

HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN DAN PROMOSI TERHADAP HASIL PELAYANAN KESEHATAN GIGI MULUT DI BALAI PENGOBATAN GIGI PUSKESMAS DATI II BLORA

Association between service quality and oral and dental health service utilization in primary health centers, Blora District, Central Java - Indonesia

Any Djuwitawati,¹⁾ Ova Emilia,²⁾ Hari Kusnanto,³⁾
¹⁾DKK Dati II Blora

²⁾Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran UGM

³⁾Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM

ABSTRACT

This study is aimed at: (1) discovering factors related to people's preference to utilize dental and oral health care service (Kesgilut) offered by Public Health Centre (*Puskesmas*) in Blora District; (2) finding out factors which hinder and facilitate the quality of such service, and (3) detecting the effects of service quality on service utilization. The primary data was collected using pretested questionnaires to samples selected from 10 Public Health Centres, in which six-days (in a week) clinic services are offered. After the preliminary data have been quantitatively analyzed, testing for their validity and reliability was conducted. The analysis of hypothesis, is executed using factor analysis and linear regression. Statistically, as revealed by the research findings the quality of both the medical service and the promoting measures upon it did not associate with the coverage of patients and the average number of patients per day visiting the clinics nor the ratio between tooth-pulling and toothfilling frequencies. It can be concluded that, both the quality of dental and oral health care services and the promoting measures in Blora District have failed in meeting the customers needs. The promotion of dental and oral health care was perceived as inadequate, although the frequency of such activities reported by the health center was high enough. It is therefore necessary that health care service marketing, as it is essentially required of the dental and oral health care service at the Public Health centre of Blora District, be enhanced.

Key words : Service Quality - Promotion - Marketing - Dental and Oral Health Care

PENGANTAR

Tujuan Pembangunan Kesehatan, sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional adalah tercapainya kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar terwujud derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum. Untuk mencapai tujuan tersebut diselenggarakan upaya kesehatan yang menyeluruh terpadu, merata, yang dapat diterima dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat (GBHN, 1993). Menurut hasil Survei Rumah Tangga Depkes RI tahun 1992 terjadi kecenderungan penyebab kematian yaitu dari penyakit infeksi

ke penyakit non infeksi (degeneratif), antara lain: penyakit jantung, pembuluh darah, kanker. Sedangkan survei Direktorat Kesehatan Gigi, menunjukkan bahwa *caries* gigi dan radang gusi merupakan penyakit gigi dan mulut yang paling banyak terdapat di masyarakat Indonesia, yaitu sekitar 80% dari seluruh penyakit gigi¹.

Program-program kesehatan gigi yang selama ini telah dilaksanakan, belum menjangkau secara efektif dan merata semua lapisan masyarakat², sehingga pelayanan kesehatan gigi dan mulut (Kesgilut) masih belum dimanfaatkan secara optimal. Perlu diteliti faktor-faktor yang

menghambat dan meningkatkan hasil pelayanan kesehatan gigi dan mulut (Kesgilut), antara lain dengan meningkatkan usaha pemasaran kesehatan gigi dan mulut, yang selama ini memang belum dilaksanakan secara optimal di tingkat pusat maupun di daerah terutama dalam hal kualitas pelayanan.

Program Kesgilut di Kabupaten Blora juga masih perlu ditingkatkan, terutama kualitas pelayanan dan promosi yang masih dirasa kurang, agar kesadaran masyarakat akan kebutuhan pelayanan Kesgilut meningkat pula. Hal ini bisa dilihat dari hasil pelayanan Kesgilut di Dati II Blora yang masih rendah atau belum dapat mencapai target. Data tahun 1995 menunjukkan bahwa cakupan pelayanan Kesgilut baru 2% (target 4%), rata-rata jumlah pasien perhari baru 4,5 (target 9 orang perhari) dan rasio tambal cabut baru 0,4 (target 0,5).

Berdasarkan fakta tersebut di atas maka dapat disusun perumusan masalah sebagai berikut: apakah kualitas pelayanan dan promosi Kesgilut mempunyai pengaruh positif terhadap cakupan pelayanan Kesgilut, jumlah kunjungan Kesgilut perhari dan rasio tambal cabut di Kabupaten Blora?

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka perlu dilakukan penelitian dengan tujuan; (1) mengetahui faktor-faktor yang menghambat dan meningkatkan hasil pelayanan Kesgilut; (2) mengetahui pengaruh kualitas pelayanan dan promosi program Kesgilut terhadap peningkatan hasil pelayanan Kesgilut di Kabupaten Blora.

