

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Proses penurunan angka Kematian Bayi dan Angka kematian Ibu terkait dengan pelaksanaan Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang percepatan pencapaian Millenium Development Goals (MDGs). Dimana MDGs adalah komitmen meningkatkan kesejahteraan rakyat Indonesia yang diformulasikan di UN Millenium Summit NewYork, September 2000 (DKK Padang, 2012).

Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) serta Angka Kematian Neonatus (AKN), termasuk kedalam pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Namun sampai saat ini AKB, AKI, AKN Indonesia masih tetap tinggi dibandingkan Negara Asean lainnya. Bahkan AKB dan AKI yang masih diatas target MDGs. Penyebab utamanya adalah komplikasi obstetri sebagai penyulit atau penyakit yang timbul selama kehamilan, persalinan dan pasca persalinan yang dialami sekitar 20% dari seluruh ibu hamil tetapi kasus obstetri yang ditangani secara baik kurang dari 10% (Dema Simbolon, 2013).

Bila AKI dan AKB masih tinggi berarti sistem pelayanan obstetri masih buruk, sehingga memerlukan perbaikan. Tingginya AKI dan AKB pada rumah sakit kelas A atau kelas B terjadi karena rumah sakit kelas yang lebih tinggi merupakan sebagai rujukan dari rumah sakit dengan kelas rendah, dimana kasus-kasus rujukan dalam keadaan kedaruratan obstetric. Sistem rujukan di Indonesia menjadikan rumah sakit kabupaten sebagai RS rujukan sekunder, yang memiliki berbagai fungsi pelayanan obstetric. Menurut United Nation Childrens Fund (UNICEF), 80% angka

kematian ibu dan angka kematian perinatal terjadi di RS rujukan yang diakibatkan keterlambatan dalam rujukan maupun penanganan penderita (WHO, 2009)

Dari data yang didapatkan AKB Target MDGs pada tahun 2015 diharapkan dibawah 23 per 1000 kelahiran hidup. AKB Indonesia mengalami penurunan dari 68 kematian per 1.000 kelahiran hidup untuk periode 1987-1991 menjadi 32 kematian per 1.000 kelahiran untuk periode 2008-2012 (SDKI 2012).

AKN Berdasarkan laporan SDKI 2007 dan 2012 tidak terdapat penurunan AKN yaitu sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Kematian neonatal menyumbang lebih dari setengahnya kematian bayi (59,4%), sedangkan jika dibandingkan dengan angka kematian balita, kematian neonatal menyumbang 47,5% (BKKBN, 2013).

Terkait tujuan MDGs dalam menurunkan AKB dari 90 kematian per 1.000 kelahiran di tahun 1990 menjadi 23 kematian per 1.000 kelahiran di tahun 2015, nampaknya berat bagi Indonesia untuk mencapai tujuan ini. Segala usaha harus ditingkatkan, seperti keberadaan fasilitas kesehatan, akses ke fasilitas kesehatan, dan petugas kesehatan baik dalam jumlah dan kualitas (SDKI 2012).

Cakupan persalinan tenaga kesehatan juga tidak menunjukkan peningkatan yang tajam antara periode 2003 – 2012. Cakupan persalinan menurut Riskesdas 2010 sebesar 82%. Capaian tersebut baru mengindikasikan akses yang baik, tetapi belum mengindikasikan kualitas pelayanan. Sebanyak 5 provinsi yang mencapai AKN kurang sama dengan 15/1.000 kelahiran hidup yaitu Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, Jawa Timur, DKI Jakarta, dan Riau. Provinsi dengan AKN terendah yaitu Kalimantan Timur sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKN tertinggi terdapat di Provinsi Maluku Utara sebesar 37 per 1.000 kelahiran hidup, diikuti oleh

Papua Barat sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup dan Nusa Tenggara Barat sebesar 33 per 1.000 kelahiran hidup (BKKBN, 2013).

AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian ibu (AKI) secara nasional masih tinggi yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup. Penurunan AKI yang cukup bermakna sebesar 57% dari tahun 1991. Meskipun AKI mengalami penurunan namun kematian perinatal dan neonatal masih tinggi, artinya masalah kesehatan ibu selama kehamilan dan persalinan masih diperlukan upaya yang lebih intensif (SDKI 2012).

