ketika berbicara petugas menunjukkan minat dan perhatian, petugas tidak memarahi atau

membentak. *Responsiveness* adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan untuk segera melayani pasien jika diperlukan, seperti petugas tanggap dan memperhatikan keluhan pasien, petugas segera datang jika dipanggil.

Komponen bidan tidak menunjukkan muka masam atau cemberut termasuk dalam *attending skill* atau penampilan fisik dari petugas kesehatan ketika memberikan pelayanan kepada pasien, sedangkan berdasarkan bentuk komunikasi termasuk dalam komunikasi non verbal. Komponen bidan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan Ibu hamil dan bidan mendengarkan keluhan tidak sambil memalingkan wajah termasuk dalam *respect* atau merasa dihargai. Rasa dihargai akan menumbuhkan hubungan yang baik antara bidan dengan Ibu hamil.

4. Variabel sikap bidan yang dinilai dalam penelitian ini adalah terdiri dari 7 komponen, yaitu bidan tidak selalu memberi perintah, bidan tidak menunjukkan muka cemberut atau masam, bidan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan Ibu hamil, bidan mendengarkan tidak sambil memalingkan wajah, bidan berbicara sopan, sentuhan bidan tidak kasar dan bidan tidak membedakan pelayanan.

Nilai komposit sikap bidan didapat 3,48, sehingga dapat dikatakan sikap bidan secara umum adalah sangat baik. Sedangkan apabila dilihat dari masing-masing komponen sikap bidan ada yang mendapat nilai rata-rata di bawah 2,50, yaitu untuk komponen bidan berbicara sopan mendapat nilai rata-rata 2,17, sehingga komponen ini perlu diberikan perhatian yang lebih dan pelaksanaannya perlu ditingkatkan.

Apabila dilihat pada masing-masing komponen, sebagian besar mendapat nilai cukup dan nilai kurang, yaitu pada komponen bidan tidak selalu memberi perintah,



bidan tidak menunjukkan muka cemberut atau masam, bidan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan Ibu hamil, bidan mendengarkan tidak sambil memalingkan wajah, bidan berbicara sopan dan bidan tidak membedakan pelayanan. Hal ini masih perlu untuk ditingkatkan pelaksanaannya. Hanya komponen sentuhan bidan tidak kasar saja yang tidak ada nilai cukup dan nilai kurang, yang ada adalah nilai sangat baik dan baik.

5. Variabel ketrampilan komunikasi terdiri dari 4 komponen, yaitu bahasa bidan mudah dimengerti, mengucapkan salam, menatap mata dan tidak memotong pembicaraan. Bahasa yang dipakai bidan dalam memberikan pelayanan kepada Ibu hamil sangat menentukan berhasil tidaknya suatu komunikasi timbal balik. Bidan menggunakan bahasa Jawa di samping bahasa Indonesia sangat membantu Ibu hamil yang berpendidikan rendah (tamat SD) yang tidak dapat berbahasa Indonesia, sehingga ibu hamil tersebut dapat menangkap pembicaraan bidan.

Bidan mengucapkan salam termasuk dalam *respect*. Sedangkan menatap mata Ibu hamil dan tidak memotong pembicaraan termasuk dalam *attending skill*.

Secara umum ketrampilan komunikasi bidan adalah baik, karena mempunyai nilai komposit 2,80. Apabila dilihat dari komponen bidan menatap ibu hamil mempunyai nilai rata-rata di bawah 2,50 yaitu 2,10 dan komponen bidan mengucapkan salam nilai rata-rata 2,03. Komponen yang mendapat nilai rata-rata di bawah 2,50 tersebut perlu mendapatkan perhatian dan ditingkatkan pelaksanaannya., disamping komponen yang mendapat nilai cukup dan nilai kurang, yaitu bahasa bidan, mengucapkan salam dan menatap mata.

6.4 Proses Pelayanan Interaktif

1. Variabel proses pelayanan interaktif terdiri dari 3 komponen, yaitu bidan memperhatikan keluhan, menanggapi keluhan dan memberitahu waktu kontrol. Untuk komponen bidan memperhatikan keluhan Ibu hamil termasuk dalam empati, sedangkan komponen menanggapi keluhan Ibu hamil termasuk dalam *responsiveness*. Secara umum proses pelayanan interaktif berjalan dengan baik, karena nilai komposit yang didapat 3,20. Apabila dilihat nilai rata-rata masing-masing komponen, yaitu bidan memperhatikan dan mendengarkan keluhan Ibu hamil (3,67), bidan menanggapi keluhan ibu hamil (2,53) dan bidan selalu memberitahu ibu hamil untuk kontrol (3,40), semua mendapatkan nilai rata-rata di atas 2,50. Hal ini berarti komponen tersebut dianggap tidak bermasalah. Namun ada komponen yang mendapat nilai cukup, yaitu bidan memperhatikan keluhan dan menanggapi keluhan serta ada komponen yang mendapat nilai kurang untuk bidan memberitahu waktu kontrol, sehingga komponen tersebut masih perlu lebih diperhatikan dan ditingkatkan pelaksanaannya.

Berdasarkan observasi peneliti, bidan selalu memberitahu waktu kontrol dan waktu perkiraan persalinan. Hal ini berarti bahwa K4 yang kecil dibandingkan K1 bukan disebabkan karena komunikasi bidan yang kurang dan hanya 4 (empat) orang Ibu hamil yang menanyakan keluhannya kepada bidan. Hal ini menunjukkan bahwa pada golongan ekonomi lemah di Puskesmas terjadi pelayanan yang bersifat komunikasi paternalistik di mana kedudukan tenaga kesehatan lebih dominan dari pasien. Sedangkan biasanya yang terjadi pada golongan ekonomi ke atas di praktek dokter swasta adalah komunikasi konsumeristik, di mana kedudukan pasien lebih

dominan daripada tenaga kesehatan. Apabila seandainya pasien yang termasuk golongan ekonomi atas tersebut tidak puas dengan pelayanan yang diberikan suatu pelayanan kesehatan, mereka dapat pindah dan memilih pelayanan kesehatan yang lainnya yang dianggap dapat memberikan kepuasan.

2. Sebagaimana diketahui bahwa inti dari pemasaran interaktif adalah komunikasi. Yang lebih banyak dibahas adalah komunikasi pada saat kontak pelanggan dengan pihak puskesmas, dalam hal ini adalah bidan.

