

HUBUNGAN DIMENSI KETANGGAPAN WAKTU TUNGGU PASIEN, KEJELASAN INFORMASI, DAN KERAHASIAAN INFORMASI PELAYANAN KESEHATAN DENGAN KARAKTERISTIK ANGGOTA RUMAH TANGGA DAN STATUS SOSIOEKONOMI DI UNIT RAWAT INAP PUSKESMAS

Muhammad Agus Mikrajab¹, Sugeng Rahanto¹, dan Hidayah Heny Solikhah¹

ABSTRACT

Background: Nowadays, health care facilities have become a gate toward health care professional. Health care facilities as first level which have developed by the government particularly Public Health Centers should be a partner with others facilities in community. Furthermore, one of the current issues still being discussed today is inpatient health care related to three main dimensions of responsiveness. The three dimensions involve waiting time, clarity of information, and confidentiality of health care information. **Methods:** The objectives of the study are to analyze the relationship among the characteristics of household members, socioeconomic status with responsiveness dimensions of waiting time, clarity of information and confidentiality of health care information at the inpatient Public Health Centers, and to analyze health care discrimination for Family Poor Insurance with responsiveness dimensions of waiting time, clarity of information and confidentiality of health care information at the inpatient Public Health Centers. A Cross Sectional research design was performed with sample sizes in this study was 5342. Quantitative data collection involved secondary data of Baseline Health Research 2007 that was analyzed using SPSS 18 with unpaired T test procedures. **Results:** The results indicate that Area Classifications, and Family Poor Insurance were significantly associated with Waiting Times at Inpatient Public Health Centers ($p < 0.05$). Age of household members, Education Level, and Area Classifications were significantly associated with Clarity of Information at Inpatient Public Health Centers ($p < 0.05$). Whereas, Age of household members and Education level were significantly associated with Confidentiality of Health Care Information at Inpatient Public Health Centers ($p < 0.05$). **Conclusions:** As a pointed out that there was Health Care Discrimination of Family Poor Insurance for Waiting Time dimensions. Thus, it need the active roles each element, it also adopting the health information technology to supports integrating health care performance in public health centers in which quality, equity, and accountability.

Key words: Waiting Times, Clarity Information, Confidentiality of Personal Information, Responsiveness, Inpatient, Public Health Center

ABSTRAK

Latar Belakang: Saat ini, fasilitas pelayanan kesehatan merupakan pintu pelayanan kesehatan professional. Fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tingkat pertama yang dibangun oleh Pemerintah khususnya Puskesmas harus dapat menjadi mitra dengan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya di dalam komunitas. Selanjutnya, salah satu isu terkini yang masih menjadi perdebatan adalah pelayanan kesehatan rawat inap yang berkaitan dengan tiga dimensi utama. Ketiga dimensi utama tersebut meliputi waktu tunggu, kejelasan informasi, dan kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan. **Metode:** Tujuan penelitian ini adalah menganalisis hubungan karakteristik anggota rumah tangga, status sosiekonomi dengan dimensi ketanggapan waktu tunggu, kejelasan informasi dan kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas, dan menganalisis diskriminasi pelayanan kesehatan bagi ASKESKIN dengan dimensi ketanggapan waktu tunggu, kejelasan informasi dan kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas. Rancangan penelitian Potong lintang dengan besar sampel 5342. Pengumpulan data kuantitatif dari RISKESDAS 2007 dan analisis data menggunakan SPSS 18 dengan uji T. **Hasil:** hasil penelitian menunjukkan bahwa klasifikasi daerah, ASKESKIN

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Indrapura No. 17 Surabaya, 60176
Korespondensi: Muhammad Agus Mikrajab
naufal0817@yahoo.com

secara signifikan mempunyai hubungan dengan waktu tunggu di unit rawat inap Puskesmas ($p < 0,05$). Usia anggota rumah tangga, tingkat pendidikan, dan klasifikasi daerah secara signifikan berhubungan dengan kejelasan informasi di unit rawat inap Puskesmas ($p < 0,05$), sedangkan, usia anggota rumah tangga dan tingkat pendidikan secara signifikan berhubungan kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas ($p < 0,05$). **Kesimpulan:** Terdapat diskriminasi pelayanan kesehatan pada peserta ASKESKIN dengan waktu tunggu. Sehingga, diperlukan peran aktif semua pihak, dan adopsi teknologi informasi kesehatan untuk mendukung integrasi kinerja pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas yang bermutu, adil, dan akuntabel.