Penyebab tingginya AKI berdasarkan SDKI sebesar 37% karena terlalu banyak melahirkan, 13,9% terlalu tua punya anak, 9,4% terlalu rapat jarak persalinan dan 0,3% terlalu muda punya anak. Didapatkan juga bahwa proporsi kematian ibu karena pendarahan > 1% paling banyak berada di rumah sakit kelas D (39,3%). Proporsi kematian ibu karena preeklamsia > 10% paling banyak berada di rumah sakit kelas A (75%). Proporsi kematian ibu karena sepsis > 0,2% paling banyak ada dirumah sakit kelas D (45,8%). Proporsi kematian karena seksio secaria > 20% paling banyak berada dirumah sakit kelas B (57,2%). Proporsi lahir mati > 4% paling banyak berada di rumah sakit kelas D (7,5 %) dan proporsi penanganan BBLR < 100% berada di rumah sakit kelas C (20,7%). Hasil komposit menunjukkan sebagian besar (66,3%) rumah sakit pemerintah di Indonesia dengan kinerja kurang optimal (Demsia Simbolon, 2013).

Di Provinsi Sumatera Barat, AKB berdasarkan survey FK Unand tahun 2008 adalah sebesar 28/1000 kelahiran hidup, dan AKN berdasarkan data BKKBN 2012 adalah 17/1000 kelahiran hidup. Dibandingkan data Nasional, angka kematian bayi dan neonatus di Sumatera Barat sudah lebih rendah, Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI tahun 2010, Kematian bayi di Provinsi Sumatera Barat sudah berada di pita biru. Data jumlah kematian, kematian bayi di Provinsi Sumatera Barat sudah mengalami penurunan dari 1047 orang pada tahun 2011 menjadi 721 orang pada tahun 2012. Sedangkan pencapaian AKI di Provinsi Sumatera Barat telah memperlihatkan percepatan penurunan. Berdasarkan Survei Fakultas Kedokteran Universitas Andalas tahun 2008, AKI di Sumatera Barat sebesar 212 /100.000 Kelahiran Hidup. Jumlah kematian ibu di Provinsi Sumatera Barat sudah mengalami penurunan dari 129 orang pada tahun 2011 menjadi 99 orang pada tahun 2012 (DinkesSumbar, 2012)

Di Kota Sawahlunto data AKB kota sawahlunto sendiri sebesar 34 per 1000 kelahiran pada tahun 2010 dan menurun pada tahun 2011 menjadi 18 per 1000 kelahiran tetapi disayangkan kembali meningkat pada tahun 2012 menjadi 19 per 1000 kelahiran. Sedangkan angka kematian ibu untuk kota sawahlunto pada tahun 2010 adalah 2 per 100.000 ibu melahirkan, sama dengan AKB pada tahun 2011 terjadi penurunan menjadi 0 dan kembali meningkat pada tahun 2012 menjadi 2 per 100.000 ibu melahirkan.(Daya Cipta Dian Rancana, 2014)

Kegagalan dalam penanganan kasus kedaruratan obstetri pada umumnya disebabkan oleh kegagalan dalam mengenal risiko kehamilan, keterlambatan rujukan, kurangnya sarana yang memadai untuk perawatan ibu hamil dengan risiko tinggi

maupun pengetahuan tenaga medis, paramedik, dan penderita dalam mengenal Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) secara dini, masalah dalam pelayanan obstetri, maupun kondisi ekonomi (BKKBN, 2013)

Pada tahun 2005 telah dilakukan penyusunan buku Pedoman Manajemen Penyelenggaraan PONEK 24 jam di Rumah Sakit Kabupaten/Kota yang melibatkan Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi dan sektor terkait lainnya. Telah pula dilakukan bimbingan teknis tentang manajemen PONEK 24 jam di RS Kabupaten/Kota pada RSUD di 4 Propinsi (Riau, Sumatera Barat, Kalimantan Selatan dan Kalimantan Timur) untuk mempersiapkan penyelenggaraan PONEK 24 jam. (Nasution, 2012). Rumah Sakit PONEK 24 jam merupakan bagian dari sistem rujukan dalam pelayanan kedaruratan dalam maternal dan neonatal, yang sangat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. (DepkesRI, 2008, 1051/Menkes/SK/XI/2008, 2008).