Menurut Supriyanto (1999) komunikasi tidak dapat terjadi secara searah, tetapi secara dua arah atau timbal balik antara pemberi pesan (komunikator) dan penerima pesan (komunikan). Di suatu saat kedudukan komunikator menjadi komunikan, di suatu saat yang lain bisa komunikan menjadi komunikator. Bentuk komunikasi interaktif, yaitu komunikasi di mana tenaga kesehatan dan pasien mempunyai kedudukan yang sama dan saling mempengaruhi

Di dalam pelayanan antenatal di Puskesmas Jagir Kota Surabaya komunikasi terjadi antara bidan (tenaga kesehatan) dengan Ibu hamil (pasien). Baik Bidan maupun Ibu hamil masing-masing bisa menjadi komunikator maupun komunikan.

Pelayanan antenatal di Poli BKIA Puskesmas Jagir dilakukan di ruangan yang tidak tertutup, sehingga pembicaraan bidan kepada seorang Ibu hamil dapat didengar oleh Ibu hamil yang lain. Dapat dikatakan bahwa *privacy* Ibu hamil kurang.

6.5 Kepuasan

Secara umum responden puas terhadap sikap bidan, terhadap ketrampilan komunikasi bidan, terhadap proses pelayanan interaktif maupun pelayanan antenatal. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan karakteristik responden dalam penelitian ini yang sebagian besar berpendidikan tamat SLTP, tidak bekerja dengan status sebagai ibu rumah tangga dan berpenghasilan rendah yang memeriksakan kehamilan di Puskesmas yang termasuk dalam pelayanan kesehatan dengan biaya murah, sehingga cenderung tidak terlalu banyak menuntut, nrimo dan cenderung merasa puas.

Kotler (2000) memberikan penjelasan pelanggan yang mempunyai tingkat kepuasan puas masih mudah untuk pindah ke tempat lain dibandingkan dengan pelanggan yang sangat puas, sehingga apabila menginginkan Ibu hamil tersebut dapat loyal, maka harus ditingkatkan menjadi sangat puas.

Menurut Sciffman, L.G dan Kanuk, L.L (2000) apabila ada pelanggan yang tidak puas, masing-masing pelanggan yang tidak puas akan menceritakan ketidakpuasannya sedikitnya kepada sembilan orang lainnya dan 13% dari pelanggan yang tidak senang menceritakan kepada lebih dari 20 orang lainnya tentang pengalaman negatifnya.

Biaya untuk mendapatkan pelanggan baru selalu lebih mahal daripada mempertahankan pelanggan yang ada. Hal tersebut dikatakan oleh Kottler (2000).

Menurut Supriyanto (2002) berdasarkan Havard Business Review , biaya untuk mendapat pelanggan baru adalah 6 sampai 7 kali lebih mahal daripada mempertahankan pelanggan yang ada.

Untuk nilai komposit kepuasan terhadap sikap bidan didapat 3,04, sehingga dapat dikatakan secara umum puas. Apabila dilihat nilai rata-rata masing-masing komponen sikap bidan, semuanya diatas 2,50. Namun masih ada responden yang tidak puas untuk komponen sebagai berikut: bidan mempunyai waktu untuk mendengarkan, mendengarkan tidak sambil memalingkan wajah, berbicara sopan dan sentuhan tidak kasar. Ada yang tidak puas dan sangat tidak puas untuk komponen mempunyai waktu untuk mendengarkan. Serta ada yang sangat tidak puas untuk komponen menunjukkan muka cemberut. Hal tersebut perlu untuk mendapatkan perhatian dan pelaksanaannya lebih ditingkatkan.

Untuk tingkat kepuasan sangat puas, semua komponen masih di bawah 20%, sebagai berikut: bidan tidak menunjukkan muka cemberut 16,67%. Bidan tidak selalu memberi perintah, mempunyai waktu untuk mendengarkan, mendengarkan tidak sambil memalingkan wajah, tidak membedakan pelayanan 13,33%. Untuk sentuhan bidan 10,00% serta komponen bicara sopan 6,67%.

Tingkat kepuasan terhadap ketrampilan komunikasi bidan secara umum adalah puas (nilai komposit 3,16). Komponen bidan mengucapkan salam, menatap mata dan tidak memotong pembicaraan ada responden yang memberikan nilai tidak puas, sehingga perlu diperhatikan.

Nilai sangat puas untuk komponen bahasa bidan adalah 73,33%, menatap mata 3,33% dan tidak memotong pembicaraan 10,00%.

Tingkat kepuasan terhadap proses pelayanan interaktif adalah puas, karena nilai komposit yang didapat adalah 3,18. Nilai rata-rata masing-masing komponen di atas

2,50. Tidak ada responden yang tidak puas dan sangat tidak puas pada masing-masing komponen.

Nilai sangat puas untuk komponen memperhatikan keluhan, menanggapi keluhan adalah 16,67%, untuk memberitahu waktu kontrol 20,00%.

Tingkat kepuasan terhadap proses pelayanan antenatal adalah puas, karena nilai komposit yang didapat adalah 3,18. Nilai rata-rata masing-masing komponen di atas 2,50. Masing-masing komponen mendapatkan nilai sangat puas dan puas, sedangkan nilai tidak puas hanya komponen pemeriksaan calon bayi.

Nilai sangat puas untuk semua komponen, meliputi penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah, imunisasi dan pemberian pil tambah darah masing-masing 10,00%

Nilai sangat puas masih di bawah 20%, sehingga upaya pemasaran interaktif masih perlu dilakukan.

6.6 Upaya Pemasaran Interaktif

Upaya pemasaran interaktif yang dapat disusun dan direkomendasikan kepada pihak manajemen puskesmas Jagir untuk :

1. Memperbaiki, memberikan perhatian dan meningkatkan :
 - a. Sikap bidan, meliputi tidak selalu memberi perintah, tidak menunjukkan muka masam, mempunyai waktu mendengarkan keluhan, mendengar keluhan tidak sambil memalingkan muka dan tidak membedakan pelayanan.
 - b. Ketrampilan bidan, meliputi bahasa bidan, mengucapkan salam dan menatap mata.
 - c. Proses pelayanan interaktif meliputi memperhatikan keluhan, menanggapi keluhan serta memberitahu waktu kontrol.

Hal ini disebabkan karena pada hasil kuesioner masih mempunyai nilai cukup dan kurang.

