

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang.

Krisis moneter telah melanda Indonesia sejak tahun 1998 yang berlanjut dengan krisis ekonomi, krisis politik dan krisis sosial. Dampak dari semua krisis itu sangat berpengaruh kepada kondisi sosial ekonomi seperti penurunan tingkat pendapatan dan naiknya angka pengangguran sehingga mengakibatkan turunnya daya beli masyarakat secara drastis khususnya untuk mengkonsumsi komoditas dengan komponen impor yang kini telah semakin meluas dipasaran Indonesia. Biaya pelayanan kesehatan yang meningkat dari tahun ke tahun ditingkat nasional juga dipengaruhi oleh krisis moneter, keadaan tersebut semakin membuat beban dan memperkecil peluang masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan pengobatan yang memadai dan bermutu khususnya masyarakat dengan tingkat ekonomi lemah baik di desa maupun di kota.

Untuk menolong mereka yang termasuk dalam keluarga miskin, maka sejak bulan oktober 1998, pemerintah telah meluncurkan program JPS-BK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan). Program ini merupakan kegiatan yang bersifat penyelamatan untuk mempertahankan atau kalau memungkinkan meningkatkan status kesehatan anggota keluarga miskin (GAKIN), yang

Pada satu sisi pemberian subsidi berupa pembebasan biaya pelayanan kesehatan seperti program JPS-BK dapat meningkatkan kepuasan pasien (Murti, 1998). Akan tetapi disisi lain, dampak negatif pelayanan kesehatan terkendali seperti yang diberikan dalam program JPS-BK adalah menurunnya kesediaan penyedia pelayanan yang memberikan pelayanan dibawah standar normal, ancaman terhadap kualitas pelayanan dan pembatasan terhadap pencari jasa (Susilowati, 1999).

Salah satu indikator derajat kesehatan masyarakat adalah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Pada saat ini AKI dan ABI di Indonesia masih sangat tinggi. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1994 dan tahun 1997 menunjukkan bahwa terdapat penurunan AKI sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup. Dalam kurun waktu tersebut hanya terdapat sedikit penurunan AKI tiap tahunnya. Sedangkan AKB menurut perkiraan SDKI tahun 1997 adalah 25 per 1.000 kelahiran hidup. Meskipun telah terdapat penurunan AKB yang bermakna, namun AKB ini masih tergolong tinggi (Departemen Kesehatan RI, 2000).

Jika dibandingkan dengan negara lain yang ada di ASEAN, Indonesia mempunyai AKI yang paling tinggi. AKI di Indonesia adalah 15 kali AKI di Malaysia, 10 kali lebih tinggi dari pada Thailand dan 5 kali lebih tinggi dari pada Filipina (Saifuddin, *et al*, 2000). Hatta (2004) hal ini disebabkan oleh rendahnya kesejahteraan tingkat sosial-ekonomi dan pendidikan ibu hamil dan keluarganya. Dua hal ini memicu faktor penyebab tidak langsung kematian ibu berupa 3

tindakan medis) dan 4 terlalu (usia terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan, dan terlalu banyak anak).

Makin tingginya angka kematian ibu sangat erat hubungannya dengan keadaan ibu diwaktu hamil. Ibu-ibu hamil dengan resiko tinggi disertai dengan komplikasi kehamilan dan persalinan, kurang gizi, dan infeksi merupakan penyebab morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Keadaan ini diperberat oleh keadaan sosial ekonomi yang rendah dan rendahnya pelayanan kesehatan dalam jangkauan maupun mutu pelayanan terutama terhadap ibu hamil (Odang, *et al*, 1998).

Angka kematian ibu merupakan barometer pelayanan kesehatan ibu disuatu negara. Bila AKI masih tinggi berarti pelayanan kesehatan ibu belum baik. Sebaliknya bila AKI rendah berarti pelayanan kesehatan ibu sudah baik. Pengalaman di negara maju dan berkembang, menunjukkan intervensi medik dapat menurunkan AKI sampai dengan 50%. Tapi dalam jangka panjang kombinasi antara pendidikan dan status perempuan, peningkatan gizi, serta KB mempunyai dampak yang paling besar dalam menurunkan AKI (Affandi dalam Saifuddin, *et al*, 2000).

Angka Kematian Ibu di Indonesia bervariasi dan yang paling rendah yaitu 130 per 100.000 kelahiran hidup di Jogjakarta, 490 per 100.000 kelahiran hidup di Jawa Barat, sampai yang paling tinggi yaitu 1.340 per 100.000 kelahiran hidup di NTB. Variasi ini antara lain disebabkan oleh perbedaan norma, nilai, lingkungan

paling penting lainnya adalah perbedaan kualitas pelayanan kesehatan pada setiap tingkat pelayanan (Saifuddin, *et al*, 2000).

Kesehatan dan kelangsungan hidup ibu dan perinatal sangat dipengaruhi oleh pelbagai faktor sosial budaya. Ketidaktahuan ibu hamil, suami dan keluarga tentang pentingnya pelayanan antenatal, pertolongan persalinan oleh tenaga terampil, persiapan persalinan dan kegawatdaruratan merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan ibu dan perinatal. Secara umum, pemanfaatan pelayanan ibu dan perinatal yang tidak merata sangat erat hubungannya dengan kemiskinan, pendidikan, faktor geografis dan pembangunan sosial. Kaum ibu yang miskin dan tidak berpendidikan mengalami kesulitan khusus dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, karena keterbatasan biaya dan ketidaktahuan. Pemanfaatan sistem rujukan juga masih kurang antara lain juga karena rendahnya pengetahuan ibu hamil dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas (saifuddin, *et al*, 2002).