Kata kunci: Waktu tunggu, kejelasan informasi, kerahasiaan informasi, ketanggapan, rawat inap, puskesmas

PENDAHULUAN

Saat ini pelayanan kesehatan di Puskesmas telah mengalami perubahan cukup pesat seiring dengan meningkatnya efek modernisasi pelayanan kesehatan seperti bertambahnya layanan kesehatan dari dasar menjadi spesialis berupa jenis dan SDM dan adopsi teknologi Informasi kesehatan serta menawarkan berbagai fasilitas rawat inap. Tentunya peningkatan tersebut tidak terlepas peran partisipatif berbagai pihak yang berimplikasi banyak perubahan penting dalam pelayanan kesehatan di komunitas dalam hal kualitas pelayanan, kuantitas, dan tentunya merefleksikan pelayanan kesehatan yang profesional.

Puskesmas sebagai salah satu efek modernisasi pelayanan kesehatan sebelumnya sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan (*First Level*) tetapi saat ini sekaligus sebagai pintu (*gate*) dalam pelayanan kesehatan (*Backbone in Health Care*) dan sebagai bagian integral dari Sistem Kesehatan Daerah (*Regional Health Systems*), kedudukannya sangat esensial di suatu daerah yang diharapkan semua pihak dapat memberikan kontribusi dalam pelayanan kesehatan bagi komunitas.

Namun disisi lain, meskipun Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan tingkat pertama seiring dengan makin meningkatnya biaya kesehatan yang sangat dipengaruhi oleh pola pelayanan kesehatan ditemukan di Puskesmas. Sebagai akibat perkembangan berbagai spesialis dan sub-spesialis, menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak (*fragmented health care*), Masyarakat miskin tidak dapat menikmati pelayanan kesehatan dasar maupun spesialis karena masalah akses kesarana dan keterbatasan finansial. Pada dasarnya pelayanan kesehatan masyarakat bersifat umum (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan dan pemulihan kesehatan (Kepmenkes No. 128/Menkes/

SK/II/2004). Tetapi fakta tersebut sangat dilematis di satu sisi Puskesmas dengan fasilitas rawat inap namun masih banyak terjadi rendahnya akses ke Puskesmas.

Salah satu dimensi yang masih menjadi pembicaraan hangat saat ini adalah pelayanan kesehatan rawat inap puskesmas. Puskesmas yang merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di suatu daerah tak hentinya berusaha membenahi pelayanan yang diberikan kepada masyarakat seiring makin meningkatnya tuntutan pelayanan kesehatan yang berkualitas (*quality*) dan berkeadilan (*equity*) yang berdampak pada nilai kesehatan (*health value*) masyarakat dan tentunya pada kualitas hidup masyarakat itu sendiri.

Dimensi penting berkaitan dengan ketanggapan pelayanan oleh SDM Kesehatan di unit rawat Puskesmas yang banyak menjadi perhatian utama saat ini adalah sebagai berikut: waktu tunggu pasien yang biasanya terjadi diskriminasi bagi peserta ASKESKIN di mana pasien ASKESKIN menunggu lebih lama; Informasi terkadang menjadi tidak jelas sehingga timbul masalah terutama peserta ASKESKIN maupun masyarakat miskin; dan Kerahasiaan Informasi dalam pelayanan kesehatan terkadang tidak diberikan secara memadai terutama terjadi pada pasien ASKESKIN atau masyarakat miskin.

Fakta lain terjadi peningkatan jumlah Puskesmas berdasarkan data bahwa pada tahun 2007 jumlah Puskesmas di seluruh Indonesia sebanyak 8.234 unit. Jika dilihat dalam kurun waktu 2003–2007 terlihat adanya peningkatan. Peningkatan pertambahan Puskesmas yang cukup besar terjadi pada tahun 2006 yaitu sebesar 4,51%. Dalam periode tersebut, rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk meningkat dari 3,46 per 100.000 penduduk pada tahun 2003 menjadi 3,65 per 100.000 penduduk pada tahun 2007. Ini berarti bahwa pada periode tahun tersebut setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 3–4 unit

Puskesmas. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas, beberapa Puskesmas telah ditingkatkan menjadi Puskesmas Perawatan (Puskesmas Rawat Inap). Dari 8.234 unit terdapat 2.683 unit merupakan Puskesmas dengan Rawat Inap (Depkes, 2007).