2. Lebih memperhatikan kepuasan ibu hamil terhadap sikap, ketrampilan maupun proses pelayanan bidan, meliputi tidak menunjukkan muka cemberut, mendengarkan keluhan tidak sambil memalingkan wajah, sentuhan tidak kasar, bicara sopan dan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan, mengucapkan salam, menatap mata, tidak memotong pembicaraan serta pemeriksaan calon bayi, karena ibu hamil masih tidak puas dan sangat tidak puas.

Dalam menyusun upaya pemasaran interaktif pelayanan antenatal ini lebih sempurna apabila dilakukan *Focus Group Discussion*, yaitu suatu diskusi terarah dengan peserta pihak manajemen puskesmas. Hal ini tidak dilakukan pada penelitian ini, sehingga merupakan keterbatasan.

BAB 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Ibu hamil yang memeriksakan kehamilan ke Puskesmas Jagir sebagian besar termasuk dalam kelompok normal dengan pendidikan tamat SLTP (83,30%) yang merupakan Ibu rumah tangga (73,3%), tingkat ekonomi keluarga termasuk tingkat bawah (53,33 %), berpengetahuan sangat baik, sadar akan pentingnya pelayanan antenatal dengan umur kehamilan pertama kali periksa sesuai anjuran, yaitu 1-3 bulan (63,3%). Namun Ibu hamil tersebut masih mempertimbangkan faktor biaya, jarak dan pengalaman bidan.

Kondisi kehamilan menurut penilaian Ibu hamil sendiri, sebagian besar tidak bermasalah (93,60%), sedangkan berdasarkan observasi peneliti yang termasuk normal sebanyak 76,67 %, sehingga ada yang termasuk risiko tinggi sebanyak 23,33 %.

Sebagian besar tempat Ibu hamil memeriksakan kehamilan pertama kali di Puskesmas Jagir adalah 70,00% dan 30,00 % di tempat lain. Sedangkan rencana tempat memeriksakan kehamilan ke Puskesmas Jagir apabila hamil lagi sebanyak 90,00 %, sehingga dianggap ada yang tidak loyal sebesar 10,00 %.

1. Bidan sangat pengalaman dengan komitmen sangat tinggi serta sikap secara umum sangat baik, namun masih ada yang perlu diperhatikan dan ditingkatkan pelaksanaannya, yaitu tidak selalu memberi perintah, tidak menunjukkan muka

cemberut, mempunyai waktu mendengarkan keluhan, mendengarkan tidak sambil memalingkan muka dan sentuhan tidak kasar.

Ketrampilan komunikasi bidan secara umum baik, namun juga ada yang perlu diperhatikan dan ditingkatkan pelaksanaannya, yaitu bahasa bidan, mengucapkan salam dan menatap mata.

Semua bidan belum pernah mendapat pelatihan komunikasi interaktif atau komunikasi interpersonal atau komunikasi teraupetik.

3. Secara umum proses pelayanan interaktif berjalan dengan baik, namun komponen bidan menanggapi keluhan dan memberitahu waktu kontrol perlu lebih diperhatikan dan ditingkatkan pelaksanaannya.
4. Tingkat kepuasan Ibu hamil terhadap sikap bidan, terhadap ketrampilan komunikasi bidan, terhadap proses pelayanan interaktif maupun terhadap pelayanan antenatal secara umum dapat disimpulkan puas.

Apabila dilihat satu persatu masih ada responden yang tidak puas dan sangat tidak puas, sehingga perlu mendapatkan perhatian sebagai berikut:

Kepuasan terhadap sikap bidan, yaitu tidak selalu memberi perintah, tidak menunjukkan muka cemberut, mendengarkan keluhan tidak sambil memalingkan wajah, sentuhan tidak kasar, bicara sopan dan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan.

Kepuasan terhadap ketrampilan komunikasi bidan, yaitu mengucapkan salam, menatap mata dan tidak memotong pembicaraan.

Sedangkan untuk kepuasan terhadap pelayanan antenatal, yaitu pemeriksaan calon bayi.

Namun tingkat kepuasan di atas masih perlu ditingkatkan menjadi sangat puas, agar Ibu hamil menjadi loyal dan akhirnya menjadi advokator.

Mengingat sebagian besar sangat puas masih kurang dari 20%, maka upaya pemasaran interaktif masih perlu dilakukan.

5. Berdasarkan temuan pada penelitian, maka upaya pemasaran interaktif yang direkomendasikan kepada pihak manajemen puskesmas Jagir, yaitu memperbaiki, memberikan perhatian dan meningkatkan :
 - a. Sikap bidan, meliputi tidak selalu memberi perintah, tidak menunjukkan muka masam, mempunyai waktu mendengarkan keluhan, mendengar keluhan tidak sambil memalingkan muka dan tidak membedakan pelayanan.
 - b. Ketrampilan bidan, meliputi bahasa bidan, mengucapkan salam dan menatap mata.
 - c. Proses pelayanan interaktif meliputi memperhatikan keluhan, menanggapi keluhan serta memberitahu waktu kontrol.

Hal ini disebabkan karena pada hasil kuesioner masih mempunyai nilai cukup dan kurang

Serta lebih memperhatikan kepuasan ibu hamil terhadap sikap, ketrampilan maupun proses pelayanan bidan, meliputi tidak menunjukkan muka cemberut, mendengarkan keluhan tidak sambil memalingkan wajah, sentuhan tidak kasar, bicara sopan dan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan, mengucapkan salam, menatap mata, tidak memotong pembicaraan serta pemeriksaan calon bayi adalah perlunya perhatian dan peningkatan pelaksanaan untuk komponen yang masih mempunyai nilai cukup atau kurang sebagai berikut:

- c. Pada variabel sikap bidan meliputi tidak selalu memberi perintah, tidak menunjukkan muka masam, mempunyai waktu mendengarkan keluhan, mendengar keluhan tidak sambil memalingkan muka dan tidak membedakan pelayanan.
- b. Pada variabel ketrampilan bidan, meliputi bahasa bidan, mengucapkan salam dan menatap mata.
- c. Pada proses pelayanan interaktif meliputi memperhatikan keluhan, menanggapi keluhan serta memberitahu waktu kontrol.
- d. Untuk tingkat kepuasan Ibu hamil, yaitu tidak menunjukkan muka cemberut, mendengarkan keluhan tidak sambil memalingkan wajah, sentuhan tidak kasar, bicara sopan dan mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan, mengucapkan salam, menatap mata, tidak memotong pembicaraan serta pemeriksaan calon bayi.

