

## STUDI TENTANG PEMBIAYAAN, KEPUASAN KERJA DAN PERILAKU PELANGGAN POLINDES DI DAERAH TERPENCIL: Analisis Situasi dalam rangka *Making Pregnancy Safer (MPS)*

STUDY ON FINANCING, JOB SATISFACTION AND CUSTOMER BEHAVIOR  
OF 'POLINDES' AT ISOLATED AREA  
*Situation Analysis of Making Pregnancy Safer (MPS)*

Ristrini dan Wasis Budiarto

Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan Badan Penelitian dan  
Pengembangan Kesehatan,  
Departemen Kesehatan RI, Surabaya

### ABSTRACT

**Background:** Since 2000 year, Indonesian has proclaimed Making Pregnancy Safer (MPS) program constituted centralization of health sector strategy. MPS strategy focus is coping with main cause of maternal and neonatal mortality and morbidity by rising of capability of health services. One of health services system is village delivery house (*polindes*).

**Method:** The objective of this study is investigated to financing, job satisfaction, and customer behavior of *polindes* at isolated area. This research is done at two provinces namely East Java is chosen Ponorogo and Pacitan, and NTB at East Lombok and Sumbawa Regency. Each of regencies chose ten isolated *polindes*. Collecting data is done by interview, questionnaire and recording. Analyzing data is done descriptively.

**Result:** The research result show that cost of *polindes* at isolated area is relatively large, where more that areas isolated, then also more huge its operational cost. Allocating cost to curative activity has dominant. Midwife satisfaction level at regency that have job at *polindes* show not satisfied enough, especially which related to developing carrier and lowing penghargaan. Community behavior is sufficient responsive to *polindes* existence and village community loyalty to *polindes* is quite high.

**Conclusion:** Therefore must considered of raising *polindes* function be village polyclinic that is added by treatment service, and if necessary be made privatization

**Keywords:** financing, job satisfaction, customer behaviour, village delivery house, safe pregnancy

### PENGANTAR

Upaya untuk menurunkan angka kematian ibu telah banyak dilakukan melalui pendirian pondok bersalin desa (*polindes*) dan penempatan 48.000 tenaga bidan di desa pada tahun 1996. Pada tahun 2000, pemerintah mencanangkan program *Making Pregnancy Safer (MPS)* atau gerakan nasional kehamilan yang aman yang merupakan strategi sektor kesehatan secara terfokus. Fokus strategi MPS untuk meningkatkan kemampuan sistem kesehatan dalam menjamin penyediaan dan pematapan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menanggulangi penyebab utama kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Target yang ditetapkan untuk tahun 2010 yaitu menurunkan angka kematian ibu menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup. Disadari bahwa kemampuan bidan di desa yang diperoleh melalui *crash program* masih sangat rendah sehingga kemampuan untuk

menolong persalinan dan melakukan rujukan masih belum sesuai dengan yang diharapkan.

Sarana kesehatan modern di daerah terpencil memang masih sangat langka. Untuk itu diperlukan sarana khusus untuk merawat kehamilan ibu dan menolong persalinannya. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh geografis daerah terpencil yang tidak terjangkau, sehingga angka kematian ibu jauh di atas angka nasional. Kendala keuangan, kurangnya keterampilan dan jumlah tenaga terlatih mengakibatkan tingginya Angka Kematian Maternal (AKM) di negara berkembang.

Penanganan terhadap kesehatan maternal bagi masyarakat atau keluarga miskin oleh pemerintah telah dilakukan sejak tahun 1998 dan berakhir pada Desember 2002 melalui Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) dan Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi bidang Kesehatan

(PDPSE-BK), serta pada tahun 2003 ini dikembangkan menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidkes).<sup>1</sup>

Upaya percepatan penurunan AKM sebagai salah satu program prioritas, tidak terlepas dari adanya krisis ekonomi yang berkepanjangan di Indonesia yang terjadi sejak Juli 1997. Terputusnya akses terhadap pelayanan kesehatan maternal akibat tidak mampu membayar, akan mengancam kehidupan dan kualitas bangsa dalam jangka pendek maupun panjang.<sup>2</sup> Untuk itu diperlukan kajian awal guna implementasi program *Making Pregnancy Safer* (MPS) dengan melakukan analisis situasi pembiayaan sarana pelayanan kebidanan khususnya polindes yang ada di daerah terpencil, serta kepuasan bidan di desa dalam melakukan pelayanan di polindes.