Berdasarkan data SDM Kesehatan yang bertugas di Puskesmas pada tahun 2007 mencapai 184.445 orang dengan klasifikasi 155.816 orang (84,48%) tenaga kesehatan dan 28.629 (15,52%) tenaga non kesehatan. Bila dipilah lagi tampak bahwa dokter umum yang bekerja di Puskesmas sebanyak 11.701 orang, jadi rata-rata tiap Puskesmas dilayani oleh 1,4 orang dokter umum, sedangkan dokter gigi yang bekerja di Puskesmas sebanyak 5.246 orang yang berarti belum semua Puskesmas terdapat dokter gigi. Beberapa Puskesmas telah mempunyai dokter spesialis. Tercatat sebanyak 109 orang dokter spesialis bekerja di Puskesmas, 63 di antaranya bekerja di Provinsi DKI Jakarta. Sedangkan untuk tenaga paramedis tercatat Perawat sebanyak 56.727 orang sehingga Puskesmas memiliki rata-rata 7 orang tenaga Perawat dan untuk Bidan tercatat 56.408 orang yang juga melayani Puskesmas rata-rata 7 orang tenaga bidan (Depkes, 2007).

Selanjutnya, bahwa untuk rawat inap, paling banyak masyarakat masih memanfaatkan RS Pemerintah (3,1%) kemudian disusul RS Swasta (2,0%). Terdapat 16 provinsi dari 33 provinsi yang memanfaatkan RS Pemerintah sebagai tempat rawat inap masih di bawah Proporsi nasional. Proporsi terbanyak pemanfaatan RS Pemerintah untuk rawat inap di Provinsi Kalimantan Timur dan Papua Barat yaitu masing-masing sebesar 5,1% dan 5,0%. Sedangkan terendah di Provinsi Sulawesi Barat yaitu 1,5%. Demikian pula dengan pemanfaatan Rumah Sakit Swasta sebagai tempat rawat inap, terdapat 11 provinsi yang Proporsi pemanfaatan di atas Proporsi nasional. Pemanfaatan RS Swasta terbesar di Provinsi DI Yogyakarta dan Sulawesi Utara yaitu masing-masing sebesar 5,9% dan 5,2%. (Depkes, 2007).

Puskesmas sebagai tempat rawat inap secara nasional menempati urutan ketiga setelah RS Pemerintah dan RS Swasta. Proporsi tertinggi terdapat di Provinsi Papua dan Nusa Tenggara Barat, masing-masing sebesar 2,7% dan 2,5% (Depkes, 2007). Hal ini menunjukkan masih rendahnya utilisasi rawat inap Puskesmas bagi masyarakat setempat.

Menurut Eko S. dan Hasanbasri M. (2006) menyatakan bahwa rendahnya pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain: (1) Menurunnya daya beli masyarakat, (2) Menurunnya minat masyarakat untuk berobat ke Puskesmas: a. merasa tidak puas dengan pelayanan; b. merasa tidak puas dengan kualitas obat; c. tarif pelayanan (3) Akses geografis ke sarana pelayanan sulit. Di samping itu ada perubahan paradigma pelayanan yang menempatkan pengguna sebagai pelanggan, dan petugas pemberi pelayanan kesehatan adalah pemberi pelayanan, sehingga pelanggan mempunyai posisi tawar yang lebih baik, dan mereka dapat memilih pelayanan kesehatan yang paling dipercayainya. Tingkat pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan di suatu daerah juga dapat dipergunakan untuk merencanakan suatu sistem pelayanan kesehatan.

Ditambahkan pula, secara nasional RS Bersalin/RSB (14,8%) dan Tenaga Kesehatan (13,9%) merupakan sarana kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan untuk rawat jalan. Pemanfaatan Puskesmas (1,3%) menempati urutan keempat setelah RS Pemerintah (1,6%) pada urutan ketiga. Secara nasional, Proporsi tertinggi tempat rawat inap yang dipilih rumah tangga adalah Rumah Sakit Pemerintah (3,1%), Rumah Sakit Swasta (2,0%) dan Puskesmas (0,8%). Sebanyak 6 provinsi mempunyai Proporsi rumah tangga yang memilih Puskesmas untuk tempat rawat inap di atas Proporsi nasional, yaitu Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Papua Barat, dan Papua.

Secara nasional, sumber utama pembiayaan yang digunakan oleh rumah tangga untuk rawat inap adalah Dari Kantong Sendiri (71,0%), Askes/Jamsostek (15,6%), dan Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (14,3%). Sebanyak 17 provinsi mempunyai Proporsi rumah tangga yang menggunakan Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu untuk pembiayaan rawat inap di atas Proporsi nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam, Sumatera Utara, Lampung, DI Yogyakarta, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat, dan Papua (Risksdas, 2007).

Berdasarkan beberapa hal tersebut di atas terlihat masih rendahnya produktifitas pelayanan kesehatan

masyarakat di Unit Rawat Inap Puskesmas. Penting untuk menganalisis dimensi ketanggapan pelayanan kesehatan di unit Rawat Inap Puskesmas.