7.2 SARAN

7.2.1 Bagi Puskesmas.

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disarankan hal-hal sebagai berikut:

1. Bidan perlu mendapat pelatihan komunikasi interaktif atau komunikasi interpersonal atau komunikasi terapeutik.
2. Pihak manajemen Puskesmas perlu melakukan pemasaran interaktif sesuai yang direkomendasikan pada penelitian ini.

7.2.2 Bagi peneliti lain.

1. Disarankan untuk melakukan penelitian terhadap loyalitas pelanggan.

2. Disarankan agar lebih lanjut melakukan penelitian untuk mendapatkan upaya pemasaran internal maupun eksternal.
3. Disarankan melakukan penelitian untuk mendapatkan upaya pemasaran interaktif pada obyek yang berbeda atau pada poli yang lain di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C; Shanley, E. (1997) *Psikologi Sosial Untuk Perawat*, alih bahasa Leonny S., Jakarta
- Alibasah, S. (2001) Memahami Visi dan Misi. *Mimbar*, Vol.5 No.1 Pebruari 2001, Hal 10.
- Astuti, S.W. (1994) Pemasaran jasa pada organisasi nirlaba. *Majalah Ekonomi*, Nomor: 31 Tahun III, Hal 54 - 55.
- Budiarto, W. (1996) Analisis Permintaan (Demand Analysis) Pelayanan kesehatan Puskesmas Di Kabupaten Mojokerto. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 24 (1), Hal 43.
- Cicih, L. (2000). Deteksi dini tanda-tanda kelainan pada kehamilan lewat Antenatal care. *Warta Demografi*, Th-30, No.4, Hal 34-36.
- Cicih, L., Hanifah, L dan Sari, K. (2000) Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dalam rangka meningkatkan kesehatan maternal . *Warta Demografi* Th-30, No.4, Hal 26. 28.
- Departemen Kesehatan RI. (2001). *Paradigma Baru Puskesmas: Di Era Desentralisasi*. Januari 2001. Jakarta. Hal.8.
- Departemen Kesehatan RI (2000) *Standar Pelayanan Kebidanan*.
- Departemen Kesehatan RI (1998) *Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar*.
- Departemen Kesehatan RI (1998) *Buku Saku Bidan di Desa*.
- Departemen Kesehatan RI (1993) *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar*.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. (1999) *Profil Kesehatan Kota Surabaya tahun 1999*, Surabaya.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. (2000) *Profil Kesehatan Kota Surabaya tahun 2000*, Surabaya.
- Dever, A. (1984) *Epidemiology in Health Service Management*. An Aspen Publication, Rockville, Maryland, page 211 - 220.
- Hadiati, S dan Ruci, S (1999) Analisis Kinerja Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pelanggan pada Telkomsel Malang Area. *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*, Vol.1, September 1999, Hal 56.

- Irwanto. (1998) *Focus Group Discussion (FGD)*, Pusat Kajian Pembangunan Masyarakat Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, Jakarta.
- Kariyoso (1994) *Pengantar Komunikasi Bagi Siswa Perawat*, Penerbit Buku Kedokteran ECG, Hal.19-27.
- Kotler, P. (1994) *Marketing Essentials 6 th Edition*. Prentice Hall International Inc, New Jersey. Hal 1-47.
- Kotler, P.(2000) *Manajemen Pemasaran di Indonesia: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian*. Alih Bahasa: Susanto, AB. Salemba Empat, Jakarta. Halaman 52-54, 69-73.
- Lubis, A, Budiartono, R, Sarimawar dan Inswiari. (1998) Distribusi Kematian Perinatal pada Kasus Persalinan di Rumah dan di Fasilitas Kesehatan. *Jurnal Epidemiologi Indonesia*, Volume 2, Edisi I, Hal 28-29
- Marku, T. (1993). Konsep Dasar Pemasaran Sosial. *Irsjam ke XXX Tahun 1993*, Hal 24, 26.
- Payne, A. (1993) *The Essence of Services Marketing*. Prentice Hall Series: Essence of Management. Prentice Hall International (UK). New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore, Hal 224 -226.
- Prasetijo, R. (2001) Customer Loyalty or Rejection: a Result of Critical Incidents in Service Encounters. *Dian Ekonomi* Vol. VII No.1 Maret 2001, Hal 57.
- Purnama, L. (2001) *Strategic Marketing Plan*, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, Hal. 193 – 205.
- Priharjo, R (1995) *Etika Keperawatan*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, Hal. 43, 52-59.
- Program Pascasarjana Universitas Airlangga. 2000. *Pedoman Penulisan Usulan Penelitian Tesis Disertasi*. Universitas Airlangga
- Ristiyani dan Surono. (2001) Puskesmas Swadana. *Medika*, N0.7 Tahun XXVII, Juli 2001, Hal 449.
- Sciffman, L.G dan Kanuk, L.L (1999) *Consumer Behavior*, Seventh Edition, Prentice Hall International, Inc, Page 408-409.
- Sitzia, J., wood, N. (1997) *Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts*. *Soc.Sci.Med.*, Vol. 45 (12), p 1829 –1843.