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas yang bertujuan untuk mencapai keadaan kesehatan gigi dan mulut masyarakat yang layak (optimum). Program dilakukan dengan jalan menambah kesadaran dan pengertian masyarakat akan pentingnya pemeliharaan kesehatan gigi, menghilangkan atau mengurangi segala sesuatu yang dapat merugikan kesehatan gigi, yaitu pada dasarnya penanggulangan yang bersifat pencegahan/peningkatan dan pengobatan darurat. Petugas kesehatan gigi (dokter gigi, perawat gigi) selain melakukan usaha penanggulangan yang bersifat pencegahan/peningkatan dalam bentuk pelayanan asuhan, juga usaha yang bersifat pengobatan/pemulihan dan juga perencanaan penanggulangan secara menyeluruh².

Kegiatan UKGMD (Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa) yaitu upaya pelayanan kesehatan gigi pada masyarakat/keluarga terutama upaya kesehatan yang bersifat promotif. Kegiatan tersebut berupa upaya peningkatan, pencegahan, dan pengobatan darurat dengan mengembangkan upaya pelayanan yang bersumber pada otonomitas masyarakat dengan pendekatan lewat Posyandu/PKMD agar masyarakat mau dirujuk ke Puskesmas.⁴

Kegiatan UKGS (Usaha Kesehatan Gigi Sekolah) yaitu upaya Kesehatan Gigi di Lingkungan sekolah terutama Sekolah Tingkat Pendidikan Dasar (STPD) merupakan suatu bentuk promosi program Kesgilut. Pelaksanaannya merupakan paket pelayanan asuhan sistematis yang ditujukan terutama bagi semua anak sekolah tingkat pendidikan dasar, dalam bentuk paket promotif, paket promotif-preventif, paket paripurna sehingga diharapkan dalam pelaksanaan tersebut anak didik dapat dirujuk ke Puskesmas.⁴

Balai Pengobatan (BP) gigi Puskesmas yaitu tempat pelayanan kesehatan gigi pada masyarakat/penderita yang berkunjung ke Puskesmas, bertugas memberikan pelayanan medik dasar kedokteran gigi sesuai dengan kebutuhan, merujuk kasus-kasus yang tidak dapat ditanggulangi ke sarana pelayanan yang lebih mampu, menerima rujukan, memberikan penyuluhan/konsultasi secara individu kepada penderita yang berobat maupun secara kelompok kepada pengunjung Puskesmas, memelihara kebersihan/hygiene klinik, memelihara/merawat peralatan dan obat-obatan, melaksanakan pencatatan/pelaporan.⁴

Hasil kegiatan pelayanan Kesgilut dinilai dengan indikator: (1) cakupan pelayanan, yaitu jumlah penduduk yang mendapat pelayanan kesehatan gigi dan mulut kali 100%, angka standar 4% (2) efektifitas pelayanan, adalah upaya mempertahankan fungsi kunyah yaitu perbandingan antara penambalan gigi tetap dengan pencabutan gigi tetap, target 0,5; (3) kunjungan rawat jalan gigi per hari per tenaga yaitu jumlah kunjungan rawat jalan gigi (baru + lama) dalam satu tahun per jumlah hari kerja efektif, target 9 orang perhari.⁵

Kualitas pelayanan di BP gigi tergantung dari waktu pelayanan (makin singkat makin disukai pasien), tempatnya pelayanan, kelancaran pelayanan, biaya (makin murah makin diminati), penanganan yang efektif.⁶

Pasien memilih pelayanan kesehatan gigi, dengan mempertimbangkan kenyamanan pelayanan, kualitas/ketrampilan pelayanan, biaya promosi/advertensi.⁷ Konsumen atau pasien tidak hanya menilai kualitas pelayanan semata, tetapi juga pada seberapa cepat mereka dilayani, daya tarik lingkungan dan perhatian oleh dokter dan staf yang melayani.⁸ Konsumen pelayanan yang hanya dapat menilai kualitas pelayanan tersebut. Penting untuk digambarkan pengertian akan kualitas pelayanan, yang berbeda sekali antara konsumen dan pemberi perawatan/ pelayanan kesehatan. Perbedaan akan terjadi antara persepsi perawatan kesehatan terhadap apa yang membentuk kualitas pelayanan dan tugas-tugas yang berhubungan dengan penyampaian kualitas pelayanan kepada konsumen.⁹

Salah satu instrumen survei yang mengukur kualitas pelayanan dinamakan *SERVQUAL*, yang mengambil dasar penerapan konsep kesenjangan kualitas pelayanan antara kenyataan dan harapan.¹⁰ Kepuasan pelanggan terhadap kualitas pelayanan dapat ditentukan dengan membandingkan "persepsi" dari pelayanan yang diterima dengan "harapan" terhadap pelayanan yang diberikan. Jika harapan itu terlampaui pelayanan tersebut dirasakan sebagai kualitas yang luar biasa dan juga menjadi kejutan yang menyenangkan. Jika harapan tidak terpenuhi, kualitas pelayanan tersebut dianggap tidak dapat diterima atau mengecewakan konsumen dan jika harapan sama dengan pelayanan yang dirasakan, kualitasnya memuaskan. Harapan ini didasarkan pada berbagai sumber, termasuk berita dari mulut ke mulut, kebutuhan pribadi dan pengalaman yang lalu.

