

ANALISIS DELAPAN DOMAIN *RESPONSIVENESS* PASIEN PADA PELAYANAN KESEHATAN RAWAT INAP DI PUSKESMAS

Muhammad Agus Mikrajab¹ dan Made Asri Budisuari¹

ABSTRACT

Background: In the decentralization era, Public Health Center has an important role in development health especially in district and city in two decades. Public Health centers as health system institutions have been conducting health services basics including patient's responsiveness. **Objectives:** To identify eight domains of patient's responsiveness at in-patient health services in Public Health Centers and to analyze eight domains of patient's responsiveness at in-patient health services in Public Health Centers. **Methods:** The study was cross sectional design. The Data was gathering from Baseline Health Research 2007 with Sample size was 5.342. Data was analyzed descriptive and multivariate logistic using SPSS 17 (licensed by NIHRD). **Results:** The study indicated that there were associated significantly among education level, classification of area, and regional ($p < 0,05$) whereas, multivariate results indicated that most influenced of patient's responsiveness was health services facilities prompt ($OR = 0,826$). **Conclusions:** Determinants of patient's responsiveness at in-patient toward eights domain were urban areas, male, educated, uneducated, 18–29 ages.

Key words: Eight Domains, Patient's Responsiveness, Health Services, In-Patient, Public Health Center

ABSTRAK

Latar Belakang: Di era desentralisasi, Puskesmas berperan penting dalam pembangunan kesehatan khususnya di Kabupaten/Kota dalam dua dekade terakhir. Puskesmas sebagai institusi kesehatan melaksanakan pelayanan kesehatan dasar termasuk responsiveness pasien kesehatan. **Tujuan:** Mengidentifikasi delapan domain responsiveness pasien kesehatan di unit rawat inap Puskesmas dan untuk menganalisis delapan domain responsiveness pasien di unit rawat inap Puskesmas. **Metode:** Rancangan studi potong lintang. Data dikumpulkan dari Baseline data RISKESDAS 2007 dengan besar sampel 5.342. Analisis data dengan deskriptif dan regresi logistik menggunakan SPSS 17 lisensi Badan Litbangkes. **Hasil:** Studi menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan, klasifikasi daerah, dan kawasan ($p < 0,05$) sedangkan hasil analisis multivariat menunjukkan yang paling dominan responsiveness pasien adalah kebebasan pilih sarana pelayanan ($OR = 0,826$). **Kesimpulan:** Determinan responsiveness pasien di unit rawat inap terhadap delapan domain adalah daerah perkotaan, jenis kelamin laki-laki, sekolah, tidak sekolah, dan usia 18–29 tahun.

Kata kunci: Delapan domain, Responsiveness Pasien, Pelayanan Kesehatan, Rawat Inap, Puskesmas

Naskah Masuk: 17 Oktober 2011, Review 1: 20 Oktober 2011, Review 2: 20 Oktober 2011, Naskah layak terbit: 15 November 2011

PENDAHULUAN

Di era desentralisasi, sektor kesehatan memegang peranan penting dalam pembangunan kesehatan khususnya di Kabupaten/Kota. Sebagai wujud dari pembangunan kesehatan, Pemerintah terus membangun dan meningkatkan sarana dan prasarana Puskesmas di wilayah kerja. Ketersediaan Puskesmas dengan fasilitas rawat inap penyebarannya masih belum merata dan belum dimanfaatkan secara maksimal terutama masyarakat setempat yang

berimplikasi pada rendahnya jumlah kunjungan ke sarana pelayanan tersebut.

Berdasarkan data yang diperoleh menyebutkan proporsi tertinggi pemanfaatan puskesmas berada di Provinsi Papua sebesar 2,7% dan Nusa Tenggara Barat sebesar 2,5%. (Depkes, 2007). Hal ini menunjukkan bahwa kedua daerah tersebut mempunyai medan yang cukup berat sehingga dibangun Puskesmas untuk menjangkau akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan diperlukan *responsiveness* pasien yang

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan, dan Pemberdayaan Masyarakat, Jl. Indrapura No. 17 Surabaya, 60176
Alamat korespondensi: E-mail: naufal0817@yahoo.com

cepat dalam pelayanan kesehatan khususnya rawat inap di Puskesmas serta instrumen *responsiveness* pasien sebagai salah satu alat dalam menentukan tinggi rendahnya kinerja pelayanan kesehatan di Puskesmas dari dimensi SDM. Menurut Peltzer (2009) utilisasi pelayanan kesehatan di fasilitas publik yang di rawat inap lebih tinggi 72,2% dibandingkan fasilitas swasta yang hanya 24,3%. Senada dengan Peltzer (2009) konsep *responsiveness* pasien meliputi domain nonmedis dan nonfinansial yang merefleksikan perhatian pada martabat manusia dan aspek interpersonal proses pelayanan kesehatan (Jones *et al.*, 2011), sehingga persepsi masyarakat dapat berubah sesuai dengan pengalaman pertama kali dan selanjutnya berkaitan dengan ketanggapan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pasien di Puskesmas.

Responsiveness pasien dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas dapat dilihat dari tiga dimensi yaitu pasien sebagai pengguna jasa pelayanan puskesmas (*patient*), puskesmas sebagai penyedia pelayanan (*provider*), dan SDM sebagai pelayanan (*human resources*). Pasien sebagai pengguna jasa pelayanan memberikan pendapat berkaitan dengan pelayanan yang dilakukan oleh SDM Puskesmas terkait pelayanan puskesmas di unit rawat inap. Pasien dapat memberikan pendapat terhadap pelayanan kesehatan pada delapan domain sebagai salah satu indikator untuk mengukur seberapa baik kinerja sistem pelayanan kesehatan berkaitan dengan aspek non-kesehatan. *Responsiveness* pasien pada pelayanan kesehatan rawat inap di puskesmas dapat dilihat dari delapan domain generik yaitu waktu tunggu pasien, keramahan pasien, ketidakjelasan informasi pelayanan, keterlibatan dalam mengambil keputusan, kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan yang terabaikan, kesulitan dalam memilih sarana, kebersihan ruangan yang kurang, dan kesulitan mengunjungi keluarga/kolega yang dirawat di Puskesmas.

Responsiveness pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh provider saat ini masih merupakan permasalahan yang sering dijumpai oleh para pengguna pelayanan kesehatan terutama pelayanan kesehatan rawat inap. Banyak ditemukan di lapangan waktu tunggu pasien yang terlalu lama, ketiadaan daftar tunggu (*waiting list*), prosedur birokrasi yang panjang, ketidakjelasan informasi pelayanan yang diberikan kepada pasien dan keluarganya,

ketidakramahan pasien, kurang dilibatkan keluarga pasien terhadap keputusan pihak puskesmas dalam melaksanakan pelayanan kesehatan rawat inap terutama yang berkaitan dengan tindakan kedaruratan (emergensi), operasi, penyakit akut/kronis yang membutuhkan penanganan segera, kebebasan memilih sarana pelayanan tanpa ada diskriminasi, kemampuan pasien untuk memastikan pengobatan yang paling cocok untuknya menurut status sosial dan ekonomi, dan kemudahan dikunjungi keluarga (besuk) yang kurang nyaman dirasakan oleh pasien dan keluarga oleh karena aturan puskesmas yang kurang responsif terhadap kebutuhan psikososial pasien yang dapat berimplikasi kesembuhan pasien.