- Soesanto, H. (1998). Pengaruh Tarif Kamar Terhadap Kepuasan dan Minat Pasien dalam pembelian ulang jasa rawat inap di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta. *Jurnal Bisnis Strategi*, Vol 2/Tahun1/1998, Hal 75
- Soeparmanto, P (1998) Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perawatan kehamilan (Antenatal Care atau ANC), *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*,Vol.2. No.2, Hal. 48-57.
- Supranto, J. (1997) *Metode Riset : Aplikasinya Dalam Pemasaran*. Cetakan Pertama, Edisi keenam September. PT Rineka Cipta, Jakarta, Halaman 66-68.
- Supriyanto, S. (1998) *Metodologi Penelitian*. Pasca Sarjana, Universitas Airlangga. Surabaya.
- Supriyanto, S (2000). Pemasaran Interaktif. Buku Catan Kuliah. Program Pascasarjana Universitas Airlangga , Hal. 1-7.
- Supriyanto, S. (2001) Manajemen Pemasaran Jasa Pelayanan. Bahan kuliah. Program Pascasarjana Universitas Airlangga , Hal. 39-40.
- Supriyanto, S. (2001) Pengelolaan Keluhan Pelanggan. Bahan kuliah. Program Pascasarjana Universitas Airlangga , Hal. 3-4.
- Suprpto, A (1995) Kebiasaan Penduduk Kurang Mampu di Daerah Aliran Sungai (DAS), Studi Kasus Kalimas Wonokromo. *Buletin Penelitian Pelayanan Kesehatan*, No. 215 Tahun 2 Nomor 3.
- Strasser, S., Davis, R.M. (1995) *Measuring Patient Satisfaction For Improved Patient Services*. Michigan, Health Administrassion Press.
- Swastha, B. (1996) *Azas-azas Marketing*. Edisi 3. Liberty Offset, Yogyakarta. Hal 5-8, 42.
- Thio, S (2001) Membangun Service Quality untuk mencapai Kepuasan Konsumen di Industri Hospitality. *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*, Vol. 3, No.1, Maret 2001.
- Tjiptono, F. (1997) *Strategi Pemasaran*. Edisi Kedua. Andi Offset, Yogyakarta. Hal 19-54.
- Widayatun, T.R (1999) *Ilmu Prilaku*, CV.Sagung Seto, 252-256.
- Wijanarko, W (2000) Pengaruh Kualitas Layanan terhadap kepuasan Pelanggan Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Soetomo Surabaya. *Buletin Penelitian RSUD Dr.Soetomo*, Vol.2, No.2, Juni 2000, Hal 43 – 45.



Yazid (1999) *Pemasaran jasa, Konsep dan Implementasi*. Penerbit Ekonisia Fakultas Ekonomi UII Yogyakarta, Halaman 113-117.

Zeithaml, V.A dan Bitner, M.J (2000) *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across The Firm*. Irwin McGraw-Hill, Second Edition, Page 26, 74 –80.

LAMPIRAN

Lampiran : I

**CHECKLIST PENGAMATAN
PROSES PELAYANAN ANTENATAL
DI PUSKESMAS JAGIR KOTA SURABAYA**

NO:

NAMA BUMIL:

KODE BIDAN: 1/2

I ISI KOMUNIKASI(PESAN)

II. PROSES PELAYANAN

1 AKSI(BIDAN)	REAKSI(BUMIL)

2 AKSI(BUMIL)	REAKSI (BIDAN)

II HASIL KOMUNIKASI

1 Dikonsultasikan dokter PPDS

2 Tidak dikonsultasikan dokter PPDS

**CHECKLIST PENGAMATAN (OBSERVASI)
PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN BIDAN KEPADA IBU HAMIL
PADA PELAYANAN ANTENATAL DI PUSKESMAS JAGIR KOTA SURABAYA**

Pelayanan antenatal : 1 / 2 / 3 / lebih dari 4

Umur Ibu :

Jarak kehamilan sebelumnya :

Petunjuk pengisian : Berilah tanda V pada kolom dilakukan, apabila pemeriksaan dilakukan Bidan dan pada kolom tidak dilakukan, apabila pemeriksaan tidak dilakukan Bidan

NO.	KONDISI KEHAMILAN	JENIS PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN OLEH BIDAN	DILAKUKAN	TIDAK DILAKUKAN
1	Berat badan	Penimbangan Berat badan		
2	Tinggi badan	Pengukuran tinggi badan		
3	Lingkar lengan atas	Pengukuran LILA		
4	Tekanan darah	Pengukuran tekanan darah		
5	Kepastian hamil	Pemeriksaan urine		
6	Kadar Hb	Pemeriksaan Hemoglobine		
7	Keadaan fisik Ibu hamil	Pemeriksaan pandang (inspeksi) misal : panggul sempit		
8	Keadaan janin	Pemeriksaan raba (palpasi) : a. Pengukuran tinggi fundus uteri b. Pemeriksaan letak janin c. Pemeriksaan denyut janin		
9	Kekebalan Ibu hamil	Pemberian imunisasi : Pertama Ke dua		
10	Kemungkinan anemia	Pemberian pil tablet tambah darah :		

Lampiran : 3

CHECKLIST
KONDISI KEHAMILAN BUMIL

NO. RESP.	UMUR (Thn)	TB (Cm)	LILA (Cm)	JML ANAK	RISTI/ NORMAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Lampiran : 4

CHECKLIST
ABSENSI BIDAN

No.	Absensi (hari)															
	Jan'01	Pebr'01	Mar'01	Apr'01	Mei'01	Jun'01	Jul'01	Agst'01	Sept'01	Okt'01	Nop'01	Des'01	Jan'02	Pebr'02	Mar'02	Apr'02
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

Keterangan :

p = pendidikan, s = sakit, i = ijin, c = cuti, DL = dinas luar

Lampiran : 5

**KUISIONER
PANDUAN WAWANCARA KEPADA IBU HAMIL**

(diisi oleh petugas pewawancara)

Petunjuk pengisian :

Isilah titik-titik yang tersedia dan mulai no.3 lingkarilah pada nomer untuk jawaban yang paling sesuai menurut Ibu

I. IDENTITAS RESPONDEN :

1. Nama : Nomer :
- Umur kehamilan :bulan
- Umur Ibu hamil : tahun

2. Alamat :
- Telp.(.....)
3. Agama :
 1. Islam 2. Kristen 3. Katolik 4. Lain-lain :
4. Suku Bangsa :
 1. Jawa 2. Madura 3. Lain-lain:
5. Pendidikan terakhir :
 1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD 3. Tamat SD
 4. Tidak tamat SLTP 5. Tamat SLTP 6. Tidak tamat SLTA
 7. Tamat SLTA 8. Tamat Akademi/ perguruan Tinggi
6. Pekerjaan Ibu hamil :
 1. Ibu rumah tangga 2. PNS 3. Swasta
 4. Lain-lain, sebutkan :
7. Saat ini adalah kehamilan Ibu yang ke :
 1. Satu 2. Dua 3. Tiga 4. Lebih dari tiga

Apabila jawabannya adalah 1(satu), pertanyaan berikutnya langsung ke nomor 9
8. Jumlah anak :
 1. Satu 2. Dua 3. Tiga 4. Lebih dari tiga
9. Umur kandungan Ibu pada waktu pertama kali Ibu memeriksakan kehamilan
 1. Kurang dari Tiga bulan 2. Lebih dari tiga bulan

Apabila jawabannya no.2, mengapa baru memeriksakan kehamilan sekarang ?

Sebab.....