Untuk menilai kualitas pelayanan digunakan 5 Dimensi yaitu: *tangibles* (keadaan yang ada, kenyataan sarana yang ada), *reliability* (dapat dipercaya), *responsiveness* (kepedulian, bertanggung jawab), *assurance* (kepastian/jaminan) dan *emphaty* (perhatian).⁹ Instrumen *SERVQUAL* tadi terdiri dari 22 item, di mana faktor *tangibles* terdiri dari 4 item, *reliability*

terdiri dari 5 item, *responsiveness* terdiri dari 4 item, *assurance* terdiri dari 4 item dan *emphaty* terdiri dari 5 item. Dengan menggunakan 5 dimensi dan 22 item ini, didapatkan konsep kesenjangan kualitas pelayanan antara harapan pelanggan dan persepsi dari pelayanan yang diberikan.

Mengukur kualitas pelayanan merupakan suatu tantangan karena kepuasan pasien ditentukan oleh banyak faktor, majunya teknologi, tingginya biaya dan makin meningkatnya spesialisasi mengakibatkan tingginya harapan pasien, sehingga jika harapan tak terpenuhi akibatnya berupa respon yang negatif dari pasien.⁸ Sedangkan nilai suatu kualitas pelayanan dapat dihitung dengan mengkomputasikan perbedaan-perbedaan antara penilaian yang dilakukan pelanggan berpasangan antara pernyataan harapan dan persepsi. *SERVQUAL* dapat digunakan di dalam studi pemasaran untuk membandingkan suatu pelayanan dengan pelayanan yang diberikan pesaing.

Pemasaran adalah menganalisis, merencanakan, melaksanakan, dan mengontrol program secara seksama, yang dirancang untuk membawa perubahan nilai pada target pasar dengan maksud mencapai tujuan organisasi.¹¹ Perencanaan penawaran yang dititikberatkan pada kebutuhan target pasar juga ditekankan, dan juga penggunaan harga, komunikasi, distribusi, cara memotivasi, dan pelayanan yang efektif. Pemasaran *non profit* (pemasaran sosial) adalah perancangan, implementasi dan pengendalian program yang berupaya meningkatkan penerimaan ide atau perilaku sosial pada kelompok sasaran. Hal ini memerlukan promosi kesehatan, yang saat ini dominan dalam banyak program-program kesehatan, karena jelas bahwa mencegah memang lebih baik dari pada mengobati. Agar promosi kesehatan dapat menjangkau tidak hanya individu atau kelompok tertentu, tetapi juga masyarakat luas, promosi kesehatan membutuhkan suatu kegiatan yang dalam istilah ekonominya disebut pemasaran.¹² Oleh karena yang dipasarkan adalah cara hidup sehat, pandangan-pandangan atau nilai dan bukannya suatu barang, pemasarannya dikenal dengan sebutan pemasaran sosial. Pemasaran sosial juga menggunakan konsep-konsep

segmentasi pasar, riset pasar, komunikasi fasilitas serta insentif dan strategi lainnya untuk meningkatkan kelompok target.¹³

Seperti halnya pemasaran, untuk memasarkan program, ide ataupun perilaku pemasaran sosial juga memperhatikan hal-hal mengenai desain, pelaksanaan dan pemantauan yang mempertimbangkan mengenai perencanaan produk, harga, komunikasi, distribusi dan penelitian atau riset pemasaran yang dapat disebut dengan empat "P" pemasaran atau bauran pemasaran yang terdiri dari *product*, *price*, *place* dan *promotion*.¹⁴ Yang disebut *product*/produk dapat didefinisikan sebagai obyek fisik, pelayanan, orang, tempat, organisasi dan ide. *Price*/harga, yaitu harga yang dihitung dari harga respon perilaku yang diharapkan, harga psikologis, harga sosial dan harga yang dibutuhkan karena waktu dan usaha yang dilakukan. *Place*/tempat adalah tempat untuk mendistribusikan suatu produk tertentu sehingga barang tadi bisa didapatkan. *Promotion*/promosi adalah suatu alat utama untuk melakukan komunikasi persuasif. Promosi dapat merupakan iklan, publikasi, kontak personal, demonstrasi, peragaan, penyuluhan dan pemberian insentif.