Keadaan obstetri di Indonesia sangat dipengaruhi oleh keadaan sosial, antara lain faktor ekonomi yang sangat berpengaruh misalnya lingkungan, pada pelayanan dan fasilitas kesehatan, pengetahuan umum yang masih sangat sederhana dan kepercayaan pada takhayul dan kejadian yang ajaib masih kuat, ciri-ciri ibu yang mengandung dan melahirkan yang kurang menguntungkan, kesehatan umum yang masih kurang, grandemultipara dan ibu dengan usia lanjut yang masih banyak, sehingga presentase "*high risk pregnancies*" dengan sendirinya masih tinggi; atau dukun yang masih memegang peranan penting

bagaimana memberikan pelayanan obstetri pada ibu-ibu di desa (Sastrawinata dalam Martadisoebrata, 1982).

Pada saat ini pelayanan obstetri terutama ditujukan pada peristiwa persalinan saja yang dianggap peristiwa paling penting, sedangkan peristiwa sebelum dan sesudahnya tidak banyak mendapat perhatian. Persalinan hanya merupakan puncak dari rangkaian peristiwa proses reproduksi manusia. Untuk mendapatkan hasil yang baik perlu dilakukan pemeriksaan hamil (*prenatal care*) dan pemeriksaan setelah persalinan (*postnatal care*). Banyak penyulit-penyulit sewaktu hamil dengan pengawasan yang baik dan bermutu dapat diobati dan dicegah, sehingga persalinan berjalan mudah dan normal (Mochtar, 1992).

Kabupaten Bantul adalah kabupaten yang tertinggi angka kematian ibu (AKI) melahirkan dipropinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu tahun 2000 sebanyak 15 kematian, tahun 2001 sebanyak 13 kematian, tahun 2002 sebanyak 15 kematian dan tahun 2003 menurun menjadi 10 kematian ibu. Untuk tahun 2004, selama bulan Januari sampai Juni sudah ada 3 orang kematian ibu karena melahirkan. Di kecamatan Kasihan sendiri yang merupakan wilayah di Kabupaten Bantul, pada tahun 2002 terdapat 3 kematian ibu dan pada tahun 2003 tidak terdapat kematian ibu (Data AMP Puskesmas Kasihan II, 2004).

Kematian ibu di Kabupaten Bantul disebabkan tidak hanya karena keterlambatan ke tempat pelayanan sehingga terjadi perdarahan, tetapi juga disebabkan oleh faktor lain yang mengiringi kehamilan ibu, yaitu ibu mempunyai penyakit tertentu sehingga kehamilannya beresiko tinggi, faktor keterlambatan

faktor lingkungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil yang sangat penting sebagai penyebab kematian ibu. Pemerintah Kabupaten Bantul mempunyai kebijakan untuk akselerasi penurunan AKI dan AKB yang memberikan keringanan bagi ibu hamil yang berobat ke Puskesmas dengan tidak dikenakan biaya serta secara rutin diberikan tablet Fe bermerek (Data Puskesmas Kasihan II, 2004).

Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan terdepan dan terdekat dengan masyarakat menjadi tumpuan masyarakat atas pelayanan kesehatan yang bermutu dan yang dapat menjamin kepuasan. Pelayanan kesehatan yang bermutu tidak terlepas dari keseriusan pemberi pelayanan akan kepuasan pasien. Untuk itu, maka peran serta aparat kesehatan sangat diperlukan dengan memaksimalkan jasa pelayanan dan pengelolaan kesehatan. Pengelolaan pelayanan kesehatan yang berkualitas dirasakan sebagai kebutuhan yang perlu diperhatikan karena kegiatan pelayanan kesehatan bukan hanya kegiatan yang melakukan kegiatan rutin semata tetapi juga harus ada ketanggapan petugas untuk mengerti kebutuhan dan keinginan pasien. Disamping itu, kualitas pelayanan kesehatan juga terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan kesehatan yang diberikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta sesuai dengan prosedur pelayanan yang berlaku.

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan senantiasa dituntut oleh konsumen (*health consumers*), pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*)

senantiasa mengharapkan peningkatan kualitas pelayanan seperti memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, kecepatan dan ketepatan pelayanan.

Kepuasan pasien merupakan keseimbangan antara harapan, persepsi dan yang dialami sehingga dapat terpenuhi harapan-harapan pasien dari pihak penyedia pelayanan kesehatan. Pasien akhir-akhir ini menuntut pelayanan yang lebih bermutu karena mereka menganggap kepuasan adalah hak yang harus mereka terima.

B. Perumusan masalah.

Seberapa besar tingkat kepuasan peserta bebas biaya ANC terhadap pelayanan ANC di Puskesmas Kasihan II Bantul ditinjau dari kualitas kinerja atau pelayanan yang dialami dan dirasakan oleh ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan disana?

C. Tujuan penelitian.

Adapun tujuan dilakukannya penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui tingkat kepuasan peserta bebas biaya ANC terhadap kualitas pelayanan ANC di Puskesmas Kasihan II Bantul.
2. Untuk mengetahui sejauh mana minat keluarga miskin terhadap program bebas biaya ANC.
3. Untuk mengetahui tingkat keberhasilan program bebas biaya ANC.

.....

D. Manfaat penelitian.

1. Wadah memperdalam ilmu pengetahuan tentang kesehatan terutama mengenai ANC dan diterapkan dalam bentuk KTI.
2. Sebagai bahan pertimbangan bagi Puskesmas untuk meningkatkan pelayanan.
3. Sebagai bahan penelitian lain di bidang kesehatan.