10. Untuk selanjutnya setiap berapa lama Ibu memeriksakan kehamilan lagi ?
 1. Dua minggu 2. Satu bulan 3. Dua bulan 4. Tiga bulan
 5. Lebih dari tiga bulan 6. Kalau ada keluhan saja

KONDISI KEHAMILAN IBU HAMIL

11. Jarak kehamilan sebelumnya dengan kehamilan saat ini adalah..... tahun.
 1. Satu 2. Dua 3. Tiga 4. Lebih dari tiga

12. Menurut Ibu, bagaimana kondisi kehamilan Ibu saat ini ?
 1. Bermasalah 2. Tidak bermasalah

SIKAP IBU HAMIL

13. Ke mana Ibu memeriksakan kehamilan sebelumnya ?

1. Puskesmas Jagir
2. Puskesmas lain, sebutkan.....
3. Klinik bersalin,sebutkan
4. Praktek dokter swasta, sebutkan.....
5. Rumah sakit, sebutkan.....
6. Rumah sakit, sebutkan.....
7. Bidan Praktek swasta
8. Lain-lain

14. Dalam memeriksakan kesehatan kandungan Ibu, kedatangan Ibu kali ini adalah yang ke :
 1. Satu 2. Dua 3. Tiga 4. Empat 5. Lebih dari empat

Dalam memeriksakan kehamilan Ibu selanjutnya , ke mana Ibu akan datang ?

1. Ke Puskesmas Jagir
2. Ke Puskesmas lain, sebutkan.....
3. Ke dokter praktek swasta
4. Ke Klinik Bersalin
5. Ke rumah sakit
6. Lain-lain, sebutkan.....

15. Seandainya Ibu hamil lagi, kemana Ibu merencanakan periksa kehamilan ?

1. Ke Puskesmas Jagir
2. Ke Puskesmas lain, sebutkan.....
3. Ke dokter praktek swasta
4. Ke Klinik Bersalin
5. Ke rumah sakit
6. Lain-lain, sebutkan.....

24. Dalam memberikan pelayanan kepada Ibu, apakah Bidan menunjukkan muka yang cemberut atau masam ?

1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat kecewa 2. Kecewa 3. Senang 4. Sangat senang

25. Ketika berbicara dengan Ibu,, Bidan menunjukkan kurang mempunyai waktu untuk mendengarkan ?

1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat kecewa 2. Kecewa 3. Senang 4. Sangat senang

26. Ketika Ibu berbicara, Bidan mendengarkan sambil memalingkan wajahnya ?

1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat tidak puas 2. Tidak puas 3. Puas 4. Sangat puas

27. Ketika berbicara dengan Ibu, Bidan berbicara dengan sopan atau tidak kasar ?

1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat kecewa 2. Kecewa 3. Senang 4. Sangat senang

28. Ketika memeriksa kehamilan Ibu, apakah sentuhan Bidan kasar ?

1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat tidak puas 2. Tidak puas 3. Puas 4. Sangat puas

29. Apakah Bidan tidak membeda-bedakan pelayanan yang diberikan kepada Ibu dibandingkan dengan pelayanan kepada orang lain ?

1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat tidak puas 2. Tidak puas 3. Puas 4. Sangat puas

KETRAMPILAN KOMUNIKASI BIDAN

30. Bahasa Bidan dalam memberikan arahan dan petunjuk pelayanan kepada Ibu mudah dimengerti

1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat tidak puas 2. Tidak puas 3. Puas 4. Sangat puas

31. Sebelum memeriksa kehamilan Ibu, apakah Bidan mengucapkan salam, seperti selamat pagi atau selamat siang, mari (dalam bahasa jawa =monggo) terlebih dahulu?
 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat kecewa 2. Kecewa 3. Senang 4. Sangat senang

32. Ketika berbicara dengan Ibu, apakah mata Bidan menatap mata Ibu ?
 1 Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat tidak puas 2. Tidak puas 3. Puas 4. Sangat puas

33. Selagi Ibu berbicara, apakah Bidan memotong pembicaraan ?
 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat kecewa 2. Kecewa 3. Senang 4. Sangat senang

TINGKAT EKONOMI IBU HAMIL DAN KELUARGA

34. Berapa pengeluaran Ibu dan keluarga tiap bulan :

1. Kurang dari Rp.500.000,-
 2. Rp.500.000,- - Rp. 1.000.000
 3. Lebih dari Rp.1.000.000,-

PENGETAHUAN DAN KONDISI KEHAMILAN IBU HAMIL

35. Petunjuk pengisian : Berilah tanda \checkmark pada kolom di bawah ini
 Pada kolom Ya apabila bermasalah bagi Ibu dan kolom Tidak apabila tidak bermasalah bagi Ibu

NO.	PERNYATAAN	BERMASALAH BAGI IBU	
		YA	TIDAK
1.	Ibu tidak mau makan dan muntah terus		
2.	Berat badan Ibu tidak naik selama hamil		
3.	Tinggi badan Ibu kurang dari 145 cm		
4.	Gerakan calon bayi berkurang atau melemah		
5.	Ibu mempunyai penyakit jantung		
6.	Jarak kehamilan sekarang dengan sebelumnya kurang dari 2 tahun		
7.	Ibu merokok		
8.	Umur Ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun		
9.	Tangan dan wajah Ibu bengkak		
10.	Ibu mengalami perdarahan		

PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG PELAYANAN ANTENATAL

36. Petunjuk pengisian :

Berilah tanda \checkmark pada kolom di bawah ini :

Pada kolom B apabila pernyataan benar dan kolom S apabila pernyataan salah

Keterangan : B = Benar, S = Salah

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Pemeriksaan kehamilan ulang adalah penting untuk kesehatan kandungan dan keselamatan bayi		
2.	Ibu hamil diberikan suntikan imunisasi TT sekali selama kehamilan		
3.	Pemeriksaan kencing tidak diperlukan untuk memastikan kehamilan		
4.	Kalau tidak ada keluhan pada kehamilan, Ibu hamil cukup memeriksakan kehamilan sekali		
5.	Periksakan kehamilan sejak kehamilan muda secara teratur		
6.	Pemeriksaan kehamilan dilakukan paling sedikit empat kali selama kehamilan		
7.	Ibu hamil perlu mendapat tambahan zat tambah darah		
8.	Setiap kali periksa kehamilan, berat badan selalu ditimbang		
9.	Pada pemeriksaan kehamilan Ibu tidak perlu diukur tekanan darahnya		
10.	Bidan meraba perut Ibu hamil untuk melihat calon bayi di dalam kandungan		