Untuk mencapai tujuan pemasaran diperlukan strategi pemasaran yang terdiri dari dua faktor/unsur yaitu unsur terkendali dan unsur di luar kendali.¹⁵ Untuk memenuhi kebutuhan konsumen, diperlukan pengembangan dan penjelasan yang terintegrasi dari keempat unsur pemasaran (bauran pemasaran) yang disebut unsur terkendali, yaitu *product*/produk, *price*/harga, *place*/tempat, *promotion*/promosi; sedangkan unsur di luar kendali dapat berupa: pesaing, lingkungan budaya, peraturan perundang-undangan, instansi dan komunikasi & hubungan masyarakat.

Persaingan/kompetitor adalah penjual produk (jasa/barang) yang dapat terjadi dimana-mana. Pesaing umumnya akan bereaksi terhadap pemasaran yang dilakukan pihak lain. Strategi pesaing di suatu industri atau organisasi apapun, aturan persaingan dipengaruhi lima kekuatan bersaing yaitu: masuknya pesaing baru, ancaman dari produk pengganti (substitusi), kekuatan penawaran (tawar menawar)

pembeli, kekuatan penawaran pemasok dan persaingan diantara pesaing-pesaing yang ada.¹⁶ Namun dengan pelayanan yang baik kita tidak usah khawatir dengan persaingan yang ada.¹⁷

Lingkungan budaya yaitu gaya hidup atau perilaku yang berbeda, sosial budaya yang beraneka ragam dan tradisi konsumen dalam membeli jasa juga berbeda. Lingkungan budaya dapat merupakan kendala bila konsumen berasal dari kalangan etnik yang berbeda dengan pemberi jasa.

Peraturan Perundang-undangan juga mempengaruhi karena berbagai kebijaksanaan atau peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pemasaran produk barang dan jasa termasuk jasa kesehatan banyak memberikan perlindungan terhadap pangsa pasar asal digunakan sesuai ketentuan.

Faktor lain adalah institusi yang berupa badan-badan organisasi profesi atau masyarakat yang mencerminkan kesadaran dan dukungan terhadap hak-hak konsumen (IDI, IBI, Lembaga Konsumen, PKK, Posyandu dan lain-lain).

Komunikasi dan hubungan masyarakat adalah kekuatan dari luar yang sangat mempengaruhi keberhasilan pemasaran, dalam hal ini tergantung kepada kecakapan dalam berkomunikasi. Jika komunikasi tidak efektif, penjual barang jasa tidak dapat meyakinkan konsumen/calon pembeli untuk membeli, sehingga tidak terjadi pertukaran/penjualan. Komunikasi dapat dilaksanakan secara langsung maupun tidak langsung ditunjang dengan media komunikasi yang merupakan alat hubungan masyarakat untuk mendapatkan pengertian dan penerimaan masyarakat terhadap produk yang ditawarkan.

Berdasarkan tinjauan pustaka tersebut di atas dapat dikemukakan kerangka pikir sebagai berikut. implementasi pemasaran Kesgilut dipengaruhi oleh aspek/unsur internal yaitu unsur-unsur terkendali yang berupa bauran pemasaran yang terdiri dari (a) *product*, adalah kualitas pelayanan Kesgilut di Puskesmas, (b) *price*, adalah harga/tarif yang dibutuhkan untuk mendapatkan pelayanan Kesgilut di Puskesmas dan (c) *promotion*, adalah rangkaian kegiatan untuk memberi kesadaran tentang pentingnya



Gambar 1. Skema Kerangka Penelitian

Kesgilut, sehingga masyarakat mau datang untuk memeriksakan giginya di Puskesmas, promosi tadi bisa dilaksanakan di Puskesmas, UKGS, di UKGMD atau ditempat lain, (d) *place*, yaitu tempat/letak dari BP gigi Puskesmas di mana pelayanan Kesgilut dapat diperoleh. Aspek eksternal (pengaruh di luar kendali) yang terdiri dari (a) persaingan/kompetitor yang terdiri dari 5 kekuatan bersaing yaitu ancaman pendatang baru (BP gigi selain BP gigi Puskesmas), ancaman produk pengganti (tukang gigi/tukang pangur), kekuatan penawaran pembeli (tingkat sosial ekonomi masyarakat di daerah itu), kekuatan penawaran pemasok (mudah tidaknya didapat bahan/obat yang diperlukan pada Kesgilut), persaingan antara pesaing-pesaing yang ada: yaitu (a) persaingan antar BP gigi, (b) lingkungan budaya yaitu lingkungan budaya di Kabupaten Blora, (c) peraturan perundang-undangan, yaitu Perda yang ada di Kabupaten Blora (d) Institusi yaitu badan yang bisa memberikan/mengambil tindakan kepada pengelola Kesgilut untuk melindungi pasien Kesgilut, misal: PDGI, IDI, (e) komunikasi dan hubungan masyarakat yaitu persepsi masyarakat dalam menerima penyuluhan Kesgilut, hal ini tergantung tingkat pendidikan masyarakat.