Selanjutnya, *responsiveness* pasien terhadap pelayanan kesehatan didasarkan pada pengalaman pasien/keluarganya mengunjungi sarana pelayanan kesehatan rawat inap (Amala, 2000). *Responsiveness* pasien dapat berubah menurut dimensi waktu, keterampilan, kepuasan kerja, keadaan psikologi pasien pada saat mengukur juga merupakan dimensi yang sangat menentukan *responsiveness* pasien pelayanan kesehatan di puskesmas.

Menurut Silva (2000), *responsiveness* pasien dapat juga diukur dari tiga aspek, yaitu: 1) domain; *responsiveness* mengevaluasi sistem kesehatan secara menyeluruh, 2) ranah; berfokus pada aspek peningkatan pelayanan dari sistem kesehatan, dan 3) rasional; mengevaluasi penerimaan individu (pasien) dari legitimasi harapan dan tantangan sistem kesehatan. Pada studi ini melihat pada aspek rasional berkaitan dengan *responsiveness* pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diperoleh pasien. Senada dengan Silva (2000), Murray & Evans. (2006) menyatakan bahwa tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), peningkatan derajat kesehatan (*health status*) masyarakat dan pembiayaan kesehatan yang adil (*fairness of financing*), implikasi dari ketiga tujuan sistem kesehatan tersebut adalah tinggi-rendahnya mutu dan keadilan (*equity*) dalam pelayanan kesehatan khususnya di Puskesmas.

Berdasarkan beberapa hal tersebut di atas terlihat masih rendahnya *responsiveness* pasien terhadap pelayanan kesehatan masyarakat khususnya di unit rawat inap puskesmas dengan demikian diperlukan suatu analisis komprehensif terhadap delapan domain *responsiveness* pelayanan kesehatan rawat inap selaku provider layanan di Puskesmas, Indonesia.

Penelitian ini bertujuan untuk: 1) Mengidentifikasi delapan domain *responsiveness* pasien pada pelayanan kesehatan rawat inap di puskesmas; 2) Menganalisis delapan domain *responsiveness* pasien pada pelayanan kesehatan rawat inap di puskesmas.

Hipotesis penelitian terdapat perbedaan yang signifikan pada delapan domain *responsiveness* pasien terhadap pelayanan kesehatan rawat inap di Puskesmas.

METODE

Desain Penelitian potong lintang yang diambil dari data sekunder *baseline data* riskesdas 2007 yang tersedia. Populasi dalam analisis ini adalah seluruh anggota rumah tangga di Indonesia. Besar sampel sesuai dengan SUSENAS Kor, sedangkan sampel dengan memanfaatkan sampel SUSENAS 2007 dalam blok sampel terpilih menjadi sampel Riskesdas 2007. Kriteria inklusi sampel adalah usia anggota rumah tangga minimal 18 tahun. Sehingga diperoleh besar sampel anggota rumah tangga rawat inap puskesmas sebanyak 5.342. Variabel penelitian adalah variabel independen yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, status kawin, pekerjaan, klasifikasi daerah, kawasan, dan tingkat pengeluaran rumah tangga sedangkan variabel dependen yaitu waktu tunggu pasien, keramahan pasien, kejelasan informasi, ikut mengambil keputusan, kerahasiaan, kebebasan pilih sarana pelayanan kesehatan, kebersihan ruangan, dan mudah dikunjungi. Data yang diperoleh dilakukan analisis Univariat dengan tabulasi silang frekuensi lalu dilakukan analisis multivariat regresi logistik untuk mendeteksi variabel domain *responsiveness* pasien pelayanan kesehatan. Piranti statistika yang digunakan dalam analisis ini adalah SPSS 17 (lisensi Badan Litbangkes).

HASIL

Analisis terhadap delapan domain *responsiveness* pasien pada pelayanan kesehatan rawat inap di puskesmas didasarkan pada pengalaman pasien/keluarganya mengunjungi sarana pelayanan kesehatan khususnya puskesmas dengan rawat inap. Analisis delapan domain *responsiveness* pasien dilakukan dengan dua tahap yaitu melalui identifikasi variabel independen dengan deskriptif untuk melihat distribusi proporsi penduduk rawat inap

di puskesmas pada delapan domain *responsiveness* dengan karakteristik ART, Status demografi dan ekonomi dan analisis variabel independen dengan variabel dependen dengan regresi logistik berganda dengan metode *backward* (LR) untuk melihat variabel dominan *responsiveness* yang disajikan dalam tabel 1 dan 2 berikut.

Berdasarkan Tabel 1 proporsi penduduk rawat inap di Puskesmas pada domain *responsiveness* pasien, pasien usia 70–79 tahun menyatakan 20,4% kurang dilibatkan dalam pengambilan keputusan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan. Sedangkan usia 45–59 tahun menyatakan 21,4% kebersihan ruangan rawat inap yang kurang. Pendidikan tidak sekolah menyatakan 21,2% kurang dilibatkan dalam pengambilan keputusan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan dan menyatakan juga 23,3% kebersihan ruangan rawat inap yang kurang. Status belum kawin menyatakan 20,8% kebersihan ruangan rawat inap yang kurang. Status pekerjaan yang tidak bekerja menyatakan 20,1% kurang dilibatkan dalam pengambilan keputusan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan, status PNS menyatakan 24,1% kebersihan ruang rawat inap yang kurang dan status pekerjaan lainnya menyatakan 23,3% kurang bebas memilih sarana pelayanan yang diinginkan pasien dan keluarganya, serta menyatakan 25,6% kebersihan ruangan rawat inap yang kurang untuk kawasan Sumatera, pasien masing-masing menyatakan 22,4% informasi yang disampaikan kepada pasien terkait pelayanan kesehatan kurang jelas, menyatakan 23,5% kurang dilibatkan dalam pengambilan keputusan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan, menyatakan 21,1% kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan pasien tidak terjaga, menyatakan 22,6% kurang bebas memilih sarana pelayanan yang diinginkan pasien dan keluarganya serta menyatakan 25,6% kebersihan ruangan rawat inap yang kurang sedangkan kuintil-5 menyatakan 22,1% kebersihan ruangan rawat inap yang kurang. Sedangkan untuk variabel Jenis kelamin, dan klasifikasi daerah proporsi menurut dimensi *responsiveness* tidak ditemukan masalah berarti (proporsi < 20%).

