

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Status kesehatan masyarakat merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan nasional. Kesehatan adalah investasi untuk mendapatkan penghidupan yang lebih baik dan menjadi hak asasi manusia, sehingga tidak sepatutnya kendala sosial-ekonomi menjadi halangan bagi seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Konsep *health for All* (sehat bagi semua) yang dicanangkan WHO (*World Health Organization*-Badan Kesehatan Dunia) mengandung makna adanya keadilan dan pemerataan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat tanpa kecuali. Konsep ini kemudian menjadi dorongan bagi banyak negara di dunia untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Hal itu sesuai dengan visi pembangunan kesehatan yang dirumuskan sebagai Indonesia sehat 2010 (Yulianti, 2006).

Sejak ditetapkan Visi Indonesia Sehat 2010 telah banyak kemajuan yang dicapai. Akan tetapi kemajuan-kemajuan itu tampaknya masih jauh dari target yang ingin dicapai. Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka kematian Bayi (AKB) menunjukkan masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan, demikian juga dengan tingginya angka kesakitan yang ditandai dengan munculnya kembali berbagai penyakit seperti malaria, tuberkulosis paru serta merebaknya juga penyakit baru yang bersifat pandemik seperti HIV/AIDS, SARS dan flu

burung, serta belum hilangnya penyakit-penyakit endemis seperti diare dan demam berdarah. Keadaan ini diperparah dengan timbulnya berbagai bencana alam yang dalam kurun waktu terakhir sering menimpa negeri ini. Sementara itu kesehatan sebagai hak azasi manusia ternyata masih belum menjadi milik setiap manusia karena berbagai kendala seperti geografis, sosiologis dan budaya. Dengan menyimak kenyataan tersebut kiranya diperlukan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia (Depkes, 2008).

Sehubungan dengan hal tersebut, Pemerintah melalui Departemen Kesehatan telah menetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 dengan sasaran yang harus dicapai oleh pembangunan kesehatan adalah :

1. Meningkatkan umur harapan hidup menjadi 71 tahun.
2. Menurunkan angka kematian bayi menjadi 24/1000 kelahiran hidup.
3. Menurunkan angka kematian ibu melahirkan menjadi 102/100.000 kelahiran hidup.
4. Menurunkan prevelensi gizi kurang pada anak balita menjadi 15% (Kemenkes RI, 2012).

Dengan telah ditetapkannya sasaran pembangunan kesehatan di Indonesia maka Departemen Kesehatan juga telah menyusun 4 strategi utama yaitu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, meningkatkan sistem surveilans, melakukan monitoring dan informasi kesehatan serta

meningkatkan pembiayaan kesehatan. Langkah nyata untuk mewujudkan strategi tersebut maka telah diusulkan suatu kebijakan adanya Program Desa Siaga di Seluruh Indonesia (Depkes, 2008).

Pengembangan Desa Siaga mencakup upaya untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa serta memandirikan masyarakat dalam mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat di wilayahnya. Cakupan Desa siaga sendiri terdiri atas desa/kelurahan siaga aktif srata pratama, madya, purnama dan mandiri. Desa siaga aktif di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2011 telah mencapai 100% dan semua kabupaten/kota se Jawa Tengah telah mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM). Pencapaian cakupan selama tiga tahun terakhir menunjukkan peningkatan yaitu dari 60,38% pada tahun 2009 menjadi 79,02% tahun 2010, dan pada tahun 2011 mencapai 100% (Dinkes Jateng, 2012).

Kriteria Desa Siaga adalah apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Poliklinik Kesehatan Desa atau yang kemudian disingkat menjadi PKD. Dengan adanya PKD sebagai pelayanan kesehatan pertama yang tersentuh oleh tenaga kesehatan profesional diharapkan akan mampu membantu menyelesaikan permasalahan kesehatan pada masyarakat, terutama pada masalah tingginya Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI), angka kesakitan, angka kematian akibat komplikasi obstetric atau akibat lainnya dengan mengatasi kesenjangan geografis, sosial budaya, ekonomi, dan kesenjangan dalam memperoleh pelayanan rujukan. Begitu pentingnya peran PKD di masyarakat, terkadang tidak diimbangi dengan kualitas pelayanan yang diberikan kepada

masyarakat. (Ekowati, 2008).