Kedua aspek tersebut akan dihubungkan dengan hasil pelayanan Kesgilut di masyarakat yang berupa cakupan pelayanan Kesgilut, jumlah kunjungan pasien Kesgilut di BP Puskesmas perhari, dan rasio tambal cabut.

Atas dasar hal-hal tersebut di atas maka diajukan hipotesis: (1) Semakin meningkat kualitas pelayanan Kesgilut semakin tinggi hasil pelayanan Kesgilut. (2) Semakin meningkat

promosi Kesgilut semakin tinggi hasil pelayanan Kesgilut.

CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan survei, dengan rancangan penelitian *cross-sectional*. Materi atau bahan penelitian ini adalah semua BP gigi Puskesmas yang buka setiap hari di wilayah Kabupaten Blora, seluruhnya ada 10 puskesmas. Unit analisis adalah BP gigi Puskesmas dengan cakupan pelayanan, jumlah pasien per hari dan rasio tambal cabut sebagai variabel terikat. Pengukuran variabel bebas, yakni kualitas pelayanan dan promosi, dilakukan pada subyek/responden penelitian, yakni pasien BP gigi di semua Puskesmas dengan BP gigi buka tiap hari di Kabupaten Blora yaitu 10 Puskesmas.

Alat penelitian berupa kuesioner terstruktur, dan daftar isian. Penelitian dilakukan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Pengumpulan data variabel bebas dilakukan melalui daftar isian untuk observasi prasarana pelayanan, jenis pelayanan Kesgilut dan sumber daya manusia. Kuesioner terstruktur diberikan kepada responden untuk menilai persepsi atas kualitas pelayanan dan promosi Kesgilut. Data variabel terikat diperoleh berdasarkan data sekunder yang ada di Puskesmas.

Data primer didapat dengan: (1) observasi langsung ke Puskesmas untuk mengetahui kualitas pelayanan Kesgilut yaitu jenis pelayanan, keadaan sarana dan prasarana Kesgilut. Kegiatan observasi ini dicatat sehingga menghasilkan data untuk mendukung hasil survei pengunjung di masing-masing BP gigi

Puskesmas; (2) kuesioner terstruktur untuk penelitian pengunjung BP gigi Puskesmas yang telah diuji coba, dan hasilnya memenuhi syarat validitas tersebut. Analisis bagian total berkisar antara 0,26282-0,67366, dengan nilai minimum 0,26282, kuesioner digunakan untuk mengumpulkan data: identitas responden, data kualitas pelayanan Kesgilut dan data penyuluhan program Kesgilut (promosi), yang berupa 2 buah kuesioner SERVQUAL yang terdiri atas kuesioner, A dan B. Kuesioner A, adalah bagian pernyataan harapan dari pengunjung terhadap BP gigi yang dianggap ideal atau yang diharapkan. Kuesioner B, adalah bagian pernyataan persepsi dari pengunjung terhadap BP gigi tempat mereka mendapatkan pelayanan.

Kuesioner kualitas pelayanan A dan B tadi masing-masing terdiri 30 item, 22 item berisi 5 dimensi yaitu *tangible* (keadaan yang ada) 4 item, *reliability* (dapat dipercaya) 5 item, *responsiveness* (kepedulian) 4 item, *assurance* (jaminan) 4 item dan *emphaty* (perhatian) 5 item dan 8 item mengenai promosi.