Secara umum tujuan penelitian adalah melakukan analisis situasi dari implementasi program MPS melalui polindes di daerah terpencil dan khususnya:

- mengkaji kondisi pembiayaan untuk pengelolaan polides di daerah terpencil dalam pelayanan kebidanan dan persalinan
- mengkaji kepuasan kerja bidan di desa dalam melaksanakan tugasnya di polindes daerah terpencil
- mengkaji perilaku ibu hamil dan pascabersalin sebagai pelanggan polindes di daerah terpencil dalam pelayanan kebidanan dan persalinan

Kematian ibu atau kematian maternal (*maternal death*) di negara berkembang masih merupakan tragedi yang dilupakan.<sup>3</sup> Lebih dari 500.000 ibu meninggal setiap tahun dari beberapa komplikasi kehamilan, upaya aborsi, dan melahirkan. Selanjutnya dampak tragedi ini akan berkesinambungan dengan semakin banyaknya anak balita piatu yang kurang mendapatkan perawatan kesehatannya, serta berakibat buruk bagi anggota keluarga lain yang ditinggalkan yang hidupnya masih bergantung dari keberadaan seorang ibu. Starrs<sup>4</sup> menyatakan bahwa dari peristiwa yang terabaikan ini diketahui kelangsungan hidup bayi yang ibunya meninggal sangat rendah sekitar 95% bayi yang dilahirkan akan meninggal juga, selain itu telah terbukti pula bahwa akibat kematian istrinya, para suami mengalami penurunan angka harapan hidup.<sup>5</sup>

Di Indonesia, angka kematian ibu dari sumber data survei masyarakat diperkirakan sebesar 373 per 100.000 kelahiran hidup. Selanjutnya dari data SDKI sebesar 334 per 100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan negara Asean lainnya, angka kematian ibu di Indonesia cukup tinggi. Menurut laporan UNICEF<sup>6</sup> dikemukakan angka kematian ibu

di Filipina 100, Malaysia 59, Thailand 50, dan Singapura 10 per 100.000 kelahiran hidup. Besaran masalah kematian ibu di Indonesia di samping masalah obstetri langsung seperti perdarahan, infeksi, dan eklamsi yaitu sebesar 75%-85% karena kurang gizi kronis dan lain sebagainya. Hal yang sangat perlu adalah akses terhadap pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Akses terhadap pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Singapura sudah mencapai 100%, Srilangka 94%, Malaysia 98%, Thailand 71%, dan Brunei 98%.<sup>4</sup>

Tujuan memenuhi kepuasan kerja bidan di desa yang merupakan peningkatan moral dan kepuasan kerja secara keseluruhan merupakan hal yang penting bagi institusi kesehatan. Bidan di desa yang puas merupakan prakondisi bagi meningkatnya produktivitas, daya tanggap, mutu, dan layanan kepada pasien. Hartline dan Ferrel<sup>7</sup> mendefinisikan kepuasan kerja sebagai emosi menyenangkan yang dihasilkan dari penilaian suatu pekerjaan karena keberhasilan suatu pekerjaan. Konsep kepuasan kerja sangat luas karena menyangkut karakteristik pekerjaan itu sendiri dan lingkungan kerja.

Menurut teori kepuasan kerja, pemenuhan kebutuhan yang dirasakan oleh bidan di desa merupakan substansi pokok untuk memperoleh kepuasan kerja. Artinya, pemenuhan berbagai kebutuhan yang diinginkan oleh bidan di desa merupakan determinan utama kepuasan kerjanya. Konsep kepuasan kerja mencakup pengertian yang sangat luas, karena mencakup semua karakteristik dari pekerjaan itu sendiri dan lingkungan kerja, imbalan, pemenuhan kebutuhan, kepuasan, bahkan frustrasi atau ketidakpuasan.