PROSES PELAYANAN INTERAKTIF

37. Apakah Bidan memperhatikan dan mendengarkan keluhan yang disampaikan oleh Ibu ?

1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat tidak puas 2. Tidak puas 3. Puas 4. Sangat puas

38. Apakah Bidan menanggapi keluhan yang disampaikan oleh Ibu ?

1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat kecewa 2. Kecewa 3. Senang 4. Sangat senang

39. Bidan memberitahu ibu kapan waktu untuk kontrol lagi.

1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu

Terhadap hal ini Ibu merasa :

1. Sangat kecewa 2. Kecewa 3. Senang 4. Sangat senang

40. Kepuasan Ibu hamil terhadap pelayanan antenatal

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda pada kolom yang sesuai di bawah ini

NO.	JENIS PELAYANAN	SANGAT TIDAK PUAS	TIDAK PUAS	PUAS	SANGAT PUAS
1.	Penimbangan berat badan				
2.	Pengukuran tinggi badan				
3.	Pengukuran tekanan darah				
4.	Pengukuran Lingkar lengan atas				
5.	Pemeriksaan calon bayi				
6.	Imunisasi				
7.	Pemberian tablet tambah darah				

Lampiran : 6

**KUISIONER
PANDUAN WAWANCARA
KEPADA KEPALA PUSKESMAS**

Petunjuk pengisian : Lingkariilah nomer pada jawaban yang paling sesuai menurut Ibu

KOMITMEN BIDAN

1. Menurut Ibu, apakah Bidan :

1. Tidak disiplin
2. Kurang disiplin
3. Disiplin
4. Sangat disiplin

2. Menurut Ibu, Bidan setiap hari datang :

1. Pukul 09.00 lebih
2. Pukul 08.30 - 09.00
3. Pukul 07.30 - 08.30
4. Pukul 07.00 - 07.30

3. Menurut Ibu, Bidan setiap hari pulang :

1. Pukul 12.00 kurang
2. Pukul 12.00 - 13.00
3. Pukul 13.00 - 14.00
4. Pukul 14.00 lebih

Lampiran : 7

**KUISIONER
PANDUAN WAWANCARA KEPADA BIDAN**

Petunjuk pengisian : Lingkariilah nomer pada jawaban yang paling sesuai menurut Ibu dan apabila diperlukan isilah titik-titik

KETRAMPILAN KOMUNIKASI BIDAN

1. Apakah Bidan pernah mengikuti pelatihan tentang komunikasi interaktif?

1. Belum pernah
2. Bila sudah pernah, Kapan ?
- Dimana ?
- Siapa penyelenggaranya ?

MASA KERJA BIDAN

2. Masa kerja sebagai Bidan

1. < 3 bulan
2. 3 bulan – 1 tahun
3. 1 - 2 tahun
4. > 3 tahun

KOMITMEN BIDAN

3. Apakah Bidan :

1. Tidak betah dan pernah minta pindah dari Puskesmas Jagir
2. Tidak betah bekerja di Puskesmas Jagir
3. Bosan bekerja di Puskesmas Jagir
4. Senang bekerja di Puskesmas Jagir

Lampiran : 8

HASIL PENGAMATAN
KONDISI KEHAMILAN BUMIL

NO. RESP.	UMUR (Thn)	TB (Cm)	LILA (Cm)	JML ANAK	RISTI/ NORMAL
1	19	144,5	20	-	Risti
2	23	150	25	-	Normal
3	33	151	29,5	2	Normal
4	37	157	27	2	Risti
5	33	150	25	1	Normal
6	41	152	26	2	Risti
7	25	154	25	-	Normal
8	36	146	24	2	Normal
9	17	148	20	-	Risti
10	32	150,5	24	1	Normal
11	40	155	26	4	Risti
12	32	154,5	24,5	1	Normal
13	23	145	21,5	-	Normal
14	25	146,5	27	-	Normal
15	34	149	22	2	Normal
16	17	157	23,5	-	Risti
17	24	151	24	-	Normal
18	35	158	26	2	Normal
19	27	156	26,5	1	Normal
20	24	157	26,5	-	Normal
21	23	158,5	25,5	1	Normal
22	21	162	25	-	Normal
23	27	150	25	1	Normal
24	34	159	24	1	Normal
25	41	156	24,5	1	Risti
26	30	146	28,5	2	Normal
27	27	145	23	-	Normal
28	22	154	23,5	1	Normal
29	25	155	24	-	Normal
30	29	156,5	24,5	1	Normal

Lampiran: 9

REKAPITULASI PENGAMATAN
PROSES PELAYANAN ANTENATAL
DI PUSKESMAS JAGIR KOTA SURABAYA

I. ISI KOMUNIKASI (BIDAN)

1. Bidan berpesan agar ibu hamil kembali datang untuk memeriksakan kehamilannya.
2. Bidan berpesan agar ibu hamil minum obat yang telah diberikan bidan.
3. Bidan berpesan agar ibu hamil mengunjungi pojok gizi.
4. Bidan berpesan agar ibu hamil mengunjungi poli gigi.
5. Bidan menganjurkan ibu hamil untuk mengikuti senam hamil.
6. Bidan berpesan agar Ibu hamil menunggu dokter untuk memeriksakan kehamilannya yang bermasalah.
7. Bidan memberitahu perkiraan persalinan.
8. Bidan memberitahu waktu kontrol.

II. PROSES PELAYANAN

1. Aksi (bidan) dan reaksi (ibu hamil).

No.	AKSI (BIDAN)	REAKSI (IBU HAMIL)
1.	Bidan berkata kepada ibu hamil: "Nderek senam hamil, nggih bu!"	Ibu hamil menjawab: "Inggih, bu".
2.	Bidan bertanya kepada ibu hamil "Tidak ada keluhan, bu?"	Ibu hamil menjawab: "Tidak ada".
3.	Bidan memberi vitamin dan tablet penambah darah kepada ibu hamil.	Ibu hamil menerima obat tersebut.
4.	Bidan menyarankan ibu hamil untuk minum kacang ijo dan mengikuti senam hamil.	Ibu hamil menuruti saran bidan.
5.	Bidan mengcross check umur kehamilan ibu hamil: "Hitungannya apa tidak keliru, bu? Coba diingat lagi kapan haid terakhir?"	Ibu hamil mencoba mengingat bulan ketika mendapat haid terakhir dan menjawabnya.
6.	Bidan bertanya kepada ibu hamil apakah sudah pernah diimunisasi.	Ibu hamil menjawab pertanyaan bidan.
7.	Bidan menyarankan ibu hamil untuk menunggu dokter, karena kandungannya akan dikonsulkan dokter.	Ibu hamil menuruti saran bidan.