Oleh karena itu PKD sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat khususnya masyarakat pedesaan harus memiliki kualitas pelayanan yang baik. Dan apabila pelayanan kesehatan belum sesuai dengan harapan pasien, maka diharapkan menjadi masukan bagi organisasi pelayanan kesehatan agar berupaya memenuhinya. Jika kinerja pelayanan kesehatan yang diperoleh pasien pada suatu instansi pelayanan kesehatan sesuai dengan harapannya, maka pasien akan selalu datang berobat ke instansi pelayanan kesehatan tersebut.

Hertiana (2009) menyatakan keberhasilan yang diperoleh oleh suatu pelayanan kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanannya sangat berhubungan erat dengan kepuasan pasien. Oleh sebab itu suatu pelayanan kesehatan perlu menganalisis sejauh mana kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Menurut Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1990) dalam Muninjaya (2011) menyatakan bahwa ada lima dimensi untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan, yaitu *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (ketanggapan), *assurance* (jaminan), *empathy* (empati) dan *tangible* (bukti fisik).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, pada tahun 2011 jumlah PKD di Kabupaten Banyumas sebanyak 159, dan di wilayah kerja Puskesmas I Kembaran sendiri terdapat 8 PKD yaitu PKD Tambaksari, PKD Bantarwuni, PKD Dukuh Waluh, PKD Karangsoka, PKD Karangsari, PKD Kembaran, PKD Purbadana, PKD Linggasari. Masing-masing PKD tersebut dikelola oleh seorang bidan desa.

Tabel 1.1 Data kunjungan pasien masing-masing PKD diwilayah kerja Puskesmas
I Kembaran tahun 2010 dan 2011.

Nama PKD	Jumlah kunjungan PKD tahun 2010	Jumlah kunjungan PKD tahun 2011	Persentase penurunan jumlah kunjungan PKD 2010-2011
Tambaksari	1619	631	61 %
Purbadana	2347	1607	31,5 %
Karangsoka	368	272	26 %
Linggasari	2932	2228	24 %
Dukuh Waluh	1257	1007	19,8 %
Kembaran	1333	1213	9 %
Karangsari	1007	924	8,2 %
Bantarwuni	1259	1173	6,8 %

Sumber : Data sekunder tiap Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) (2010-2011)

Dari Hasil survey dalam rekapitulasi kunjungan pasien tahun 2010-2011 didapatkan data bahwa di tahun 2011 semua PKD di wilayah kerja Puskesmas 1 Kembaran mengalami penurunan kunjungan pasien. Penurunan yang paling signifikan terjadi di PKD Desa Tambaksari yaitu mencapai 61% atau terjadi penurunan sebanyak 988 dari Total kunjungan pasien pada tahun 2010 sebanyak 1619 dan turun menjadi 631 pada tahun 2011. Untuk itu Desa Tambaksari di jadikan Lokasi Penelitian karena di PKD Tambaksari mengalami penurunan kunjungan pasien paling banyak.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan terhadap masyarakat Desa Tambaksari ditemukan bahwa terjadinya penurunan kunjungan di PKD Desa Tambaksari di karenakan oleh Bidan yang mengelola PKD Tambaksari merupakan Bidan baru yang juga tidak menguasai bahasa jawa sehingga interaksi dan komunikasi dengan masyarakat sekitar terjalin kurang

baik. selain itu masyarakat juga mengeluhkan tentang waktu pelayanan dan hari kerja di PKD yang di rasa masyarakat kurang maksimal. Waktu pelayanan di PKD sendiri di mulai pukul 8 pagi dan waktu selesai pelayanan tergantung bidan desa antara jam 10 atau jam 11 siang, sedangkan hari kerja di PKD hanya di hari senin, selasa, rabu, kamis dan jumat. Selain itu di Desa Tambaksari sendiri terdapat 3 Bidan yang membuka praktek pelayanan kesehatan, terdapat 1 klinik pratama yang juga melayani persalinan, serta ada 1 klinik Dokter, sehingga dengan semakin banyaknya jumlah jasa pelayanan kesehatan yang tersedia disekitar lingkungan masyarakat terutama di Desa Tambaksari akan mempengaruhi jumlah kunjungan pasien ke PKD, agar PKD tetap menjadi pilihan masyarakat dan tidak ditinggalkan, maka PKD harus berusaha memberikan pelayanan yang lebih berkualitas sesuai dengan kebutuhan, harapan dan keinginan masyarakat.