Secara operasional, kepuasan kerja terdiri dari beberapa dimensi, termasuk kepuasan terhadap atasan, kemudahan dalam melaksanakan pekerjaan khususnya yang berkaitan dengan ketersediaan dan kelengkapan alat dan peraga untuk melaksanakan pekerjaannya, gaji dan penghargaan dari atasan, dorongan aktif untuk maju, dukungan dari rekan sekerja, keterlibatan dalam pengambilan keputusan pekerjaan, dan kepuasan pelanggan secara keseluruhan. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa respon sifat dan perilaku petugas kesehatan mempengaruhi persepsi pelanggan terhadap kontak layanan (*service encounter*) dan kualitas layanan.<sup>8</sup> Dalam *service encounters*, ukuran kinerja petugas kesehatan adalah kualitas layanan yang dirasakan oleh pelanggan. Hubungan ini terletak pada interaksi antara petugas kesehatan dengan pelanggan yakni pasien, dimana petugas yang merasa puas mempunyai perilaku untuk membantu pasien. Schneider<sup>9</sup> menemukan bukti bahwa

kepuasan karyawan merupakan alasan utama bagi karyawan untuk memberikan layanan yang baik, akan tetapi pada sisi lain, stres peran yang dialami karyawan dan ketidakpuasan merupakan penyebab utama ketidakmampuan untuk memberikan pelayanan yang baik. Bitner<sup>8</sup> mengemukakan bahwa perilaku personal penyaji jasa kesehatan biasanya dikaitkan dengan apa yang disebut proses atau kualitas fungsional (bagaimana jasa kesehatan disajikan). Sebaliknya hasil (*outcome*) dari penyajian jasa kesehatan dinilai dari aspek teknisnya yaitu menilai apa yang disajikan.<sup>10</sup>

Riset lain yang dilakukan oleh Schneider<sup>9</sup> menemukan bukti bahwa petugas yang mengalami konflik peran memiliki kecenderungan kepuasan kerja dan kinerja yang rendah, yang pada gilirannya akan menyebabkan rendahnya kualitas layanan yang mereka berikan. Konflik peran yang dialami karyawan pada lini depan akan mengurangi kepuasan kerja dan kinerja karyawan tersebut. Penelitian yang dilakukan oleh Atkins *et al.*,<sup>11</sup> terhadap perawat dan pasien rumah sakit menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara kepuasan karyawan (perawat) dengan kepuasan pasien, dan kepuasan karyawan dengan loyalitas pasien, yang ditunjukkan oleh kemungkinan pasien untuk kembali diwaktu yang akan datang atau merekomendasikan rumah sakit tersebut kepada orang lain.

Pembiayaan kesehatan pada dasarnya adalah sekumpulan dana dan penggunaan dana untuk pembiayaan secara langsung dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.<sup>12</sup> Menurut OECD<sup>13</sup>, yang dimaksud dengan pembiayaan kesehatan adalah semua pembiayaan yang dipergunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan individu yang ditangani oleh tenaga kesehatan yang profesional dengan menggunakan alat-alat yang menggunakan teknologi modern, tanpa memperhitungkan pembiayaan kesehatan yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan tradisional dan pelayanan kesehatan masyarakat umum. Sumber biaya adalah berbagai sumber biaya yang dipergunakan untuk pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan, baik yang berasal dari pemerintah maupun swasta termasuk individu (*out of pocket*).

Bentuk perilaku pelanggan pascapembelian produk atau jasa yang diakibatkan oleh pelanggan yang puas adalah retensi pelanggan dan akuisisi pelanggan. Pada saat ini, hubungan jangka panjang seperti itu menjadi sangat penting di masa yang kompetitif khususnya dalam rangka meningkatkan kinerja organisasi dan kepuasan pelanggan. Hal tersebut akan tercipta bila jasa yang disajikan adalah jasa yang unggul (*service excellence*).