2. Aksi (ibu hamil) dan reaksi (bidan).

No.	AKSI (BIDAN)	REAKSI (IBU HAMIL)
1.	Ibu hamil menanyakan kepada bidan cara minum obat.	Bdan memberitahu cara minum obat.
2.	Ibu hamil menanyakan tentang keluhan sehubungan dengan kehamilannya.	Bidan menjelaskan apa yang harus dilakukan ibu hamil sehubungan dengan kehamilannya.

III. HASIL KOMUNIKASI

1. Dikonsultasikan dokter PPDS.
2. Tidak dikonsultasikan dokter PPDS.



Lampiran : 10

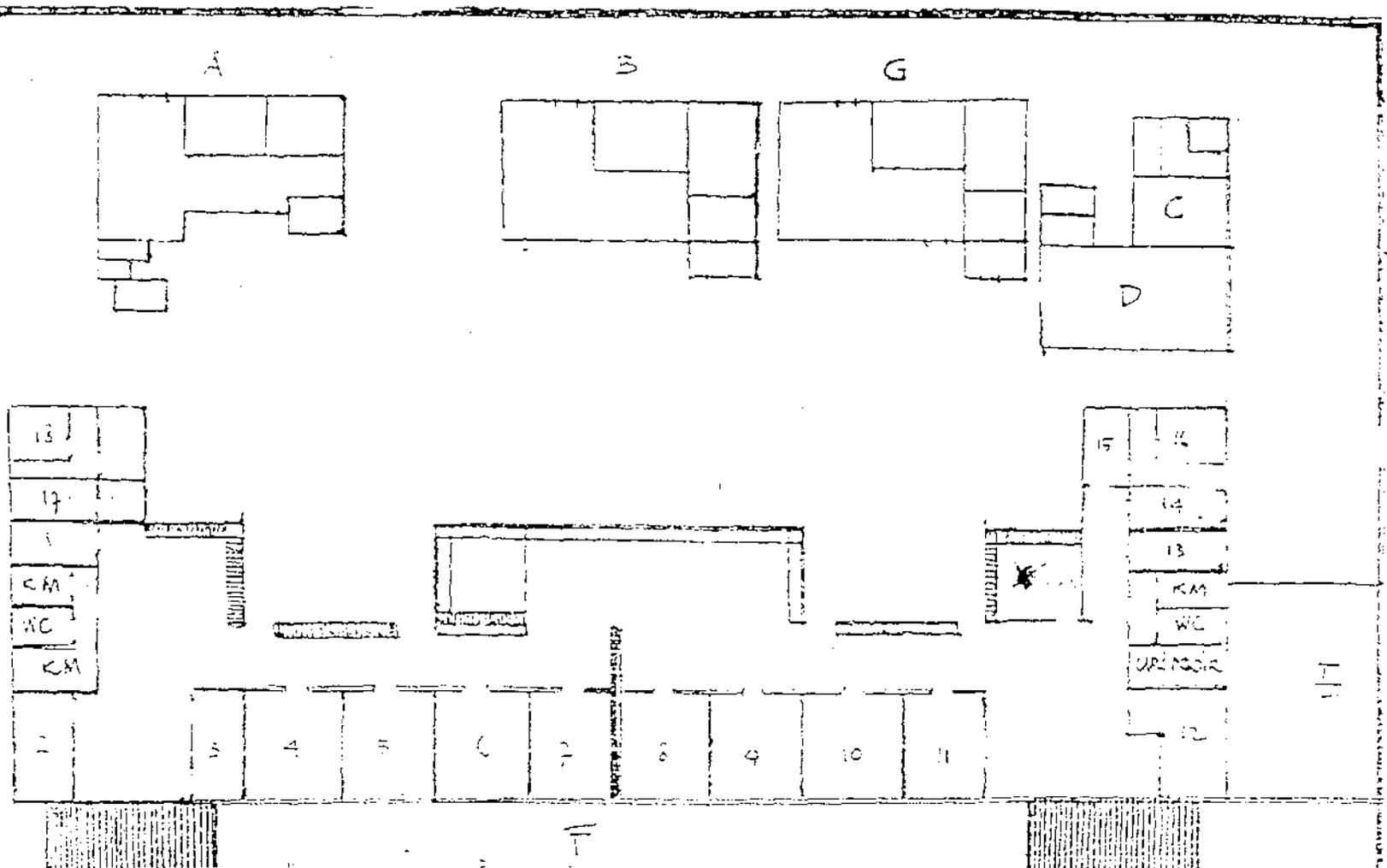
HASIL CHECKLIST
ABSENSI BIDAN

No.	Absensi (hari)															
	Jan'01	Pebr'01	Mar'01	Apr'01	Mei'01	Jun'01	Jul'01	Agst'01	Sept'01	Okt'01	Nop'01	Des'01	Jan'02	Pebr'02	Mar'02	Apr'02
1	p	p	p	p	p	p	-	-	-	-	-	-	-	-	s=2	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	c=12	-	-	-	s=14
3	-	c=12	s=3	-	-	s=6	s=24	c=1	c=6	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	DL=3	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-	c=9	-	-	c=7	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	c=6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	c=4	-	-	-	-	-	-	c=4	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	DL=2	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Keterangan :

p = pendidikan, s = sakit, i = ijin, c = cuti, DL = dinas luar

DENAH PUSKESMAS JAGIR



Legenda :

- | | | | | |
|------------------|---------------------|---|--------------------|-------------|
| A. Rumah Dokter | 1. ruang kapskesmas | 7. ruang bersalin | 12. Loket | 18. Mushola |
| B. rumah Perawat | 2. ruang T.U. | 8. ruang KIA | 13. Laborat | |
| C. gudang | 3. ruang Dokter | 9. Apotik | 14. Gudang | |
| D. RHC | 4. ruang bersalin | 10. BP Gigi | 15. BP. Umum | |
| E. Garasi | 5. VK bersalin | 11. ruang pemeriksaan dokter / km. suntik | 16. Gudang obat | |
| F. Puskesmas | 6. Dapur | | 17. K. Dokter muda | |
| G. rumah bidan | | | | |