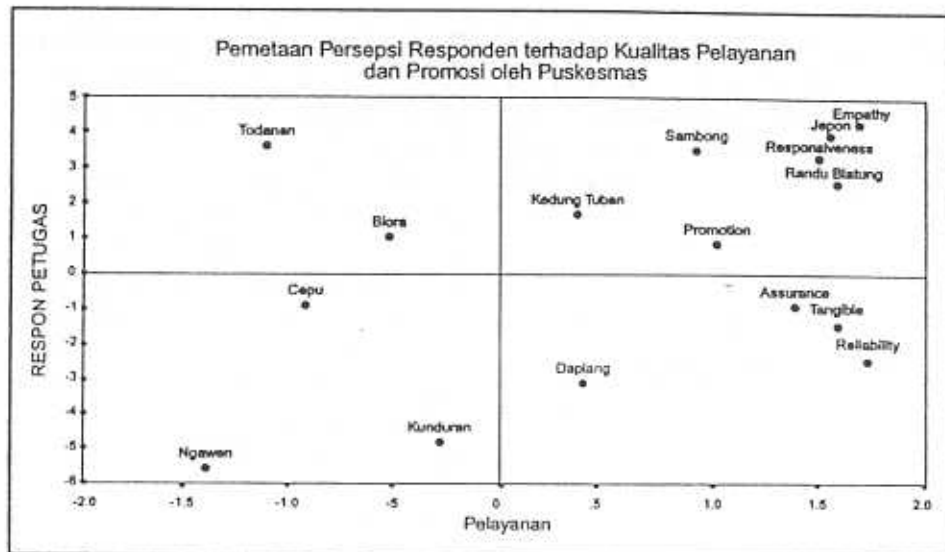
Data sekunder diperoleh dari laporan-laporan program Kesgilut dan notulen maupun dokumen yang ada di Puskesmas dan buku-buku acuan Departemen Kesehatan RI untuk mengetahui faktor-faktor hasil pelayanan Kesgilut yang meliputi cakupan pelayanan Kesgilut, jumlah kunjungan pasien Kesgilut perhari dan rasio tambal dan cabut.

Analisis pengolahan data dilakukan dengan analisis kuantitatif terhadap data primer tadi. Setelah itu dilakukan analisis validitas dan reliabilitas dan pengujian hipotesis dengan analisis regresi ganda terhadap kualitas pelayanan dan promosi pemasaran terhadap hasil pelayanan Kesgilut. Dari hasil penelitian tersebut selanjutnya ditarik kesimpulan melalui analisis berdasarkan hasil observasi dan kuesioner serta dipadukan dengan data sekunder.

Variabel penelitian terdiri dari: (1) Variabel bebas (pengaruh) adalah kualitas pelayanan Kesgilut di BP Gigi Puskesmas dan promosi atau penyuluhan Kesgilut di BP. Gigi Puskesmas, UKGS, UKGMD dan tempat-tempat lain. (2) Variabel terikat (terpengaruh) adalah hasil pelayanan Kesgilut yang terdiri dari cakupan pelayanan Kesgilut, kunjungan rawat jalan gigi perhari dan rasio tambal cabut.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil analisis menunjukkan bahwa dari pertama, analisis situasi diketahui bahwa tenaga, macam pelayanan, sarana dan prasarana di tiap Puskesmas cukup lengkap dan data penyuluhan cukup tinggi, kedua, analisis data umum responden menunjukkan jenis kelamin wanita (47%) dan pria (53%) sedangkan jumlah responden tiap Puskesmas rata-rata lebih dari 30 orang, jenjang pendidikan responden rata-rata SD ke bawah, jenis pekerjaan responden bermacam-macam namun kebanyakan dari kalangan buruh dan dari penghasilan responden perbulan kebanyakan kurang dari Rp 200.000, menurut responden lama menjadi pelanggan kebanyakan didapat kurang dari 1 tahun, ketiga, analisis hasil pelayanan Kesgilut yaitu cakupan pelayanan, jumlah pasien perhari dan rasio tambal cabut menunjukkan bahwa dari 10 Puskesmas, yang mencapai target dapat dikatakan masih kurang, rata-rata semua belum mencapai target, ke-empat, analisis validitas, analisis bagian total berkisar antara 0,26282 - 0,67366, dengan nilai minimum 0,26282 diperoleh probabilitas $P < 0,05$ Analisis reliabilitas kuesioner didapat hasil alpha Cronbach variabel antara 0,59-0,79 berarti reliabilitas cukup memadai. Reliabilitas kuesioner dalam penelitian-penelitian terdahulu setelah dibandingkan dengan penelitian yang sekarang cukup reliabel bila digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan Kesgilut, kelima, pada pemetaan persepsi, dari data hasil penelitian yang didapatkan total mean yang paling tinggi adalah Puskesmas Japon (-3,97, Sd = 4,06), adapun nilai total mean yang rendah adalah Kunduran (24,08, Sd= 14,53) dan Ngawen (-25,89 - Sd = 20,79). Dari *loading* pasca-rotasi bahwa Faktor I memberikan *loading* yang cukup besar pada *tangible*, *reliability* dan *assurance* maka kita sebut faktor pelayanan/kehandalan pelayanan, sedangkan faktor II memberikan *loading* yang cukup besar pada variabel-variabel *responsiveness* dan *emphaty* bisa disebut faktor respon petugas. Variabel promosi dapat dikatakan memiliki *loading* yang cukup besar dan hampir sama dari kedua faktor. Hasil analisis faktor ini kurang representatif bila digunakan untuk



Gambar 3. Pemetaan persepsi responden terhadap kualitas pelayanan dan promosi.

perbandingan antar Puskesmas, oleh karena masing-masing responden hanya menilai satu Puskesmas saja. Pemetaan persepsi terhadap skor faktor pelayanan dan faktor respon petugas untuk masing-masing Puskesmas dilakukan dengan cara merata-rata skor-skor faktor responden menurut Puskesmasnya masing-masing, sehingga dapat diperoleh rerata skor faktor untuk masing-masing Puskesmas (lihat gambar 3).