Berdasarkan Tabel 2 hasil analisis regresi logistik berganda dengan metode *backward* (LR) menunjukkan domain *responsiveness* **Lama Waktu Tunggu Pasien** yang berhubungan signifikan adalah status tidak bekerja (OR = 0,467; 95%

Tabel 1. Proporsi Penduduk Rawat Inap di Puskesmas Menurut Karakteristik Art, Status Demografi dan Ekonomi dengan Domain *Responsiveness* Pasien

Variabel	Domain responsiveness (%)															
	Waktu tunggu		Keramahan Petugas		Kejelasan informasi		Ikut ambil keputusan		Kerahasiaan		Kebebasan pilih sarana		Kebersihan ruangan		Mudah dikunjungi	
	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K	B	K
Karakteristik Anggota Rumah Tangga																
Usia																
18–29 th	85,5	14,5	87,2	12,8	84,6	15,4	83,9	16,1	85,7	14,3	83,1	16,9	80,4	19,6	87,2	12,8
30–44 th	86,6	13,4	89,9	10,1	87,4	12,6	85,6	14,4	88,2	11,8	85,2	14,8	82,7	17,3	89,7	10,3
45–59 th	84,8	15,2	86,9	13,1	83,0	17,0	81,6	18,4	83,7	16,3	81,3	18,7	78,6	21,4	86,2	13,8
60–69 th	85,7	14,3	90,2	9,8	83,9	16,1	83,9	16,1	85,3	14,7	84,3	15,7	82,3	17,7	88,0	12,0
70–79 th	83,9	16,1	86,9	13,1	82,7	17,3	79,6	20,4	82,4	17,6	83,6	16,4	81,2	18,8	88,8	11,2
> 80 th	84,3	15,7	88,7	11,3	81,7	18,3	82,6	17,4	81,7	18,3	82,6	17,4	79,1	20,9	82,6	17,4
Jenis Kelamin																
Laki-laki	84,6	15,4	87,5	12,5	84,6	15,4	82,9	17,1	85,4	14,6	83,2	16,8	80,5	19,5	87,5	12,5
Perempuan	86,4	13,6	89,0	11,0	85,1	14,9	84,3	15,7	86,0	14,0	83,7	16,3	81,3	18,7	88,2	11,8
Pendidikan																
Tidak Sekolah	83,7	16,3	86,3	13,7	81,1	18,9	78,8	21,2	81,4	18,6	80,6	19,4	76,7	23,3	85,1	14,9
Tamat Wajib Belajar	85,8	14,2	88,4	11,6	85,2	14,8	83,8	16,2	85,9	14,1	83,7	16,3	81,5	18,5	88,0	12,0
Belajar	85,8	14,2	90,0	10,0	87,5	12,5	86,8	13,2	88,3	11,7	85,0	15,0	82,8	17,2	90,4	9,6
Tamat SLTA	88,0	12,0	88,0	12,0	84,2	15,8	86,4	13,6	89,1	10,9	84,8	15,2	80,4	19,6	85,9	14,1
Perguruan Tinggi																
Status Kawin																
Belum Kawin	83,6	16,4	86,7	13,3	82,8	17,2	83,4	16,6	86,2	13,8	82,8	17,2	79,2	20,8	86,9	13,1
Kawin	85,8	14,2	88,4	11,6	85,3	14,7	83,7	16,3	85,8	14,2	83,4	16,6	81,1	18,9	87,9	12,1
Cerai Hidup	87,6	12,4	92,1	7,9	87,6	12,4	87,6	12,4	89,9	10,1	91,0	9,0	83,1	16,9	89,9	10,1
Cerai Mati	86,0	14,0	88,7	11,3	83,3	16,7	82,4	17,6	84,0	16,0	84,0	16,0	80,9	19,1	88,2	11,8
Pekerjaan																
Tidak Bekerja	82,2	17,8	84,9	15,1	80,7	19,3	79,9	20,1	82,2	17,8	82,1	17,9	79,4	20,6	86,0	14,0
Sekolah	90,6	9,4	90,6	9,4	90,6	9,4	91,5	8,5	89,7	10,3	86,3	13,7	88,9	11,1	89,7	10,3
Mengurus RT	87,6	12,4	89,9	10,1	86,5	13,5	85,3	14,7	86,8	13,2	84,6	15,4	81,9	18,1	88,4	11,6
Pegawai Negeri	84,7	15,3	89,2	10,8	83,3	16,7	85,2	14,8	87,7	12,3	81,3	18,7	75,9	24,1	89,2	10,8
BUMN/Swasta	84,6	15,4	87,0	13,0	85,2	14,8	86,4	13,6	89,5	10,5	84,6	15,4	82,1	17,9	88,9	11,1
Wiraswasta	84,3	15,7	87,2	12,8	85,7	14,3	83,6	16,4	85,7	14,3	82,7	17,3	82,7	17,3	86,6	13,4
Petani/Nelayan/ Buruh	85,8	14,2	88,3	11,7	84,6	15,4	83,0	17,0	85,6	14,4	83,7	16,3	80,7	19,3	88,2	11,8
Lainnya	80,6	19,4	91,5	8,5	85,3	14,7	80,6	19,4	82,9	17,1	76,7	23,3	74,4	25,6	84,5	15,5
Status Demografi dan Ekonomi																
Klasifikasi Daerah																
Perkotaan	83,3	16,7	86,2	13,8	83,1	16,9	82,8	17,2	84,8	15,2	82,1	17,9	81,5	18,5	87,6	12,4
Pedesaan	86,3	13,7	89,0	11,0	85,5	14,5	83,9	16,1	86,1	13,9	83,9	16,1	80,8	19,2	88,0	12,0
Kawasan																
Sumatera	81,7	18,3	83,6	16,4	77,6	22,4	76,5	23,5	78,9	21,1	77,4	22,6	74,4	25,6	81,2	18,8
Jawa dan Bali	85,7	14,3	88,0	12,0	85,1	14,9	84,0	16,0	85,2	14,8	85,2	14,8	83,0	17,0	89,4	10,6
KTI	86,9	13,1	90,3	9,7	87,4	12,6	86,0	14,0	88,7	11,3	84,3	15,7	81,7	18,3	89,0	11,0
Tingkat Pengeluaran Anggota Rumah Tangga per Kapita																
Kuintil-1	85,8	14,2	88,5	11,5	85,3	14,7	83,5	16,5	86,4	13,6	83,6	16,4	81,8	18,2	87,5	12,5
Kuintil-2	83,8	16,2	87,6	12,4	83,9	16,1	83,1	16,9	84,7	15,3	82,5	17,5	81,0	19,0	86,9	13,1
Kuintil-3	86,0	14,0	88,2	11,8	84,7	15,3	83,6	16,4	85,1	14,9	83,3	16,7	81,7	18,3	88,7	11,3
Kuintil-4	87,2	12,8	89,9	10,1	86,3	13,7	84,7	15,3	86,4	13,6	84,7	15,3	81,5	18,5	88,5	11,5
Kuintil-5	85,3	14,7	87,2	12,8	84,4	15,6	83,2	16,8	86,3	13,7	83,3	16,7	77,9	22,1	87,9	12,1

Keterangan:

B = Baik, K = Kurang

Pendidikan: Tidak Sekolah = Tidak Pernah Sekolah, Tidak tamat SD; Tamat Wajib Belajar = Tamat SD/Sederajat dan SLTP/Sederajat; Tamat SLTA = Tamat SMU/Sederajat, Perguruan Tinggi =Akademi dan S1/S2/S3

B = Baik, K = Kurang

KTI = Kawasan Timur Indonesia (Kalimantan, Sulawesi, NTB, NTT, Maluku, Papua,)

Kuintil-1 = Sangat Miskin, Kuintil-2 = Miskin, Kuintil-3 = Sedang, Kuintil-4 = Kaya, Kuintil-5 = Sangat Kaya

CI = 0,242–0,900), dan Sekolah (OR = 0,651; 95% CI = 0,499–0,848), Daerah Perkotaan (OR = 0,801; 95% CI = 0,669–0,959), Sumatera (OR = 0,715; 95% C = 0,578–0,8851), Jawa dan Bali (OR = 0,691; 95% CI = 0,561–0,850). Variabel independen yang paling dominan menentukan lama waktu tunggu pasien adalah klasifikasi daerah perkotaan.

