

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Dalam Sistem Program Kesehatan Nasional (SKN) disebutkan bahwa tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar terwujud derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum. Dalam rangka mewujudkan tujuan tersebut dilakukan upaya kesehatan yang terpadu, menyeluruh, dan merata yang dapat diterima dan terjangkau oleh seluruh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat (DepKes RI, 2004).

Sampai saat ini telah banyak fasilitas pelayanan kesehatan yang dibangun pemerintah, dan pembangunan fisik ini sedikit banyak telah memberikan sumbangan terhadap meningkatnya status kesehatan (Littik, 2008). Salah satu program pemerintah dalam peningkatan derajat kesehatan adalah mendirikan Puskesmas. Puskesmas yang mulai diperkenalkan sejak tahun 1968, telah berandil besar dalam usaha pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan nasional, seperti menurunkan angka kematian Ibu dan anak serta meningkatkan umur harapan hidup (DepKes RI, 2004).

Keberadaan Puskesmas saat ini telah merata diseluruh pelosok negeri. Menurut data KemenKes RI (2012), jumlah Puskesmas di Indonesia pada tahun 2011 berjumlah 9321 unit, dan Puskesmas yang dilengkapi dengan layanan rawat inap berjumlah 3025 unit. Data DinKes Jawa Tengah (2011),

menunjukkan pada tahun 2011 jumlah Puskesmas di Jawa Tengah berjumlah 867 Puskesmas termasuk 291 Puskesmas rawat inap.

Pelayanan Puskesmas meliputi upaya peningkatan kesehatan, pencegahan, dan penyembuhan. Peran dan fungsi Puskesmas yaitu sebagai penyelenggara upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap individu agar memperoleh derajat kesehatan yang optimal (Depkes RI, 2003).

Pendirian Puskesmas yang merata diseluruh pelosok negeri dimaksudkan untuk menjadi pusat pelayanan kesehatan yang terjangkau dan memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu, kepada masyarakat yang berada di wilayah kerja tertentu (Muninjaya, 1999). Oleh karena itu, keberadaan Puskesmas dimaksudkan agar cakupan pelayanan kesehatan mampu dijangkau seluruh penduduk khususnya penduduk miskin di Indonesia. Hal ini terlihat dalam data DinKes Jawa Tengah yang menunjukkan sebagian besar pengunjung Puskesmas adalah masyarakat miskin, yaitu sekitar 57,17% dari keseluruhan pengunjung Puskesmas.

Biaya pengobatan serta jarak yang terjangkau, seharusnya menjadikan Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat I yang utama bagi masyarakat. Namun data Susenas tahun 2007 seperti yang dikutip Bappenas (2008), menyebutkan hanya 33% penduduk sakit di Indonesia yang memanfaatkan pelayanan Puskesmas untuk berobat. Angka ini menunjukkan jika pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat kurang optimal. Bahkan pada penelitian yang dilakukan Tombi *et al* (2011), salah satu Puskesmas rawat inap

di Kota Manado mengalami penurunan hingga 30%. Permasalahan yang sama terjadi pada Puskesmas Poncol, dimana angka kunjungan pasien rawat jalan dalam periode 2009-2011 menurun sekitar 7000 kunjungan (Hasbi, 2012). Hal ini dapat menunjukkan telah terjadi penurunan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Terdapat banyak faktor yang menyebabkan penurunan pemanfaatan Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan di wilayah kerja tertentu. Andersen (1995) mengatakan jika pemanfaatan fasilitas kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor. Faktor pertama adalah faktor predisposisi yang meliputi, umur, jenis kelamin, pengetahuan dan tingkat pendidikan, nilai, dan persepsi. Faktor selanjutnya adalah faktor *enabling* (pemungkin) yang meliputi karakteristik sosial, dan komunitas. Faktor yang terakhir adalah faktor kebutuhan, yang berupa keseriusan penyakit.

Pendapat lainnya disampaikan oleh Notoadmodjo (2007), yang mengutip teori perilaku Green, terdapat tiga faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian bantuan kesehatan. Faktor pertama adalah *predisposing factors*, seperti, sikap, persepsi, pengetahuan, agama, dan pendidikan. Faktor selanjutnya adalah faktor pendukung seperti tingkat pendapatan, tersedianya sarana kesehatan dan pekerjaan. Faktor terakhir adalah faktor pendorong seperti dukungan sosial.

Persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan kesehatan merupakan tolok ukur tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dan dapat menimbulkan kepuasan pasien. Hasbi (2012), dalam kesimpulan penelitiannya menyebutkan

jika persepsi mutu pelayanan kesehatan berhubungan secara positif dengan pemanfaatan Puskesmas.

Selain persepsi kualitas pelayanan, karakteristik sosial ekonomi merupakan salah satu faktor *enabling* yang menyebabkan perilaku pemanfaatan kesehatan (Andersen, 1995). Andersen melanjutkan, karakteristik sosial ekonomi terdiri dari tingkat penghasilan, ukuran keluarga, jarak tempuh menuju pelayanan kesehatan, dan kepemilikan *health insurance*.

Menurut Nursing Research Unit (NRU) (2004) yang mengutip pendapat Muller, menyatakan jika tingkat penghasilan selalu diikuti dengan pemanfaatan kesehatan yang lebih tinggi dibanding individu berpenghasilan rendah. Ukuran keluarga yang lebih dari 4 orang cenderung tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan. Jarak tempuh merupakan salah satu variabel sosial ekonomi yang mempengaruhi kunjungan ke pelayanan kesehatan. Riset kesehatan dasar (Rikesda) (2007) menemukan Posyandu dan Polindes sebagai sarana kesehatan yang paling sering dikunjungi masyarakat. Posyandu dan Polindes merupakan sarana pelayanan kesehatan yang terdapat di setiap desa, sehingga akses jarak sangat dekat. *Health insurance* atau Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK), merupakan alternatif pengguna sarana kesehatan untuk mempermudah aspek ekonomi mendapatkan pelayanan yang berkualitas (Littik, 2008).

Survey data awal sebagai studi pendahuluan yang diperoleh dari data KemenKes RI (2012) tercatat pada tahun 2011 Kabupaten Cilacap memiliki 38 Puskesmas yang terdiri dari 25 Puskesmas non perawatan dan 13 Puskesmas perawatan dimana salah satunya adalah Puskesmas Wanareja 1..

Masyarakat yang berada di wilayah Cilacap Barat masih belum memaksimalkan pelayanan rawat inap yang disediakan Puskesmas Wanareja I. Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu staf Puskesmas Wanareja I, masyarakat cenderung lebih memilih rumah sakit umum sebagai tempat rawat inap. Puskesmas dianggap sebagai sarana kesehatan yang kurang lengkap dan dianggap tidak menyediakan pelayanan seperti di rumah sakit. Hal ini dibuktikan dengan rendahnya nilai *Bed Occupancy Rate* (BOR) Puskesmas yang hanya mencapai 25% per tiga bulan. Sebaliknya angka BOR RSUD Majenang sebagai RSUD terdekat dengan Puskesmas Wanareja I pada tahun 2012 tercatat peningkatan BOR mencapai 120%, yang normalnya hanya 60-80% untuk tiap rumah sakit (DinKes Jateng, 2011).

Berdasarkan survey data awal didapatkan fenomena rendahnya pemanfaatan pelayanan rawat inap Puskesmas Wanareja I, yang ditunjukkan dengan rendahnya nilai BOR Puskesmas. Persepsi terhadap pelayanan kesehatan dan karakteristik sosial ekonomi merupakan faktor yang penting dalam mempengaruhi pemanfaatan sarana kesehatan.

Berdasarkan fenomena tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan persepsi kualitas pelayanan kesehatan dan karakteristik sosial ekonomi dengan pemanfaatan rawat inap di Puskesmas Wanareja I”.



## **B. Perumusan Masalah**

Masyarakat di wilayah Cilacap Barat masih belum memaksimalkan layanan rawat inap di Puskesmas Wanareja I. Hal ini dibuktikan dengan BOR rawat inap Puskesmas Wanareja I yang rendah yaitu 25% per tiga bulan. Faktor persepsi terhadap pelayanan kesehatan dan karakteristik sosial ekonomi masyarakat wilayah kerja Puskesmas Wanareja I kemungkinan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan rawat inap yang disediakan Puskesmas. Berdasarkan latar belakang masalah yang sudah dikemukakan di atas, maka peneliti merumuskan masalah sebagai berikut : *“apakah ada hubungan antara persepsi kualitas pelayanan kesehatan dan karakteristik sosial ekonomi dengan pemanfaatan rawat inap di Puskesmas Wanareja I?”*

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Umum**

Untuk mengetahui dan membuktikan adanya hubungan antara persepsi kualitas pelayanan kesehatan dan karakteristik sosial ekonomi dengan pemanfaatan rawat inap di Puskesmas Wanareja I

### **2. Khusus :**

- a. Mengidentifikasi persepsi responden terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wanareja I.
- b. Mengidentifikasi karakteristik Sosial Ekonomi Responden.
- c. Mengidentifikasi pemanfaatan rawat inap Puskesmas Wanareja I.