Penilaian positif diberikan oleh para responden di Puskesmas-puskesmas Randu Blatung, Japon, Kedungtuban dan Sambong, sedangkan Puskesmas-puskesmas yang mendapat penilaian paling buruk adalah Puskesmas Ngawen, Kunduran dan Cepu. Puskesmas-puskesmas yang masih memerlukan beberapa perbaikan agar mendapat penilaian lebih baik dan lebih dekat di hati para respondennya adalah Puskesmas Ngawen, Kunduran dan Cepu, karena selain dianggap kurang 'canggih, pendekatan pribadi yang dilakukan oleh para karyawan Puskesmas-puskesmas tersebut dapat dikatakan masih kurang, keenam, analisis pengaruh kualitas pelayanan dan promosi terhadap hasil pelayanan Kesgilut diperoleh dengan analisis regresi berganda; (a) regresi kualitas pelayanan Kesgilut terhadap cakupan pelayanan menunjukkan bahwa apabila digunakan $\alpha = 0,05$ maka tidak ada satu faktor dengan pengaruh yang bermakna terhadap cakupan pelayanan Kesgilut pada tahun 1996.

Tabel 1
Pengaruh kualitas Pelayanan dan promosi terhadap cakupan pelayanan Kesgilut.

Faktor	Coef B	T	p
Tangible	11,71	1,60	0,36
Reliability	-24,00	-1,75	0,33
Responsiveness	0,99	1,01	0,49
Assurance	15,81	2,05	0,29
Emphaty	4,64	1,53	0,37
Promotion	0,91	1,24	0,43

(b) regresi kualitas pelayanan dan promosi terhadap jumlah pasien per hari menunjukkan bahwa apabila yang digunakan $\alpha = 0,05$ maka juga tidak ada satupun faktor yang bisa mempengaruhi jumlah pasien perhari 1996 (lihat Tabel 2)

Tabel 2
Pengaruh kualitas pelayanan dan promosi Kesgilut terhadap jumlah pasien perhari.

Faktor	Coef B	T	p
Tangible	1,12	-0,65	0,63
Reliability	-2,53	-0,541	0,68
Responsiveness	0,52	0,33	0,74
Assurance	5,80	1,08	0,48
Emphaty	0,51	0,32	0,80
Promotion	0,37	0,86	0,55

Hasil regresi kualitas pelayanan dan promosi terhadap rasio tambal cabut pada tahun 1996 menunjukkan apabila yang digunakan $\alpha = 0,05$ maka tidak ada satupun faktor yang bisa mempengaruhi angka cakupan Kesgilut 1996 (lihat Tabel 3).

Tabel 3
Pengaruh kualitas pelayanan dan promosi terhadap rasio tambal cabut.

Faktor	Coef B	T	P
Tangible	0,00	0,01	0,99
Reliability	-0,17	-1,08	0,47
Responsiveness	0,08	1,19	0,44
Assurance	0,32	2,16	0,27
Emphaty	0,03	-0,40	0,75
Promotion	0,02	-1,05	0,48

Oleh karena itu (1) hipotesis yang menyatakan semakin meningkat kualitas pelayanan Kesgilut akan semakin tinggi hasil pelayanan Kesgilut, secara statistik menurut penelitian di Dati II Blora tidak terbukti karena kemungkinan ada variabel pengganggu atau validitas isi SERVQUAL yang tidak mewakili kualitas Kesgilut secara penuh; (2) hipotesis yang menyatakan semakin meningkat promosi Kesgilut semakin tinggi hasil pelayanan Kesgilut, secara statistik tidak dengan kemungkinan alasan yang sama.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hal-hal di atas, dapat ditarik kesimpulan: (1) kualitas pelayanan Kesgilut yang diukur dengan menggunakan SERVQUAL dapat dikelompokkan dengan analisis faktor menjadi 2: faktor I adalah faktor kualitas pelayanan, faktor II adalah faktor kualitas respons petugas. Faktor I berhubungan dengan cakupan pelayanan dan rasio tambal cabut (walaupun secara statistik tidak bermakna); (2) promosi Kesgilut tidak berhubungan dengan hasil pelayanan Kesgilut (cakupan pelayanan, rerata jumlah pasien per hari rasio tambal-cabut); (3) hasil perseptual *mapping* menunjukkan bahwa kualitas pelayanan dan promosi tidak berhubungan dengan hasil pelayanan Kesgilut. Penilaian yang diberikan oleh pelanggan: (a) penilaian positif adalah Puskesmas Randublatung, Jepon, Kedungtuban, Sambong; (b) penilaian positif faktor I adalah: Puskesmas