Mereka yang bersekolah kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.651 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tidak bekerja (OR = 0.651; 95%CI = 0.499–0.848) artinya dengan tingkat pengetahuan dan pengalaman responden serta pola pikirnya sangat memungkinkan terbentuk pandangan baik terhadap *responsiveness* pelayanan kesehatan, mereka yang tinggal di daerah perkotaan mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.801 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di daerah pedesaan (OR = 0.801; 95% CI = 0.669–0.959), dengan tersedianya finansial sangat memungkinkan seseorang berkunjung ke pelayanan kesehatan dengan fasilitas memadai sedangkan bagi mereka yang di pedesaan terbentur dengan masalah transportasi dan finansial sehingga pilihan pelayanan kesehatan untuk rawat inap hanya di Puskesmas. Mereka yang tinggal di kawasan Sumatera mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.715 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di kawasan Jawa dan Bali (OR = 0.715; 95% CI = 0.578–0.885), pandangan masyarakat mengenai lama waktu tunggu di Daerah Sumatera menjawab lebih “baik” dibandingkan daerah Jawa dan Bali disebabkan karena tingkat kepadatan di daerah Sumatera lebih jarang sehingga pandangan/persepsi terhadap lama waktu tunggu lebih lama di Jawa dan Bali sehingga terjadi persepsi berbeda pada tiap daerah dari sisi waktu dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diinginkan demikian juga lama waktu tunggu ke fasilitas pelayanan kesehatan di puskesmas berbeda-beda pada tiap daerah.

Domain *responsiveness* **Keramahan Pasien Rawat Inap** yang berhubungan signifikan adalah tidak sekolah (OR = 0.724; 95% CI = 0.565–0.928), Tamat wajib belajar (OR = 0.526; 95% CI = 0.373–0.742), 18-29 tahun (OR = 0.749; 95% CI = 0.598–0.938), 45–59 tahun (OR = 0.638; 95% CI = 0.450–0.907), Sumatera (OR = 0.649; 95% CI = 0.516–0.817), Jawa dan Bali (OR = 0.546; 95% CI = 0.436–0.683), Perkotaan (OR = 0.748; 95% CI = 0.616–0.909), Jenis kelamin laki-laki (OR = 0.822; 95% CI = 0.694–

0.975). Variabel independen yang paling dominan menentukan keramahan pasien adalah jenis kelamin laki-laki.

Mereka yang tidak bersekolah kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.724 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tamat wajib belajar (OR = 0.724; 95% CI = 0.565–0.928), Hal tersebut disebabkan karena persepsi dan pemahaman yang kurang terhadap domain *responsiveness* sehingga menganggap “baik” pelayanan kesehatan yang diberikan, mereka yang berusia 18–29 tahun mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.749 kali lebih baik dibandingkan mereka yang berusia 45–49 tahun (OR = 0.749; 95% CI = 0.598–0.938), mungkin faktor kematangan berpikir dan pengalaman tidak tepat diaplikasikan pada masalah ini namun usia muda mungkin saja realitas lapangan yang sesaat menyebabkan mereka menjawab “baik” dan usia sekolah sampai perguruan tinggi banyak pada kategori ini. Mereka yang tinggal di kawasan Sumatera mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* pasien 0.649 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di kawasan Jawa dan Bali (OR = 0.649; 95% CI = 0.516–0.817).

Mereka yang tinggal di daerah perkotaan mempunyai *responsiveness* 0.748 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di daerah pedesaan (OR = 0.748; 95% CI = 0.616–0.909), adanya tuntutan ramah pada *client* yang diterapkan Puskesmas di daerah perkotaan sangat mungkin terbentuk opini publik “baik” pada suatu fasilitas Pelayanan Kesehatan, mereka yang berjenis kelamin laki-laki mempunyai *responsiveness* 0.822 kali lebih baik dibandingkan mereka yang berjenis kelamin perempuan (OR = 0.822; 95% CI = 0.694–0.975), pada saat survei sangat mungkin responden yang diajak wawancara adalah terbanyak dikunjungi oleh kaum laki-laki, kebanyakan daerah pedesaan tingkat mobilitas ke pelayanan kesehatan banyak dilakukan oleh kaum laki-laki sehingga pengalaman pelayanan kesehatan lebih banyak dialami oleh kaum Laki-laki sebaliknya pada periode tertentu lainnya bisa saja perempuan juga sama dengan laki-laki.

Domain *responsiveness* **Kejelasan Informasi** yang berhubungan signifikan adalah tidak sekolah (OR = 0.694; 95% CI = 0.567–0.851), Tamat wajib belajar (OR = 0.514; 95% CI = 0.389–0.679), Sumatera (OR = 0.550; 95% C = 0.448–0.675), Jawa dan Bali

(OR = 0.482; 95% CI = 0.395–0.589), perkotaan (OR = 0.811; 95% CI = 0.679–0.967). Variabel independen yang paling dominan menentukan kejelasan informasi adalah klasifikasi daerah perkotaan.

Mereka yang tidak bersekolah kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.694 kali lebih baik dibandingkan mereka yang Tamat Wajib Belajar (OR = 0.694; 95% CI = 0.567–0.851), Faktor kejelasan informasi mungkin lebih mudah dipahami bagi mereka yang tidak bersekolah karena kedangkalan informasi yang diperoleh, mereka yang tinggal di kawasan Sumatera mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.550 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di kawasan Jawa dan Bali (OR = 0.550; 95% CI = 0.448–0.675) hal ini juga karena arus informasi yang cepat menyebar ke wilayah Sumatera karena pemanfaatan teknologi akses cepat sehingga perbedaan dengan wilayah Jawa dan Bali hampir relatif sama, mereka yang tinggal di kawasan perkotaan mempunyai *responsiveness* 0.811 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di daerah pedesaan (OR = 0.811; 95% CI = 0.679–0.967), pada daerah perkotaan didukung oleh pengetahuan, pendidikan sangat memungkinkan penilaian objektif terhadap jenis pelayanan kesehatan dilakukan pihak Puskesmas.