Fokus pada pelanggan yang memberikan keunggulan kompetitif akan membuat profitabilitas meningkat dan pertumbuhan *revenue*. Keunggulan yang berdampak pada profitabilitas meliputi: (1) efisiensi biaya karena *repeat customers*, (2) *price premium* bagi pelanggan yang ada dan (3) loyalitas pelanggan. Keunggulan yang berdampak pada pertumbuhan *revenue* meliputi: (1) meningkatnya *word of mouth*, (2) *one-stop shopping*, dan (3) inovasi produk baru.<sup>14</sup> Dinyatakan pula bahwa untuk mencapai tingkat kepuasan yang tinggi, diperlukan pemahaman tentang apa yang diinginkan konsumen dan mengembangkan komitmen setiap orang yang berada dalam organisasi untuk memenuhi kebutuhan ini. Manajemen harus membangun budaya organisasi yang bisa memahami dan memenuhi kebutuhan konsumen khususnya pasien.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang akan mengidentifikasi 3 variabel utama dalam rangka keberhasilan program MPS melalui polindes di daerah terpencil, yang meliputi pembiayaan pondok bersalin desa, kepuasan kerja bidan di desa sebagai pengelola polindes serta perilaku pelanggan polindes yakni perilaku ibu hamil dan bersalin.

Penelitian ini dilakukan daerah terpencil yakni di dua Provinsi yaitu Jawa Timur (Jatim) dipilih kabupaten Ponorogo dan Pacitan, serta Nusa Tenggara Barat (NTB) di Kabupaten Lombok Timur dan Sumbawa.

Kepuasan kerja sebagai emosi menyenangkan yang dihasilkan dari penilaian suatu pekerjaan karena keberhasilan suatu pekerjaan. Kepuasan kerja terdiri dari beberapa dimensi yaitu: (a) status profesional dan dorongan aktif untuk pengembangan karier, (b) kerja sama termasuk dukungan dari rekan sekerja, (c) kebijakan lembaga termasuk keterlibatan dalam pengambilan keputusan, serta (d) pendapatan dan penghargaan dari atasan.

Perilaku pelanggan merupakan tindakan individu yang secara langsung terlibat dalam usaha memperoleh dan menggunakan barang, serta pelayanan yang ekonomis, termasuk pengambilan keputusannya yang mendahului tindakan tersebut.<sup>15</sup> Perilaku pelanggan meliputi 5 dimensi<sup>16</sup> yaitu: (a) kesetiaan pelanggan dalam menggunakan polindes, (b) ketidakinginan pindah ke unit pelayanan yang lain, (c) bersedia membayar lebih, (d) tanggapan ke luar, dan (e) tanggapan ke dalam.

Biaya polindes menurut penggunaannya meliputi: 1) biaya investasi, yaitu pengadaan tanah, bangunan, kendaraan, alat medis, dan nonmedis,

dan 2) biaya operasional dan pemeliharaan (O&P) yang meliputi gaji dan honor staf polindes, obat-obatan dan bahan medis habis pakai, *supplies* atau bahan-bahan nonmedis habis pakai, biaya O&P lain yaitu biaya intervensi operasional, biaya supervisi bidan di desa ke desa dan rumah penduduk, biaya pemeliharaan, *utilities* (listrik, air, telepon, dan lain-lain) serta transport atau bensin. Penyajian data biaya polindes dalam tiga bentuk yaitu biaya menurut jenis biaya, pusat-pusat biaya, dan lokasi kegiatan.

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh polindes daerah terpencil di Provinsi Jatim dan NTB. Masing-masing provinsi dipilih dua kabupaten. Penentuan kabupaten dilakukan secara *purposive* di mana dipilih yang mempunyai desa terpencil agak banyak yakni Kabupaten Pacitan dan Ponorogo di Jatim dan Kabupaten Sumbawa dan Lombok Timur di NTB. Dari 4 kabupaten tersebut dipilih masing-masing 10 polindes terpencil secara acak. Cara pengumpulan data dan penghitungan:

- a. Pencatatan dari data biaya yang ada yaitu penghitungan biaya investasi dilakukan dengan menggunakan *annuity factor* dengan tingkat bunga 10% (rata-rata tingkat bunga umum pada tahun 2000) dengan umur ekonomis, 5 tahun untuk kendaraan dan alat nonmedis, serta mebel, dan 3 tahun untuk alat medis. Penghitungan biaya dilakukan dengan menggunakan *'daily log'* oleh bidan di desa.
- b. Wawancara dengan ibu hamil dan ibu pascabersalin sebagai pelanggan polindes dalam kaitannya dengan perilaku pelanggan terhadap polindes.
- c. Kuesioner yang dilakukan terhadap bidan di desa dengan menggunakan daftar pertanyaan

yang harus diisi dengan skala ordinal, khususnya yang berkaitan dengan kepuasan kerjanya di polindes.