Berdasarkan uraian di atas maka permasalahan dalam penelitian ini adalah Apakah faktor karakteristik anggota rumah tangga, status sosioekonomi berhubungan dengan dimensi ketanggapan waktu tunggu pasien, kejelasan informasi dan kerahasiaan informasi pasien pelayanan kesehatan di Unit Rawat Inap Puskesmas?

Hipotesis

1. Faktor karakteristik anggota rumah tangga berhubungan dengan dimensi ketanggapan waktu tunggu pasien, kejelasan informasi, dan kerahasiaan informasi pasien pada pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas.
2. Faktor status sosioekonomi berhubungan dengan dimensi ketanggapan waktu tunggu pasien, kejelasan informasi dan kerahasiaan informasi pasien pada pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas.

Secara khusus penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan karakteristik anggota rumah tangga, status sosioekonomi dengan dimensi ketanggapan waktu tunggu pasien, kejelasan informasi dan kerahasiaan informasi pasien pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas dan menganalisis diskriminasi pelayanan kesehatan bagi kepesertaan ASKESKIN dengan dimensi ketanggapan waktu tunggu pasien, kejelasan informasi dan kerahasiaan informasi pasien pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas.

METODE

Variabel Independen: Karakteristik ART, Status Sosioekonomi

Variabel Dependen: Dimensi ketanggapan waktu tunggu pasien, kejelasan informasi dan kerahasiaan informasi pasien pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas.

Waktu dan Tempat: Analisis data sekunder dilaksanakan selama dua (2) minggu yaitu tanggal 11 s.d 25 Desember 2010. Analisis dilaksanakan di Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan, dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya.

Jenis Penelitian termasuk dalam kategori non intervensi yaitu hanya menjelaskan dan menganalisis

obyek dari situasi yang didapatkan dari data sekunder riskesdas yang tersedia. Desain penelitian adalah potong lintang (*Cross Sectional*). Analisis ini merupakan analisis data sekunder dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007). Sedangkan Populasi dalam analisis ini adalah seluruh anggota rumah tangga di Indonesia dan Besar sampel sesuai dengan Susenas Kor dengan memanfaatkan sampel Susenas 2007 dalam blok sampel terpilih menjadi sampel Riskesdas 2007. Kriteria pengambilan sampel sesuai Kriteria WHO adalah Usia ART ≥ 18 Tahun dan anggota rumah tangga rawat inap Puskesmas sebanyak 5.342. Sedangkan analisis data menggunakan piranti SPSS 18 dengan *t test*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan Tabel 1 di atas, klasifikasi daerah menentukan jenis pelayanan yang diperoleh sehingga makin baik sarana pelayanan rawat inap puskesmas maka makin memperkecil waktu tunggu pasien. Daerah pedesaan waktu tunggu pelayanan kesehatannya lebih pendek dibandingkan daerah perkotaan, hal ini disebabkan kepadatan penduduk, dan kunjungan pasien ke sarana pelayanan kesehatan Puskesmas lebih banyak dibandingkan di daerah pedesaan. Sedangkan Kepesertaan Asuransi Kesehatan pada rakyat miskin bahwa waktu tunggu peserta ASKESKIN lebih lama dibandingkan Non ASKESKIN hal ini menunjukkan adanya diskriminasi pelayanan kesehatan bagi peserta ASKESKIN.

Hasil uji T menunjukkan bahwa klasifikasi daerah mempunyai hubungan yang signifikan dengan Waktu Tunggu Pasien Pelayanan Kesehatan di unit Rawat Inap Puskesmas dengan nilai $t = 2,579$ dan $p = 0,010$ ($p < 0,05$) dan Kepesertaan ASKESKIN mempunyai hubungan yang signifikan dengan Waktu Tunggu Pasien Pelayanan Kesehatan di unit Rawat Inap Puskesmas dengan nilai $t = -2,050$ dan $p = 0,041$ ($p < 0,05$). Sedangkan Usia anggota rumah tangga, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Kawin dan Pekerjaan tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan Waktu Tunggu Pasien Pelayanan Kesehatan di Unit Rawat Inap Puskesmas ($p > 0,05$).