Rumah Sakit PONEK harus dilengkapi dengan SDM dan peralatan yang cukup untuk menjalankan fungsi pelayanan emergensi selama 24 jam. Tim dipimpin termasuk dokter spesialis lain yang terkait KIA (misalnya anastesi dan penyakit dalam), dokter umum di rumah sakit, bidan di rumah sakit, dan perawat rumah sakit. Kunci keberhasilan PONEK adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, prasarana, sarana dan manajemen yang handal (DepkesRI, 2008, 1051/Menkes/SK/XI/2008, 2008).

Salah satu kriteria rumah sakit PONEK adalah tersedianya tim siap melakukan operasi atau tugas meskipun on call (DepKesRI, 2008). Kinerja pelayanan KIA menunjukkan 60,4% rumah sakit yang memiliki dan 82,7% yang tidak memiliki

Tim yang siap melakukan operasi atau tugas meskipun on call memiliki kinerja kurang optimal. Rumah sakit yang tidak mempunyai tim siap melakukan operasi atau tugas meskipun on call mempunyai risiko 2,16 kali untuk memiliki kinerja pelayanan yang kurang optimal dibandingkan dengan rumah sakit yang memiliki tim siap melakukan operasi atau tugas meskipun on call (Demsa Simbolon, 2013)

Data menunjukkan bahwa pada RS yang memiliki dan tidak memiliki fasilitas pelayanan obgyn dan perinatal sesuai type rumah yang meliputi dokter jaga yang terlatih di UGD, dokter yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK, bidan yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK, perawat yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK, kamar operasi yang siaga 24 jam untuk melakukan operasi, kamar bersalin mampu menyiapkan operasi dalam waktu < 30 menit, tim yang siap melakukan operasi atau tugas meskipun on call, laboratorium 24 jam yang berperan dalam pelayanan PONEK, radiologi siap 24 jam yang berperan dalam pelayanan PONEK, ruang pemulihan siap selama 24 jam yang berperan dalam pelayanan, fasilitas farmasi dan alat penunjang siap selama 24 jam, keberadaan pelayanan NICU, ketersediaan klinik kebidanan dan kandungan, ketersediaan klinik anak dan Pelayanan UGD 24 jam sebagian besar dengan kinerja kurang optimal. (Demsa Simbolon, 2013).

Rumah sakit sawahlunto telah terakreditasi C dan mempersiapkan diri menjadi Rumah sakit berstandar nasional sebagai sarana pelayanan kesehatan milik Pemerintah daerah Kota sawahlunto Provinsi Sumatra barat, dalam menjalankan kebijakan mengenai penyelenggaraan kesehatan maternal yang mengarah pada MDGs sudah mempunyai unit layanan PONEK tersendiri. Pelayanan ini telah dipersiapkan sejak tahun 2005 dengan memberikan pelatihan kepada beberapa bidan

dan persiapan dari dokter spesialis, ditahun 2010 telah diterbitkan SK Direktur RSUD tentang pengangkatan TIM PONEK, bahkan RSUD Sawahlunto telah dilakukan visitasi kesiapan PONEK pada tahun 2012.

RSUD Sawahlunto sebagai tempat rujukan primer dari puskesmas ataupun sarana kesehatan lain yang ada di wilayah kota sawahlunto berupa 5 puskesmas 20 pustu, 37 pos KB, dan 15 praktek dokter swasta, dan kota sawahlunto tidak mempunyai rumah sakit swasta lainnya. Sebagai rumah sakit rujukan dan juga bekerja sama dengan berbagai perusahaan dan jaminan kesehatan seharusnya memiliki sarana pelayanan yang memadai, petugas yang profesional, dan kualitas pelayanan yang bermutu, yaitu pelayanan kebidanan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kebidanan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk dengan penyelenggaraannya sesuai kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan (Satrianegara, 2009)

Pada RSUD Sawahlunto sendiri, pelayanan pasien kebidanan dan Neonatal Emergensi yang datang melalui rujukan ataupun non rujukan , pelayanan dilakukan di ruang UGD setelah mendapatkan penanganan awal pasien dikirim ke bagian rawat inap kebidanan atau anak bagi pasien yang memerlukan tindakan lebih lanjut atau pasien dapat dipulangkan atau dirujuk sesuai dengan kondisi pasien.