- d. Menganalisa adanya hubungan antara persepsi kualitas pelayanan kesehatan dan karakteristik sosial ekonomi dengan pemanfaatan rawat inap di Puskesmas Wanareja I.
- e. Menganalisa adanya variabel paling yang berhubungan dengan pemanfaatan rawat inap Puskesmas Wanareja I.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Peneliti**

Peneliti dapat mengembangkan ilmu yang ada sebagai bentuk penerapan/aplikasi dari ilmu pengetahuan yang telah diperoleh di dalam bangku perkuliahan dalam pemecahan masalah kesehatan yang ada di masyarakat.

##### **2. Bagi Masyarakat**

Masyarakat dapat mengetahui gambaran umum serta dapat membuka wawasan baru tentang pelayanan kesehatan di Puskesmas pada umumnya dan Puskesmas Wanareja I pada khususnya.

##### **3. Bagi Puskesmas**

Menjadi bahan acuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan agar menjadi pusat pelayanan kesehatan strata I yang dapat memberikan pelayanan rawat inap dan rawat jalan yang berkualitas dan sesuai dengan harapan seluruh pengguna Puskesmas Wanareja I.

#### 4. Bagi Instansi Pendidikan

Dapat menjadi referensi baru untuk dapat digunakan sebagai acuan penelitian selanjutnya.

#### E. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang hubungan antara persepsi kualitas pelayanan dan karakteristik sosial ekonomi dengan pemanfaatan rawat inap Puskesmas Wanareja I belum pernah dilakukan. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasional, dengan rancangan penelitian *Crossectional Study*. Adapun beberapa penelitian yang terkait dengan penelitian ini adalah sebagai berikut :

Penelitian yang dilakukan Zulikhfan (2004), yang bertujuan untuk mengetahui beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi pemulung Namo Bintang. Penelitian ini merupakan penelitian *survey explanatory*, dengan metode pengambilan sampling menggunakan *random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan ukuran keluarga dan keseriusan penyakit merupakan faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, karena kedua variabel tersebut memiliki nilai *p-value* < 0,05. Persamaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah persamaan beberapa variabel bebas penelitian. Perbedaannya terletak pada jenis penelitian, jumlah sampel, populasi, variabel terikat, dan metode pengambilan sampel.

Penelitian selanjutnya yang terkait dengan penelitian adalah penelitian yang dilakukan Littik (2008). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui



hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dan akses pelayanan kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Penelitian ini merupakan penelitian survey data sekunder, dengan desain Cross sectional. Metode analisis yang digunakan adalah *adjusted Wald test*. Sampel penelitian adalah semua individu yang menjadi sampel Susenas 2004. Hasil penelitian menunjukkan kepemilikan JPK tidak berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan adalah salah satu variabel bebas dan variabel terikat, dan rancangan penelitian. Perbedaannya adalah sumber data, jumlah sampel, dan metode analisis.

Penelitian Anggraeni dan Rohmani (2012) merupakan penelitian terkait selanjutnya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan kepuasan pasien dengan minat pasien dalam pemanfaatan ulang pelayanan kesehatan pada praktek dokter keluarga di Klinik Sayung Husada. Metode penelitian survei deskriptif dengan menggunakan kuesioner yang disebarakan kepada sampel terpilih dengan random sampling yang dilakukan di Klinik Sayung Husada, Sayung, Demak. Jumlah sampel 97 orang. Dari hasil uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara kepuasan pelayanan Dokter, pelayanan perawat, pelayanan sarana dengan kembali berkunjung ke Klinik Dokter Keluarga. Persamaan penelitian adalah variabel terikat, dan metode analisa. Perbedaannya adalah perbedaan tempat penelitian, variabel bebas, pengambilan sampel, dan jenis penelitian.