Domain *responsiveness* **Ikut Mengambil Keputusan Rawat Inap Pasien** yang berhubungan signifikan adalah tidak sekolah (OR = 0.708; 95% CI = 0.581–0.864), Tamat wajib belajar (OR = 0.530; 95% CI = 0.400–0.701), Tamat SLTA (OR = 0.489; 95% C = 0.289–0.828), Tidak bekerja (OR = 0.426; 95% CI = 0.214–0.846), Sekolah (OR = 0.732; 95% CI = 0.567–0.945), Sumatera (OR = 0.548; 95% CI = 0.448–0.670) dan Jawa dan Bali (OR = 0.500; 95% CI = 0.412–0.607). Variabel independen yang paling dominan menentukan keikutsertaan dalam mengambil keputusan adalah sekolah.

Mereka yang tidak bersekolah kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.708 kali kurang baik dibandingkan mereka yang Tamat Wajib Belajar (OR = 0.708; 95% CI = 0.581–0.864). Bagi mereka yang tidak bersekolah lebih banyak proaktif dalam mengambil keputusan rawat inap pasien/responden, mereka yang Tamat Wajib Belajar kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.530 kali kurang baik dibandingkan mereka yang Tamat SLTA (OR = 0.530; 95% CI = 0.400–0.701), hal tersebut

faktor waktu dan kesempatan dan pertimbangan kesegeraan sangat mungkin berperan, mereka yang bersekolah mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.732 kali dibandingkan mereka yang tidak bekerja (OR = 0.732; 95% CI = 0.567–0.945), mereka yang tinggal di daerah Sumatera mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.548 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di daerah Jawa dan Bali (OR = 0.548; 95% CI = 0.448–0.670).

Selanjutnya, pada tabel 2 (lanjutan) menunjukkan domain *responsiveness* **Kerahasiaan Pasien** yang berhubungan signifikan adalah tidak sekolah (OR = 0.687; 95% CI = 0.560–0.844), Tamat wajib belajar (OR = 0.524; 95% CI = 0.396–0.693), Tamat SLTA (OR = 0.472; 95% C = 0.285–0.781), Sumatera (OR = 0.586; 95% CI = 0.476–0.722), Jawa dan Bali (OR = 0.452; 95% CI = 0.368–0.555). Variabel independen yang paling dominan menentukan kerahasiaan pasien adalah jenis pendidikan tidak sekolah.

Mereka yang tidak bersekolah kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.687 kali kurang baik dibandingkan mereka yang Tamat Wajib Belajar (OR = 0.687; 95% CI = 0.560–0.844), mereka yang Tamat Wajib Belajar mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* baik 0.524 kali lebih baik dibandingkan mereka yang Tamat SLTA (OR = 0.524; 95% CI = 0.396–0.693), mereka yang tinggal di kawasan Sumatera mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* baik 0.586 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di daerah Jawa dan Bali (OR = 0.586; 95% CI = 0.476–0.722).

Domain *responsiveness* **Kebebasan Pilih Sarana Rawat Inap** yang berhubungan signifikan adalah tidak sekolah (OR = 0.748; 95% CI = 0.669–0.959), tamat wajib belajar (OR = 0.617; 95% CI = 0.474–0.804), tamat SLTA (OR = 0.610; 95% C = 0.390–0.954), perkotaan (OR = 0.826; 95% CI=0.696-0.980), Sumatera (OR = 0.549; 95% CI = 0.447–0.673), Jawa dan Bali (OR = 0.621; 95% CI = 0.512–0.753). Variabel independen yang paling dominan menentukan kebebasan memilih sarana rawat inap adalah klasifikasi daerah perkotaan.

Mereka yang tidak bersekolah kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.748 kali kurang baik dibandingkan mereka yang Tamat Wajib Belajar (OR = 0.748; 95% CI = 0.613–0.914), mereka yang Tamat Wajib Belajar mempunyai kemungkinan berpendapat

Tabel 2. Hasil Analisis Regresi Logistik dengan Metode *Backward* (LR) Variabel Domain *Responsiveness* Rawat Inap di Puskesmas

Variabel	B	Wald	p	OR	95% CI (OR)	
					Min.	Maks.
Lama Waktu Tunggu Pasien						
Pekerjaan		15.502	0,030			
Tidak bekerja	-0,762	5.173	0,023	0,467	0,242	0,900
Sekolah	-0,430	10.099	0,001	0,651	0,499	0,848
Perkotaan	-0,222	5.853	0,016	0,801	0,669	0,959
Kawasan		13.307	0,001			
Sumatera	-0,335	9.505	0,002	0,715	0,578	0,885
Jawa dan Bali	-0,370	12.173	0,000	0,691	0,561	0,850
Constant	-1,082	53.660	0,000	0,339		
Keramahan Petugas						
Pendidikan		13.548	0,004			
Tidak sekolah	-0,322	6.483	0,011	0,724	0,565	0,928
Tamat wajib belajar	-0,642	13.447	0,000	0,526	0,373	0,742
Usia		11.446	0,043			
18-29 tahun	-0,289	6.321	0,012	0,749	0,598	0,938
45-59 tahun	-0,449	6.293	0,012	0,638	0,450	0,907
Kawasan		28.037	0,000			
Sumatera	-0,432	13.600	0,000	0,649	0,516	0,817
Jawa dan Bali	-0,606	27.814	0,000	0,546	0,436	0,683
Perkotaan	-0,290	8.571	0,003	0,748	0,616	0,909
Laki-laki	-0,195	5.056	0,025	0,822	0,694	0,975
Constant	-0,787	14.835	0,000	0,455		
Kejelasan Informasi						
Pendidikan		22.825	0,000			
Tidak sekolah	-0,365	12.331	0,000	0,694	0,567	0,851
Tamat wajib belajar	-0,666	21.973	0,000	0,514	0,389	0,679
Kawasan		53.706	0,000			
Sumatera	-0,598	32.638	0,000	0,550	0,448	0,675
Jawa dan Bali	-0,730	51.230	0,000	0,482	0,395	0,589
Perkotaan	-0,210	5.421	0,020	0,811	0,679	0,967
Constant	-0,682	22.105	0,000	0,505		
Ikut Mengambil Keputusan						
Pendidikan		21.954	0,000			
Tidak sekolah	-0,345	11.576	0,001	0,708	0,581	0,864
Tamat wajib belajar	-0,636	19.800	0,000	0,530	0,400	0,701
Tamat SLTA	-0,715	7.082	0,008	0,489	0,289	0,828
Pekerjaan		11.621	0,114			
Tidak bekerja	-0,854	5.945	0,015	0,426	0,214	0,846
Sekolah	-0,312	5.714	0,017	0,732	0,567	0,945
Kawasan		52.059	0,000			
Sumatera	-0,602	34.348	0,000	0,548	0,448	0,670
Jawa dan Bali	-0,693	48.793	0,000	0,500	0,412	0,607
Constant	-0,574	15.405	0,000	0,563		

Lanjutan Tabel 2.