Unit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) ini sendiri terdiri dari tiga tempat pelayanan yaitu UGD, Unit Rawat Inap Kebidanan dan Unit Perinatologi, pada Unit rawat inap kebidanan memiliki fasilitas ruang pemeriksaan, ruang tindakan (kamar bersalin atau tindakan kebidanan ringan atau sedang) dan ruang perawatan yang terdiri dari ruang perawatan VIP sebanyak 2

tempat tidur, Kelas I sebanyak 4 tempat tidur, kelas II sebanyak 9 tempat tidur dan kelas III sebanyak 8 tempat tidur, sedangkan bagian perinatology terdapat 6 incubator bayi.( RSUD Sawahlunto,2015).

Data kunjungan rawat inap untuk unit rawat inap kebidanan cenderung menurun setiap tahunnya. Dari data kunjungan ini dapat diketahui penurunan dari pasien rawat inap di bagian kebidanan setiap tahunnya sejak tahun 2011 sampai tahun 2015. Dimana pasien rawat inap tahun 2011 sebanyak 1.279 pasien, tahun 2012 sebanyak 1.106 pasien, pada tahun 2013 1.065 pasien, pada tahun 2014 jauh menurun menjadi 859 dan pada tahun 2015 total pasien rawat inap kebidanan sebanyak 714 orang pasien.( RSUD Sawahlunto,2015). Penurunan ini terkait dengan dibukanya rumah sakit baru didaerah sijnjung sehingga berdampak pada kunjungan di RSUD sawahlunto, untuk itu rumah sakit harus lebih berbenah dan meningkatkan mutu pelayanan (RSUD Sawahlunto, 2014).

Ada penurunan kunjungan rawat inap di bagian kebidanan di RSUD Sawahlunto secara terus menerus dari tahun 2011 sampai 2013, dan angka kematian bayi dan angka kematian ibu yang tinggi yaitu terdiri dari 25 kematian perinatal, 31 orang lahir mati, 134 orang kematian neonatal dan 99 orang asfiksia. Hal ini menjadikan rumah sakit sebagai sorotan dalam penerapan langkah pemerintah dalam mencapai terlaksananya MDGs dimana pemerintah mengharapkan bahwa rumah sakit kabupaten dan kota sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan maternal neonatal seharusnya dijadikan rujukan pasien maternal untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini menjadi gambaran bahwa mutu pelayanan di bagian kebidanan masih belum optimal (RSUD Sawahlunto, 2013).

Mutu pelayanan kesehatan yang dimaksud disini adalah yang merujuk pada kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan yang apabila berhasil diwujudkan pasti akan memuaskan pasien. Bertitik tolak dari Ada kaitan antar mutu dengan kepuasan, maka suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai bermutu apabila pelayanan tersebut dapat menyembuhkan pasien serta tindakan yang dilakukan aman. Dimensi mutu menurut Zeithaml dan Bitner (1996) mengidentifikasi lima dimensi pokok yang berkaitan dengan mutu pelayanan jasa yaitu kehandalan (reliability), daya tanggap (responsiveness), jaminan (assurance), empati (emphaty) dan bukti fisik (tangible) (Zeithaml dan Bitner, 1996).

Kepuasan pasien akan tercapai bila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien atau keluarganya. Harus ada perhatian terhadap mutu pelayanan berupa keluhan, kondisi lingkungan fisik dan tanggap atas kebutuhan pasien. Tetapi masih banyak ditemukan keluhan pasien tentang mutu pelayanan rumah sakit yang tidak memuaskan, keluhan tersebut tidak hanya berkaitan dengan fasilitas peralatan yang dan gedung rumah sakit serta tersedianya dokter ahli tetapi juga menyangkut komunikasi antara staf rumah sakit dengan pasien sehingga merasakan kenyamanan dan kualitas pelayanan yang diberikan (Zeithaml dan Bitner, 1996).