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan meningkatkan jumlah kunjungan pasien di PKD Tambaksari, maka diperlukan penelitian untuk mengetahui gambaran tentang kualitas pelayanan PKD di Desa Tambaksari Kecamatan Kembaran Kabupaten Banyumas. Dengan mengetahui gambaran tentang kualitas pelayanan PKD maka diharapkan PKD dapat lebih memberikan pelayanan yang berkualitas sekaligus memenuhi harapan dan kepuasan masyarakat. Masyarakat yang pernah memanfaatkan fasilitas pelayanan di PKD diharapkan akan tetap memilih PKD sebagai tempat berobat atau mau merekomendasikan kepada keluarga dan kerabat lain untuk memanfaatkan

pelayanan kesehatan di PKD Tambaksari Kecamatan Kembaran Kabupaten Banyumas.

B. Perumusan Masalah.

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas maka dapat dirumuskan suatu permasalahan dari penelitian ini yaitu : Bagaimana gambaran tentang kualitas pelayanan PKD di Desa Tambaksari Kecamatan Kembaran Kabupaten Banyumas.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tentang kualitas pelayanan PKD di Desa Tambaksari Kecamatan Kembaran Kabupaten Banyumas

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini, yaitu :

- a. Untuk mengetahui karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan dan pekerjaan.
- b. Untuk mengetahui gambaran tentang kualitas pelayanan PKD di Desa Tambaksari Kecamatan Kembaran Kabupaten Banyumas yang meliputi kehandalan, ketanggapan, jaminan, empati, dan bukti fisik pelayanan.

D. Manfaat penelitian :

Dari hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat antara lain :

1. Bagi peneliti

Bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan dan pengalaman dalam melaksanakan penelitian khususnya mengenai gambaran tentang kualitas pelayanan PKD di Desa Tambaksari Kecamatan Kembaran Kabupaten Banyumas.

2. Bagi Masyarakat

Peneliti berharap penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat untuk lebih mendekatkan masyarakat dengan jasa pelayanan kesehatan khususnya dengan PKD sehingga masyarakat dapat lebih meningkatkan derajat kesehatannya.

3. Bagi instansi kesehatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai sarana untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada pasien sehingga pasien merasa puas atas pelayanan yang diberikan.

E. Penelitian Terkait

1. Depari (2009) Melakukan penelitian dengan judul gambaran tentang kualitas pelayanan kesehatan Poliklinik Lembaga Pemasarakatan Klas II A Pekanbaru.

a. Persamaan penelitian :

Menggunakan variabel tentang kualitas pelayanan yang meliputi lima dimensi kualitas yaitu : *reliability, responsiveness, assurance, empathy, tangible*. Metode penelitian yang digunakan metode deskriptif .

b. Perbedaan Penelitian :

- 1) Pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling*. Populasi dalam penelitian adalah narapidana di lembaga pemsarakatan kelas II A

Pekanbaru. Tujuan penelitian selain untuk mengetahui gambaran tentang kualitas pelayanan kesehatan juga untuk menggali faktor *Strenghts* (kekuatan), *Weakness* (kelemahan), *Opportunities* (peluang) dan *Threats* (ancaman) sebagai upaya dalam strategi peningkatan pelayanan kesehatan di Poliklinik Lembaga Pemasarakatan Kelas II A Pekanbaru.

- 2) Penelitian yang akan di lakukan oleh peneliti yaitu mengenai gambaran tentang kualitas pelayanan PKD di Desa Tambaksari Kecamatan Kembaran Kabupaten Banyumas. Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat pengguna PKD di Desa Tambaksari. Pengambilan sampel secara *Non probability sampling* dengan tehnik *Quota sampling*.
2. Retnowati (2008) melakukan penelitian dengan judul kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Bringin Kabupaten Semarang.
 - a. Persamaan penelitian :

Sama sama menggunakan variabel tentang kualitas pelayanan yang meliputi *reliability, responsiveness, assurance, empathy, tangible*. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif.
 - a. Perbedaan penelitian.
 - 1) Populasi dalam penelitian adalah seluruh masyarakat pengguna jasa pelayanan Puskesmas Bringin Kabupaten Semarang. Tehnik Pengambilan sample secara *accidental sampling*.

- 2) Penelitian yang akan di lakukan peneliti adalah untuk mengetahui gambaran tentang kualitas pelayanan PKD di Desa Tambaksari Kecamatan Kembaran Kabupaten Banyumas. Populasi dalam penelitian adalah masyarakat pengguna PKD di Desa Tambaksari. Pengambilan sampel secara *Non probability sampling* dengan tehnik *Quota sampling*.