Realitasnya Puskesmas belum ada suatu fasilitas yang memadai berkaitan dengan sistem antrian yang berbasis elektronik sehingga berdampak pada waktu tunggu pasien menjadi lebih lama yang akan melaksanakan rawat inap (opname) secara umum,

Tabel 1. Dimensi **Waktu Tunggu Pasien** Pelayanan Kesehatan di Unit Rawat Inap Puskesmas Menurut Karakteristik Anggota Rumah Tangga dan Status Sosioekonomi

Variabel	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Usia Anggota	1.438	.230	-.957	5340	.338	-.047	.049	-.143	.049
Rumah Tangga			-.940	1029.984	.348	-.047	.050	-.144	.051
Jenis Kelamin	7.732	.005	1.834	5340	.067	.035	.019	-.002	.073
			1.825	1040.917	.068	.035	.019	-.003	.074
Pendidikan	.711	.399	1.529	5340	.126	.040	.026	-.011	.091
			1.531	1045.865	.126	.040	.026	-.011	.091
Status Kawin	.251	.617	.956	5340	.339	.025	.026	-.026	.076
			.951	1040.592	.342	.025	.026	-.027	.076
Pekerjaan	1.822	.177	-.120	5340	.904	-.010	.087	-.182	.161
			-.117	1026.849	.907	-.010	.089	-.186	.165
Klasifikasi Daerah	25.479	.000	2.688	5340	.007	.045	.017	.012	.077
			2.579	1013.241	.010*	.045	.017	.011	.079
Kepesertaan	16.282	.000	-1.952	5340	.051	-.029	.015	-.058	.000
ASKESKIN			-2.050	1087.834	.041*	-.029	.014	-.057	.001

Keterangan: *) Signifikan pada α 0,05

Tabel 2. Dimensi Kejelasan Informasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan di Unit Rawat Inap Puskesmas Menurut Karakteristik Anggota Rumah Tangga dan Status Sosioekonomi

Variabel	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Usia Anggota	5.802	.016	-2.039	5340	.041	-.098	.048	-.192	-.004
Rumah Tangga			-1.970	1079.958	.049*	-.098	.050	-.195	.000
Jenis Kelamin	.861	.353	.493	5340	.622	.009	.019	-.028	.047
			.493	1108.651	.622	.009	.019	-.028	.047
Pendidikan	2.053	.148	2.937	5340	.003	.075	.025	.025	.125
			2.875	1091.121	.004*	.075	.026	.024	.126
Status Kawin	2.321	.128	-.032	5340	.975	-.001	.026	-.051	.049
			-.031	1074.759	.976	-.001	.027	-.053	.052
Pekerjaan	5.182	.023	.572	5340	.567	.049	.086	-.119	.217
			.557	1086.627	.578	.049	.088	-.124	.222
Klasifikasi Daerah	15.195	.000	2.040	5340	.041	.033	.016	.001	.065
			1.978	1083.027	.048*	.033	.017	.000	.066
Kepesertaan	10.281	.001	-1.563	5340	.118	-.023	.015	-.052	.006
ASKESKIN			-1.622	1146.254	.105*	-.023	.014	-.051	.005

Keterangan: *) Signifikan pada α 0,05

bila menerapkan antrian manual waktu tunggu rawat jalan lebih lama dibandingkan dengan rawat inap tetapi tidak ada salahnya bila diterapkan suatu sistem elektronik untuk antrian pasien rawat jalan dan rawat inap sehingga manajemen pasien lebih tertata. Puskesmas harus membenahi fasilitas ini yang merupakan salah satu faktor penentu tinggi-rendahnya kinerja pelayanan kesehatan di Puskesmas termasuk mengadopsi dan mengimplementasikan sistem ini Puskesmas dengan rawat inap akan lebih terstruktur dan sistematis dalam mengelola waktu tunggu pasien yang akan melaksanakan rawat inap sehingga waktu tunggu menjadi lebih efisien, dan efektif.

Menurut Depkes (2004) disebutkan bahwa sebesar 1,4% penduduk pernah rawat inap dalam kurun 1 tahun. Proporsi menurut provinsi dilaporkan terendah di Banten (0,3%) dan tertinggi di DI Yogyakarta (3,2%). Proporsi di bawah rata-rata angka nasional meliputi 18 provinsi. Pelayanan rawat inap yang banyak dimanfaatkan adalah Rumah Sakit. Pelayanan Puskesmas untuk rawat inap lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat dari strata ekonomi rendah, sedangkan pelayanan Rumah Sakit lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat strata ekonomi tinggi.

Berdasarkan Tabel 2 di atas, bahwa makin tinggi usia produktif anggota rumah tangga maka makin meningkatkan kemampuannya dalam mencari informasi yang jelas berkaitan dengan informasi pelayanannya. Makin tinggi tingkat pendidikan maka makin tinggi pula pengetahuannya tentang informasi pelayanan kesehatannya. Klasifikasi daerah menentukan pencarian jenis informasi pelayanan kesehatan yang lebih baik/memadai bagi pasien dan keluarganya, sedangkan di daerah perkotaan lebih banyak pasien yang mencari kejelasan informasi pelayanan kesehatan dibandingkan di pedesaan dimungkinkan karena ketersediaan teknologi informasi dan komunikasi lebih memadai dan arus informasi yang begitu cepat di bandingkan di pedesaan. Sedangkan Kepesertaan Asuransi Kesehatan pada rakyat miskin bahwa kejelasan informasi peserta ASKESKIN sama dengan Non ASKESKIN hal ini menunjukkan tidak adanya diskriminasi pelayanan kesehatan bagi peserta ASKESKIN.