Variabel	B	Wald	p	OR	95% CI (OR)	
					Min.	Maks.
Kerahasiaan						
Pendidikan		24.496	0,000			
Tidak sekolah	-0,375	12.854	0,000	0,687	0,560	0,844
Tamat Wajib belajar	-0,646	20.573	0,000	0,524	0,396	0,693
Tamat SLTA	-0,752	8.519	0,004	0,472	0,285	0,781
Kawasan		57.334	0,000			
Sumatera	-0,534	25.329	0,000	0,586	0,476	0,722
Jawa dan Bali	-0,794	57.241	0,000	0,452	0,368	0,555
Constant	-0,893	50.866	0,000	0,410		
Kebebasan Pilih Sarana						
Pendidikan		14.341	0,002			
Tidak Sekolah	-0,290	8.085	0,004	0,748	0,613	0,914
Tamat Wajib Belajar	-0,482	12.745	0,000	0,617	0,474	0,804
Tamat SLTA	-0,494	4.696	0,030	0,610	0,390	0,954
Perkotaan	-0,191	4.777	0,029	0,826	0,696	0,980
Kawasan		35.372	0,000			
Sumatera	-0,600	33.139	0,000	0,549	0,447	0,673
Jawa dan Bali	-0,477	23.494	0,000	0,621	0,512	0,753
Constant	-0,766	28.849	0,000	0,465		
Kebersihan Ruang						
Pendidikan		19.695	0,000			
Tidak Sekolah	-0,379	13.757	0,000	0,684	0,560	0,836
Tamat wajib belajar	-0,582	16.555	0,000	0,559	0,422	0,739
Tamat SLTA	-0,694	8.028	0,005	0,499	0,309	0,807
Pekerjaan		17.508	0,014			
Tidak bekerja	-0,751	5.569	0,018	0,472	0,253	0,881
Kawasan		36.591	0,000			
Sumatera	-0,585	34.234	0,000	0,557	0,458	0,678
Jawa dan Bali	-0,468	24.774	0,000	0,626	0,521	0,753
Constant	-0,462	7.086	0,008	0,630		
Kemudahan dikunjungi						
Usia		9.802	0,081			
18–29 tahun	-0,253	4.930	0,026	0,776	0,621	0,971
Pendidikan		15.847	0,001			
Tidak sekolah	-0,338	7.744	0,005	0,713	0,562	0,905
Tamat wajib belajar	-0,668	15.558	0,000	0,513	0,368	0,715
Kawasan		49.710	0,000			
Sumatera	-0,749	41.960	0,000	0,473	0,377	0,593
Jawa dan Bali	-0,670	38.009	0,000	0,512	0,414	0,633
Constant	-0,985	35.103	0,000	0,374		

Keterangan: Signifikan $p < 0,05$

responsiveness 0.617 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tamat SLTA (OR = 0.617; 95% CI = 0.474–0.804), mereka yang tamat SLTA mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.610

kali lebih baik dibandingkan mereka yang tamat Pendidikan Tinggi (OR = 0.610; 95% CI = 0.390–0.954), mereka yang tinggal di daerah perkotaan mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.826

kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di daerah pedesaan (OR = 0.826; 95% CI = 0.696–0.980), mereka yang berada di kawasan Jawa dan Bali mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.621 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di kawasan Sumatera (OR = 0.621; 95% CI = 0.512–0.753).

Domain *responsiveness* **Kebersihan Ruang Rawat Inap Pasien** yang berhubungan signifikan adalah tidak sekolah (OR = 0.684; 95% CI = 0.560–0.836), Tamat wajib belajar (OR = 0.559; 95% CI = 0.442–0.739), Tamat SLTA (OR = 0.499; 95% CI = 0.309–0.807), Tidak bekerja (OR = 0.472; 95% CI = 0.253–0.881), Sumatera (OR = 0.557; 95% CI = 0.458–0.678), Jawa dan Bali (OR = 0.626; 95% CI = 0.521–0.753). Variabel independen yang paling dominan menentukan kebersihan ruangan rawat inap pasien adalah jenis pendidikan tidak sekolah.

Mereka yang tidak bersekolah kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.684 kali kurang baik dibandingkan mereka yang Tamat Wajib Belajar (OR = 0.684; 95%CI = 0.560–0.836), mereka yang Tamat Wajib Belajar mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* baik 0.559 kali lebih baik dibandingkan mereka yang Tamat SLTA (OR = 0.559; 95% CI = 0.422–0.739), mereka yang tidak bekerja mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* baik 0.472 kali dibandingkan mereka yang bersekolah (OR = 0.472; 95% CI = 0.253–0.881), mereka yang tinggal di kawasan Jawa dan Bali mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* baik 0.626 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di daerah Sumatera (OR = 0.626; 95% CI = 0.521–0.753).

Domain *responsiveness* **Kemudahan dikunjungi Keluarga/Kolega Pasien** yang berhubungan signifikan adalah usia 18–29 tahun (OR = 0.776; 95% CI = 0.621–0.971), Tidak sekolah (OR = 0.713; 95% CI = 0.562–0.905), Tamat wajib belajar (OR=0.513; 95% C = 0.368–0.715), Sumatera (OR = 0.473; 95% CI = 0.377–0.593), Jawa dan Bali (OR = 0.512; 95% CI = 0.414–0.633). Variabel independen yang paling dominan menentukan kemudahan dikunjungi keluarga/kolega pasien adalah usia 18–29 tahun.

Mereka yang berusia 18–29 tahun kemungkinan berpendapat *responsiveness* 0.776 kali lebih baik dibandingkan mereka yang berusia 30–44 tahun (OR = 0.776; 95% CI = 0.621–0.971), mereka yang tidak bersekolah mempunyai kemungkinan

berpendapat *responsiveness* baik 0.713 kali lebih baik dibandingkan mereka yang Tamat Wajib Belajar (OR = 0.713; 95% CI = 0.562–0.905), mereka yang tinggal di kawasan Jawa dan Bali mempunyai kemungkinan berpendapat *responsiveness* baik 0.512 kali lebih baik dibandingkan mereka yang tinggal di daerah Sumatera (OR = 0.512 95% CI = 0.414–0.633).

PEMBAHASAN

Responsiveness pasien pelayanan kesehatan rawat inap di Puskesmas diukur menurut delapan domain. Kedelapan domain tersebut diperoleh dari hasil pengukuran berdasarkan persepsi (pendapat) pasien yang berkunjung pertama kali maupun kunjungan ulang ke sarana pelayanan kesehatan rawat inap di Puskesmas.

Dengan tersedianya finansial sangat memungkinkan seseorang berkunjung ke pelayanan kesehatan dengan fasilitas memadai sedangkan bagi mereka yang di pedesaan terbentur dengan masalah transportasi dan finansial sehingga pilihan pelayanan kesehatan untuk rawat inap hanya di Puskesmas. Pandangan masyarakat mengenai lama waktu tunggu di Daerah Sumatera menjawab lebih “baik” dibandingkan daerah Jawa dan Bali disebabkan karena tingkat kepadatan di daerah Sumatera lebih jarang sehingga pandangan/persepsi terhadap lama waktu tunggu lebih lama di Jawa dan Bali sehingga terjadi persepsi berbeda pada tiap daerah dari sisi waktu dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diinginkan demikian juga lama waktu tunggu ke fasilitas pelayanan kesehatan di Puskesmas berbeda-beda pada tiap daerah.