Kepuasan adalah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan yang dirasakan dan diharapkan. Kepuasan pasien adalah tingkat kepuasan dari persepsi pasien dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan dan merupakan salah satu indikator kinerja rumah sakit. Bila pasien menunjukkan hal-hal yang bagus mengenai pelayanan kesehatan terutama pelayanan yang diberikan dan pasien mengindikasikan dengan

perilaku positifnya, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pasien memang puas terhadap pelayanan tersebut (Purnomo, 2002).

Menurut Moiston, Walter dan White (2000) menyatakan bahwa kepuasan pasien dapat terbentuk ditentukan oleh karakteristik produk, biaya pelayanan, kualitas pelayanan, lokasi, fasilitas, citra rumah sakit, desain visual, suasana dan komunikasi.

Hasil penelitian Idris (2012) menyatakan bahwa terdapat hubungan mutu pelayanan dengan kepuasan pasien di ruang rawat inap kebidanan dengan nilai  $p < 0,05$ . Penelitian Wati (2012) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan mutu pelayanan dengan kepuasan pasien dengan nilai  $p < 0,05$ . Hasil penelitian lainnya yaitu Effendi (2013) menyatakan bahwa terdapat hubungan mutu pelayanan dengan kepuasan yang pasien rasakan.

Hasil penelitian Kurniana (2008) menyatakan bahwa terdapat hubungan kehandalan dan bukti fisik dengan kepuasan pasien di ruang rawat inap dengan nilai  $p < 0,05$ . Hasil penelitian lainnya yaitu Yustina (2011) menyatakan bahwa terdapat hubungan daya tanggap dan empati dengan kepuasan pasien di ruang rawat inap RSUD Cut Meutia Medan Sumatera Utara dengan nilai  $p < 0,05$ . Hasil penelitian Setianingsih (2013) menyatakan bahwa terdapat hubungan jaminan dengan kepuasan pasien di ruang rawat inap dengan nilai  $p < 0,05$ .

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan kepada 10 responden di ruang rawat inap kebidanan diketahui bahwa terdapat 7 responden (70%) yang menyatakan bahwa kehandalan, daya tanggap dan jaminan dalam memberikan pelayanan kebidanan kurang baik. Selain daripada itu terdapat 6 responden (60%) menyatakan bahwa empati dan bukti fisik dalam pelayanan kebidanan kurang baik.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai "Perbedaan Mutu Pelayanan Obstetri Emergency Komprehensif dengan kepuasan pasien di Ruang Rawat Inap Kebidanan di RSUD Sawahlunto".

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian adalah bagaimana perbedaan mutu pelayanan obstetri emergency komprehensif dengan kepuasan pasien di Ruang Rawat Inap Kebidanan di RSUD Sawahlunto?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan mutu pelayanan obstetri emergency komprehensif dengan kepuasan pasien di Ruang Rawat Inap Kebidanan di RSUD Sawahlunto.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran tingkat kepuasan pasien mengenai mutu pelayanan obstetri emergency komprehensif di ruang rawat inap kebidanan di RSUD Sawahlunto tahun 2015.
2. Diketuainya perbedaan mutu pelayanan obstetri emergency komprehensif dengan kepuasan pasien di Ruang Rawat Inap Kebidanan di RSUD Sawahlunto.



## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Aspek Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangan pemikiran bagi para akademisi dan pengembangan ilmu kesehatan masyarakat tentang kepuasan pasien mengenai mutu pelayanan obstetri emergency komprehensif di ruang rawat inap kebidanan di RSUD Sawahlunto.

### 1.4.2 Aspek Praktis

Berdasarkan aspek praktis, manfaat dari penelitian ini adalah sebagai masukan bagi pihak rumah sakit karena untuk evaluasi manajemen dan sebagai masukan bagi pihak rumah sakit dalam pengambilan keputusan dan perbaikan pelayanan kebidanan di RSUD Sawahlunto.