Hasil uji T menunjukkan bahwa Usia anggota rumah tangga mempunyai hubungan yang signifikan dengan Kejelasan Informasi Pasien pada Pelayanan

Kesehatan Rawat Inap di Puskesmas dengan nilai $t = -1,970$ dan $p = 0,049$ ($p < 0,05$), tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang signifikan dengan Kejelasan Informasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan di unit Rawat Inap Puskesmas dengan nilai $t = 2,875$ dan $p = 0,004$ ($p < 0,05$) dan klasifikasi daerah mempunyai hubungan yang signifikan dengan Kejelasan Informasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan di unit Rawat Inap Puskesmas dengan nilai $t = 1,978$ dan $p = 0,048$ ($p < 0,05$), Sedangkan jenis kelamin, status kawin, pekerjaan dan Kepesertaan ASKESKIN tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan Kejelasan Informasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan Rawat Inap di Puskesmas ($p > 0,05$).

Biasanya informasi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh sarana pelayanan kesehatan kurang jelas dan tidak dapat dimengerti oleh pasien bahkan mungkin keliru sehingga keputusan pasien/keluarganya untuk memperoleh pelayanan kesehatan juga kurang tepat, mungkin saja berdampak buruk pada pelayanan kesehatan yang diperolehnya seperti dapat terjadi malpraktek, dan kesalahan pengobatan. Fakta ini menunjukkan besarnya tantangan yang tengah dihadapi Puskesmas dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan rawat inap.

Penelitian yang dilakukan oleh Peltzer (2009) berkaitan dengan tingkat ketanggapan pelayanan publik diperoleh informasi bahwa secara signifikan lebih rendah dari pada pelayanan kesehatan swasta. Secara keseluruhan ketidak tanggapan pelayanan pada pasien untuk pelayanan rawat jalan umum adalah 16,8% dan 3,2% untuk pelayanan swasta. Alasan utama adalah diskriminasi untuk tidak tanggap dalam semua aspek pelayanan kesehatan yang disediakan.

Menurut Bramesfeld *et al.*, (2007) dalam penelitiannya dengan metode *Focus Group* menyatakan bahwa untuk kelangsungan perbaikan kinerja pelayanan kesehatan di rawat inap Puskesmas diperlukan dimensi kontinuitas (*continuity*) yang merupakan salah satu dimensi penting kelangsungan pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan penekanan pada ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai termasuk teknologi Informasi kesehatan yang mendukung kegiatan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan Tabel 3 di atas, terlihat bahwa makin meningkatnya usia anggota rumah tangga maka makin meningkatkan produktifitasnya berkaitan

Tabel 3. Dimensi Kerahasiaan Informasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan di Unit Rawat Inap Puskesmas Menurut Karakteristik Anggota Rumah Tangga dan Status Sosioekonomi

Variabel	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Usia Anggota	7.428	.006	-2.555	5340	.011	-.125	.049	-.222	-.029
Rumah Tangga			-2.446	996.275	.015*	-.125	.051	-.226	-.025
Jenis Kelamin	1.159	.282	.581	5340	.561	.011	.019	-.027	.049
			.580	1027.103	.562	.011	.019	-.027	.050
Pendidikan	7.492	.006	4.084	5340	.000	.106	.026	.055	.157
			4.116	1035.080	.000*	.106	.026	.056	.157
Status Kawin	1.992	.158	-.837	5340	.402	-.022	.026	-.073	.029
			-.814	1007.587	.416	-.022	.027	-.075	.031
Pekerjaan	7.846	.005	.309	5340	.757	.027	.088	-.145	.199
			.300	1005.806	.764	.027	.090	-.150	.205
Klasifikasi Daerah	5.088	.024	1.159	5340	.247	.019	.017	-.013	.052
			1.137	1013.993	.256	.019	.017	-.014	.053
Kepesertaan	9.350	.002	-1.491	5340	.136	-.022	.015	-.052	.007
ASKESKIN			-1.546	1059.590	.122	-.022	.014	-.051	.006

Keterangan: *) Signifikan pada α 0,05

dengan kematangan kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan di puskesmas. Hal ini dimungkinkan karena semakin matangnya pola pikir, dan pengalaman dari anggota rumah tangga dalam menjaga kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan. Bahwa makin tingginya tingkat pendidikan seseorang maka akan makin tinggi pula menjaga kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan. Kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan secara umum adalah segala informasi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh dokter terhadap pasien yang tersimpan dalam rekam medis rawat inap. Sedangkan Kepesertaan Asuransi Kesehatan pada rakyat miskin bahwa kerahasiaan informasi bagi peserta ASKESKIN sama Non ASKESKIN hal ini menunjukkan tidak adanya diskriminasi pelayanan kesehatan bagi peserta ASKESKIN.