Menurut Koopmanschap *et al.*, (2005) menyatakan bahwa biaya per satuan waktu meningkat dengan waktu tunggu pasien. Biaya per minggu dapat meningkatkan kalau waktu tunggu lebih lama jika kesehatan memburuk dan pasien perlu perawatan. Sedangkan Anderson *et al.*, (2007) menyatakan bahwa waktu yang dihabiskan dengan dokter merupakan prediktor yang lebih kuat dari kepuasan pasien daripada waktu yang dihabiskan di ruang tunggu. Charles *et al.* (1997) cit. Trevena & Barratt (2003). Penyediaan informasi pasien bertujuan untuk menghasilkan keputusan klinis mereka. Praktisi pelayanan kesehatan (klinisi, tenaga perawat, bidan dan nakes lainnya) dapat memberikan informasi. Propper *et al.*, (2008) Cit. Dixon *et al.*

(2011) menyatakan bahwa waktu tunggu pasien yang terdapat dalam daftar tunggu sering digunakan sebagai indikator kinerja organisasi pada level penyedia pelayanan untuk memonitor pelaksanaan pelayanan kesehatan. Senada dengan pernyataan sebelumnya, Stoop *et al.*, (2005) menyatakan bahwa data waktu tunggu sebagai indikator kinerja organisasi dalam pelayanan kesehatan.

Sedangkan Silva (2000), Valentine *et al.* (2003) menyatakan faktor komunikasi harus informasinya harus jelas yang mengalir antara populasi dan sistem kesehatan. Domain ini termasuk provider menjelaskan secara jelas berkenaan kondisi kesehatan pasien, pengobatannya dan implikasi kesehatannya pada masa mendatang. Juga dimaksudkan bahwa provider mendengarkan secara hati-hati dengan menjelaskan kepada pasien atas pertanyaan dan jawabannya. Pada saat survei sangat mungkin responden yang diajak wawancara adalah terbanyak dikunjungi oleh kaum laki-laki, kebanyakan daerah pedesaan tingkat mobilitas ke pelayanan kesehatan banyak dilakukan oleh kaum laki-laki sehingga pengalaman pelayanan kesehatan lebih banyak dialami oleh kaum laki-laki sebaliknya pada periode tertentu lainnya bisa saja perempuan juga sama dengan laki-laki.

Menurut wilayah arus informasi yang cepat menyebar ke wilayah Sumatera karena pemanfaatan teknologi akses cepat sehingga perbedaan dengan wilayah Jawa dan Bali hampir relatif sama, mereka yang tinggal di kawasan perkotaan. Menurut Silva (2000), Valentine *et al.* (2003) dimensi otonomi dalam konteks ini merujuk pada hak individu untuk menerima informasi medis berkenaan status kesehatannya dan risikonya menginformasikan pilihan tentang opsi pengobatan termasuk pengobatan ulang. Tujuan domain ini adalah untuk melindungi hak setiap individu mengambil keputusan berkenaan dengan kesehatannya sedangkan menurut Kowal *et al.* (2011) dibutuhkan peningkatan ketanggapan sistem kesehatan secara keseluruhan baik rawat inap maupun rawat jalan dengan cara menarik perhatian pemerintah setempat untuk mengkomunikasikan pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan kinerja sistem kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Faktor waktu dan kesempatan dan pertimbangan kesegeraan sangat mungkin berperan dalam pengambilan keputusan dalam pelayanan kesehatan.

Silva (2000), Valentine *et al.* (2003), domain ikut mengambil keputusan pelayanan kesehatan di mana domain ini erat kaitannya dengan kekuatan atau kesempatan untuk memilih unit kesehatan rujukan atau penyedia pelayanan kesehatan. Pilihan juga termasuk pada kemampuan pasien untuk memastikan pengobatan yang paling tepat diperoleh.

Pada kebanyakan sistem kesehatan, kebebasan untuk memilih penyedia jasa layanan kesehatan sangat terbatas sebab berhubungan dengan masalah finansial dan geografis dan disebabkan cara pandang mengenai organisasi kesehatan. Sedangkan menurut Silva (2000) dan Valentine *et al.* (2003) menyatakan bahwa domain kerahasiaan berhubungan dengan harapan individu/pasien bahwa informasi yang disediakan oleh penyedia pelayanan kesehatan tidak dapat dibagi dengan yang lain. Hak kepercayaan dibutuhkan untuk dapat dipromosikan melalui kerahasiaan lingkungan melalui pelaksanaan konsultasi. Petunjuk untuk meyakinkan bahwa penyediaan informasi pasien terhadap personal kesehatan akan dijaga kerahasiaannya termasuk kerahasiaan catatan medik (*medical records*).

Domain ini juga merujuk pada hak setiap pasien untuk mendapatkan pengobatan dengan penghargaan yang baik dan ketertarikan pada setiap penyedia pelayanan kesehatan. Ini merupakan hal yang krusial untuk dipertimbangkan di dalam pelayanan perawatan pada kebanyakan sistem kesehatan khususnya pada negara dengan tatanan multikultural. Pada domain ini pula harus dihindari adanya prinsip diskrimasi di mana hanya warga asli yang boleh memperoleh pelayanan sedangkan warga pendatang tidak boleh. Dan penyedia pelayanan kesehatan bertanggung jawab ancaman pasien dengan perhatian sungguh-sungguh mengenai nilai dan intimidasi.

Hodge *et al.* (1999) cit. Sadan (2001) menggambarkan tiga cara mengidentifikasi kualitas dan keandalan informasi medis pasien yang secara langsung dipengaruhi oleh sejauh mana privasi data medis pasien dilindungi, yaitu: (1) praktik informasi yang adil (termasuk hak untuk mengakses dan mengubah catatan medis), (2) jaminan privasi antara dokter dan pasien (meningkatkan kepercayaan pasien dan dengan demikian memungkinkan dapat memperoleh informasi kesehatan), dan (3) melindungi privasi dan kepemilikan data pasien. Hasil penelitian *responsiveness* pasien kesehatan yang

dilakukan oleh Hsu *et al.* (2006) menunjukkan bahwa domain *responsiveness* pelayanan kesehatan yang berhubungan signifikan adalah domain kemudahan akses ke pelayanan kesehatan dan kerahasiaan informasi pasien.

Menurut CMS (2011) cit. Murray *et al.* (2011) kerahasiaan informasi dibatasi pada informasi yang dikumpulkan melalui kerja sama antara provider dan pasien, memberikan informasi yang bertujuan memperbaiki pelayanan dan pengobatan di sarana pelayanan. Garfield *et al.* (2007) menyatakan bahwa usia, status sosial dan kondisi klinis berhubungan dengan pemilihan sarana pelayanan kesehatan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai penggunaan obat untuk penyakit kronis. Pilihan sarana juga dapat terjadi sewaktu pasien mencari pelayanan kesehatan yang cukup pada suatu waktu atau sesegera mungkin. Akses ke pelayanan kesehatan termasuk pelayanan yang cepat pada kasus kedaruratan, periode waktu tunggu pendek untuk pengobatan/terapi dan waktu yang tepat dan jenis akses pengobatan dan kontribusi intervensi kesehatan masyarakat dengan baik adalah kunci determinan persepsi pasien terhadap mutu pengobatan.