Doplang; (c) penilaian positif faktor II adalah: Puskesmas Blora, Todanan; (d) penilaian kurang adalah: Puskesmas Cepu, Kunduran, Ngawen.

Dari penelitian ini dapat disarankan sebagai berikut: (1) karena berdasarkan data penelitian, total mean tiap BP gigi Puskesmas dari persepsi atas variabel promosi Kesgilut amat rendah (pada hal data sekunder Puskesmas menunjukkan frekuensinya rata-rata cukup tinggi), maka efektifitas promosi Kesgilut sangat perlu ditingkatkan, dengan sasaran yang lebih terfokus, pesan yang mengena dan teknologi atau media yang efektif. (2) karena dari data hasil pelayanan Kesgilut di Puskesmas di dapat rata-rata belum memenuhi target, maka perlu dilakukan penelitian atas faktor-faktor pemasaran yang lain, misalnya akses atau tempat pelayanan dan tarip pelayanan, disamping identifikasi kebutuhan dan permintaan pasien.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan RI., 1994. Rencana Pembangunan Lima Tahun ke Enam Bidang Kesehatan 1994/1995-1998/1999, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
2. Departemen Kesehatan RI., 1993a. Pola ketenagaan. Pedoman Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Gigi di Puskesmas, Direktorat Kesehatan gigi, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
3. Departemen Kesehatan RI., 1993b. Keadaan dan masalah kesehatan gigi dan mulut. Pedoman penyelenggaraan Upaya Pelayanan Kesehatan gigi di Puskesmas, Direktorat Kesehatan Gigi Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
4. Departemen Kesehatan RI., 1993c. Penyelenggara program kesehatan gigi dan mulut. Pedoman Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Gigi di Puskesmas, Direktorat Kesehatan Gigi Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
5. Departemen Kesehatan RI., 1992. Upaya kesehatan gigi dan mulut. Profil Kesehatan-Gigi dan Mulut di Indonesia tahun 1990, Direktorat Kesehatan gigi, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
6. Gopalakrishna, P., Mummalaneni, V., 1993. Influencing satisfaction for dental services. *Journal of Health Care Marketing*. 13, 1, 0737 - 3252.

7. Bush, R.P., 1992. Retail versus privat dental practises: Do the patients differ?. *Journal of Health Care Marketing*. 12,1, 0737-3252.
8. Henthorne, B.H., Henthorne, T.L., 1994. The fornished image: Anticipating and minimizing the impact of negative publicity in health services organization. *Journal of Consumer Merketing*. 11, 3, 0736-3761.
9. Parasuraman, A., Zeithamal, V.A., Berry, L.L., 1985. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Retailing*. 64, 1, 12-40.
10. Fitzsimmons, J.A., Fitzsimmons, M.J., 1994. *Service quality. Service Management for Competitive Advantage*. Exclusive rights by Mc.Graw Hill Book Co, Singapore.
11. Kotler, P., Andreasen, A.R., (terjemahan Emilia O.), 1995a. Pemasaran dalam lingkungan nirlaba. *Strategi Pemasaran Untuk Organisasi Nirlaba*, (Strategic Marketing for Nonprofit Organization), Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
12. Kotler, P., Andreasen, A.R., (terjemahan Emilia O.), 1995b. Falsafah pemasaran. *Strategi pemasaran untuk organisasi nirlaba*, (Strategic Marketing for Nonprofit Organization), Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
13. Kotler, P., Andreasen, A.R., (terjemahan Emilia O.), 1995c. Proses perencanaan pemasaran strategis. *Strategi pemasaran untuk organisasi nirlaba*, (Strategic Marketing for Nonprofit Organization), Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
14. Kotler, P., Andreasen, A.R., (terjemahan Emilia O.), 1995d. Riset pemasaran. *Strategi pemasaran untuk organisasi nirlaba*, (Strategic Marketing for Nonprofit Organization), Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
15. Aryoso, S., 1993. *Unsur pemasaran. Konsep pemasaran sosial*, Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai Departemen Kesehatan RI, Jakarta.