Selanjutnya, hasil uji T menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan usia anggota rumah tangga dengan Kerahasiaan Informasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan Rawat Inap di Puskesmas dengan $t = -2,446$ dan $p = 0,015$ ($p < 0,05$), terdapat hubungan yang signifikan tingkat pendidikan dengan Kerahasiaan Informasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan Rawat Inap di Puskesmas dengan

$t = 4,116$ dan $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Sedangkan Jenis Kelamin, Status kawin, Pekerjaan, Klasifikasi Daerah dan Kepesertaan ASKESKIN tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan Kerahasiaan Informasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan Rawat Inap di Puskesmas ($p > 0,05$).

Hasil penelitian ketanggapan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Hsu *et al.* (2006) yang membandingkan dimensi model WHO dan Model Taiwan menunjukkan bahwa keempat aspek dimensi ketanggapan pelayanan kesehatan terdapat hubungan yang signifikan yaitu respek, akses, kebersihan ruangan rawat inap, dan kerahasiaan informasi sedangkan variabel dukungan sosial tidak terdapat hubungan yang signifikan dalam penelitian tersebut. Membuktikan bahwa betapa pentingnya menjaga kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas.

Selanjutnya, *Principal component analysis* menghasilkan lima (5) faktor (*respect, access, confidentiality, basic amenities, and social support*) yang menjelaskan 63.5% dari total varian. Kelima faktor tersebut diterima konsistensi internal dan 4 lainnya (kecuali dukungan sosial) berhubungan secara signifikan dengan skor total ketanggapan

elayanan kesehatan. Wawancara dengan kelompok terarah menunjukkan bahwa kemampuan komunikasi penyediaan pelayanan kesehatan dan etika medis juga menunjukkan peningkatan, tampak bahwa peran penting kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan (Hsu, *et al.*, 2006). Hasil penelitian ini juga membuktikan pentingnya aspek privasi informasi pelayanan kesehatan pasien di Unit rawat inap Puskesmas.

Senada dengan pendapat Hsu, *et al.*, (2006), Valentine, N. *et al.*, (2008) menyatakan bahwa dimensi ketanggapan pelayanan kesehatan dibagi menjadi dimensi interpersonal (respek diri, kemandirian, komunikasi dan privasi) dan dimensi struktural (mutu pelayanan dasar, pilihan, akses pada dukungan jaringan pilihan, dan cepat tanggap terhadap waktu).

Apabila kita melihat sejenak bagaimana Negara Amerika Serikat melakukan perlindungan terhadap kerahasiaan informasi pasien termasuk kerahasiaan medis yang berbasiskan teknologi Informasi di sarana pelayanan kesehatan terjamin secara utuh dengan menerbitkan Undang-Undang Akuntabilitas Portabilitas Asuransi Kesehatan Tahun 1996 (“*Health Insurance Portability Accountability Act/HIPAA*”) (Kumar *et al.*, 2009) dan didukung juga Undang-Undang Teknologi Informasi Kesehatan untuk manajemen ekonomi dan klinik Tahun 2009 (“*Health Information Technology for Economic and Clinical Health IHITECH Act*”) (Buntin *et al.*, 2011) sedangkan Negara Kanada dengan Undang-Undang Perlindungan Informasi Kesehatan Pasien Tahun 2004 (“*Personal Health Information Protection Act/PHIPA*”) (CPSO, 2006). Kalau dibandingkan dengan Indonesia yang hanya menggunakan Undang-Undang No. 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik dan Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Kedua Undang-undang tersebut tidak secara khusus mengaturnya seperti di Amerika dan Kanada sehingga tidak dapat terjamin secara utuh kerahasiaan Informasi Pasien di sarana pelayanan kesehatan baik khususnya Publik, jadi kedua regulasi tersebut sifatnya umum. Mungkin ini menjadi problema sekaligus sebagai masukan untuk menjadi perhatian serius Pemerintah dalam melindungi Informasi kesehatan pasien yang mengakses sarana pelayanan kesehatan di Unit Rawat Inap Puskesmas.