Salah satu hak pasien adalah kebebasan memilih sarana dan juga pasien memiliki hak untuk memperoleh informasi tentang hak dan kewajibannya. Pasien pun dapat berpartisipasi dalam rencana pelayanan yang akan diberikan dan penetapan perubahan asuhan serta tindakan yang dapat memengaruhi kesehatannya serta dalam memperoleh seluruh catatan klinis atas pelayanan yang diterimanya yang pada dasarnya itu bersifat rahasia. Selain itu pasien juga berhak menolak prosedur dan tindakan medis dan juga berhak mengetahui semua tentang informasi yang berkaitan dengan setiap perubahan pelayanan dan perubahan tarif.

Lockwood (2005) menyatakan bahwa hubungan dokter-pasien dapat diartikan sebagai suatu kesepakatan di mana dokter menjamin kerahasiaan (kerahasiaan dan kebijaksanaan) dalam pertukaran untuk kepercayaan dan kejujuran pasien. Pasien pada prinsipnya memberikan informasi semata-mata karena mereka percaya bahwa apa yang mereka katakan akan dijaga kerahasiaannya. Jika dokter kemudian membocorkan kerahasiaan, pasien merasa bahwa dokter telah merusak janji yang telah disepakati.

Sedangkan Silva (2000) dan Valentine *et al.* (2003) domain ini akan mengukur kualitas infrastruktur fisik dari fasilitas kesehatan termasuk kecukupan mebel dan tempat, kebersihan ruangan, toilet dan ruangan lainnya, penerangan dan ventilasi yang memadai faktor ini adalah penting untuk menyediakan lingkungan pasien secara nyaman dan sejuk meskipun pasien menggunakan fasilitas rawat jalan dan inap. Ruangan bersih dapat mereduksi kemungkinan infeksi di ruang perawatan pasien. Ruangan rawat inap pada dasarnya harus bersih dari mulai dari kamar mandi sampai dengan pintu keluar ruang rawat inap.

Domain dukungan sosial adalah penerimaan dukungan dari anggota keluarga, sahabat dan bantuan yang lebih baik warga terhadap kemungkinan stres karena penyakit dan konsekuensinya (Silva, 2000). Murray & Evans (2003) menyatakan bahwa domain kemudahan pasien dikunjungi di unit rawat inap meliputi sejauh mana kemudahan akses keluarga/kolega ke unit rawat inap puskesmas dan kontak dengan keluarga/kolega di luar puskesmas.

SIMPULAN

Responsiveness pasien berpendapat “kurang” di daerah perkotaan terkait dengan lama waktu tunggu, kejelasan informasi dan kebebasan pilih sarana pelayanan kesehatan yang diperoleh pasien dan keluarganya di unit rawat inap. *Responsiveness* pasien laki-laki berpendapat “kurang” terkait dengan keramahan petugas. Untuk *responsiveness* pasien yang bersekolah berpendapat “kurang” dilibatkan dalam mengambil keputusan. *Responsiveness* pasien yang berjenis pendidikan tidak sekolah berpendapat “kurang” terjaga kerahasiaan informasi, dan kebersihan ruang rawat inap. Sedangkan *responsiveness* pasien pada usia 18–29 tahun berpendapat “kurang” mudah dikunjungi keluarga/kolega di Unit Rawat Inap Puskesmas.

Domain *responsiveness* pasien di unit rawat inap yang paling dominan adalah kebebasan pilih sarana pelayanan kesehatan, keramahan petugas dan lama waktu tunggu pasien.

SARAN

Reorientasi dan implementasi pedoman evaluasi kinerja SDM berbasis bukti pelayanan kesehatan dengan menekankan pada mekanisme kompetensi

budaya, *reward* dan *punishment*.

Intervensi pada domain *responsiveness* pasien pada domain terutama pada domain kebebasan pilih sarana pelayanan melalui penyusunan Standar Prosedur Operasional yang lebih teknis dengan memperhatikan hak pasien.

KETERBATASAN PENELITIAN

Studi ini hanya dapat mengeksplorasi pendapat pasien secara umum mengenai *responsiveness* pasien pada pelayanan kesehatan dan tidak dapat mengidentifikasi secara spesifik jenis pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pasien di unit rawat inap puskesmas.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih saya ucapkan kepada Kepala Badan Litbangkes yang telah mendanai penelitian ini, Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (PHK2PM) yang telah memberikan petunjuk dalam penyusunan artikel dan juga rekan Peneliti di Bidang Analisis Kebijakan dan Pemberdayaan Masyarakat yang telah memberikan review dan saran responsif dalam penyempurnaan tulisan ini.

DAFTAR PUSTAKA

Anderson RT, Camacho FT, dan Balkrishnan R, 2007. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*, 7:31.

Depkes, 2007. Laporan Nasional RISKESDAS 2007, Badan Litbangkes, Jakarta.

Dixon H, Siciliani L, 2009. Waiting-time targets in the healthcare sector: How long are we waiting? *Journal of Health Economics*, 28(6):1081–1098.

Garfield S, Smith F, Francis SA, Chalmers C, 2007. Can patients' preferences for involvement in decision-making regarding the use of medicines be predicted? *Patient Education and Counseling*, 66(3): 361–367.

Hsu CC, Chen L, Hu YW, Yip W, Shu CC, 2006. The Domains of responsiveness of a health system: A Taiwanese perspective. *BMC Public Health*, 6: 72

Jones AM, Rice N, Robone S, Dias PR, 2011. Inequality and polarisation in health systems' responsiveness: A cross-country analysis. *Journal of Health Economics*, 30(4): 616–25.

Koopmanschap MA, Brouwer WBF, Roijen LH, Exel NJA, 2005. Influence of waiting time on cost-effectiveness. *Social Science & Medicine*, 60(11): 2501–2504.

Kowal P, Naidoo N, Williams SR, Chatterji S, 2011. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. *Health*, 3(10): 638-646.

Lockwood GM, 2005. Confidentiality. *Medicine*, 33(2): 8–12.

Valentine NB, Silva AD, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB, 2003. Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization in: Murray CJL, Evans DB. (eds.) *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, WHO, Geneva. Ch. 43, p. 588.

Murray TL, Calhoun M, dan Philipsen NC, 2011. Privacy, Confidentiality, HIPAA, and HITECH: Implications for the Health Care Practitioner. *Journal for Nurse Practitioners*, 7(9): 747–752.

Peltzer K, 2009. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Services Research*, 9: 117.

Sadan B, 2001. Patient data confidentiality and patient rights. *International Journal of Medical Informatics*, 62(1): 41–49.

Silva AD, 2000. A Framework for Measuring Responsiveness, EIP Discussion Paper No. 32, WHO, Geneva.

Stoop AP, Vrangbaek K, Berg M, 2005. Theory and practice of waiting time data as a performance indicator in health care: A case study from the Netherlands. *Health Policy*, 73(1): 41–51.

Trevena L, Barratt A, 2003. Integrated decision making: definitions for a new discipline. *Patient Education and Counseling*, 50(50): 265–268.