KESIMPULAN

1. Dimensi Waktu Tunggu Pasien Pelayanan Kesehatan di unit Rawat Inap Puskesmas berhubungan signifikan dengan variabel Klasifikasi Daerah dan Kepesertaan ASKESKIN. Sedangkan variabel yang tidak berhubungan signifikan adalah Usia anggota rumah tangga, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Kawin dan Pekerjaan.
2. Dimensi Kejelasan Informasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan di unit Rawat Inap Puskesmas berhubungan signifikan dengan variabel **usia anggota rumah tangga, pendidikan,** dan klasifikasi daerah. Sedangkan variabel yang tidak berhubungan signifikan adalah jenis kelamin, status kawin, pekerjaan dan kepesertaan ASKESKIN.
3. Dimensi Kerahasiaan Informasi Pasien pada Pelayanan Kesehatan di unit Rawat Inap Puskesmas berhubungan signifikan dengan variabel usia anggota rumah tangga, dan tingkat pendidikan. Sedangkan variabel yang tidak berhubungan signifikan jenis kelamin, status kawin, pekerjaan, klasifikasi daerah dan kepesertaan ASKESKIN.
4. Terdapat diskriminasi pelayanan kesehatan pada pasien ASKESKIN pada dimensi waktu tunggu pasien pelayanan kesehatan di unit rawat inap Puskesmas.

SARAN

1. Melakukan intervensi teknis pada pelaksanaan standar pelayanan rawat inap pada tiga dimensi rawat inap Puskesmas dalam rangka meningkatkan kinerja pelayanan petugas Puskesmas.
2. Melakukan evaluasi kinerja staf pelayanan rawat inap Puskesmas pada dimensi ketanggapan waktu tunggu pasien, kejelasan informasi dan kerahasiaan informasi pelayanan kesehatan.
3. Meredesain pedoman instrumen penilaian kinerja staf pelayanan kesehatan rawat inap Puskesmas pada tiga dimensi yang berbasis fakta (*evidence based*).
4. Melakukan desain prototipe meliputi Sistem Rekam Medis, Sistem Informasi Antrian Pasien (baik rawat jalan dan inap), dan Sistem Informasi Klinik serta mengintegrasikan prototipe tersebut dengan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS).

5. Perlunya kebijakan kesehatan mengenai regulasi dalam bentuk Undang-Undang yang mengatur secara spesifik pengelolaan kerahasiaan informasi pasien dalam pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Buntin MB, Burke MF, Hoaglin MC, Blumenthal D, 2011. The Benefits of Health Information Technology: A Review of the Recent Literature Shows Predominantly Positive Results, *Health Affairs* 30(30): 464–471.
- Badan Litbangkes RI, 2008. Laporan Hasil Riskesdas Indonesia-Tahun 2007; Jakarta.
- Bramesfeld A, Klippel U, Seidel G, Friedrich W, Schwartz, Dierks ML, 2007. How do patients expect the mental health service system to act? Testing the WHO responsiveness concept for its appropriateness in mental health care, *Social Science & Medicine* 65; 880–889.
- College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2006. Confidentiality of Personal Health Information, CPSO, Ontario, Kanada.
- Depkes RI, 2004. Keputusan Menteri Kesehatan No. 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- Depkes RI, 2007. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 949/Menkes/Per/VIII/2007 tentang Kriteria Sarana Pelayanan Kesehatan Terpencil dan Sangat Terpencil.
- Depkes RI, 2008. Profil Kesehatan Indonesia 2007, Depkes RI, Jakarta.
- Eko S, Hasanbasri M, 2006. Utilisasi Sarana Pelayanan Kesehatan (Studi Analisis Data Susenas 2004), KMPK UGM, Yogyakarta.
- Hsu CC, Chen LC, Hu WY, Yip W. dan Shu CC, 2006. The Dimensions of responsiveness of a health system: A Taiwanese perspective, *BMC Public Health*, 6: 72.
- Kumar S, Henseler A, Haukaas D, 2009. HIPAA's effects on US healthcare, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 22(2): 183–197.
- Peltzer K, 2009 Patient experiences and health system responsiveness in South Africa, *BMC Health Services Research* 9: 117–128.
- Setneg RI, 2008. Undang-Undang No. 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik
- Setneg RI, 2009 Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
- Silva de Amala, 2000. A Framework for Measuring Responsiveness, WHO, Geneva.
- Valentine N, Darby C, Bonnel JG, 2008. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of health systems responsiveness in 41 countries, *Social Science & Medicine* 66: 1939–1950.
- Vitrai, Jozsef, 2007. Inequalities in Health System Responsiveness: Joint World Health Survey Report Based on Data from Selected Central European Countries, WHO.
- WHO, 2000. The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, Geneva.