Pengolahan data dilakukan secara langsung oleh komputer dengan menggunakan paket program SPSS dan analisis dilakukan secara deskriptif.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Pembiayaan Polindes Daerah Terpencil

Untuk memperoleh gambaran tentang pembiayaan kegiatan pelayanan kesehatan di polindes diperlukan suatu analisis biaya polindes, yang ditekankan pada biaya untuk investasi dan biaya operasionalnya.

#### a. Pembiayaan Polindes menurut Jenis Biaya

Besarnya pembiayaan polindes di daerah terpencil di Jatim dan NTB tampak pada Tabel 1.

Dari Tabel 1 tersebut tampak biaya polindes terbesar terdapat di Pacitan dan 87% merupakan biaya O & P, serta 40% dari biaya polindes tersebut merupakan biaya gaji dan insentif bidan di desa, sedangkan biaya obat-obatan dan bahan medis mencapai 30%. Pola seperti itu tampaknya juga terjadi di polindes lainnya baik di Ponorogo, Lotim, maupun Sumbawa.

#### b. Biaya Polindes menurut Pusat Biaya

Pusat biaya di polindes meliputi kuratif atau pengobatan, KIA atau KB, imunisasi dan program lain-lain dengan biaya seperti tampak pada Tabel 2. Yang dimaksud dengan program lain adalah program kesehatan di luar empat program utama di polindes, seperti pertemuan di Puskesmas, rapat di dinkes atau kecamatan atau di desa.

Tabel 1. Besarnya Biaya Polindes Daerah Terpencil menurut Jenis Biaya Tahun 2000

Jenis Biaya Polindes	Jawa Timur		Nusa Tenggara Barat	
	Pacitan	Ponorogo	Sumbawa	Lotim
Biaya Investasi				
- Gedung	292.200	186.500	367.750	290.000
- Kendaraan	910.100	371.294	748.920	874.091
- Alat medis	106.963	56.497	100.127	121.037
- Nonmedis dan mebel	198.507	178.195	202.411	214.071
- Bahan Intervensi	424.633	347.025	406.136	363.311
Subtotal	1.932.403	1.139.511	1.825.344	1.862.510
Biaya O & P				
- Gaji dan Insentif	5.744.400	4.644.000	3.936.000	6.052.800
- Obat dan bahan medis	4.158.500	826.000	1.621.900	1.711.900
- Supplies dan nonmedis	1.300.700	853.000	936.300	890.400
- Listrik, air, telepon	324.400	136.500	198.800	227.900
- Pemeliharaan	944.000	269.000	936.200	778.300
Subtotal	12.472.000	6.728.500	7.629.200	9.661.300
Total	14.404.403	7.868.011	9.454.544	11.523.810

Tabel 2. Besarnya Biaya Polindes Daerah Terpencil menurut Pusat Biaya Tahun 2000

Pusat Biaya Polindes	Jatim		NTB	
	Pacitan	Ponorogo	Sumbawa	Lotim
Kuratif atau pengobatan	8.397.767 (58,30%)	3.987.050 (50,67%)	4.142.545 (43,82%)	5.505.429 (47,77%)
KIA atau KB	2.405.535 (16,70%)	1.913.958 (24,33%)	2.267.636 (23,98%)	2.307.714 (20,03%)
Imunisasi	1.685.315 (11,70%)	820.557 (10,43%)	728.000 (7,70%)	1.387.333 (12,04%)
Program Lain	1.915.786 (13,30%)	1.146.446 (14,57%)	2.316.363 (24,50%)	2.323.334 (20,16%)
<b>Total Biaya</b>	<b>14.404.403</b> <b>(100,0%)</b>	<b>7.868.011</b> <b>(100,0%)</b>	<b>9.454.544</b> <b>(100,0%)</b>	<b>11.523.810</b> <b>(100,0%)</b>

Dari Tabel 2 tersebut tampak bahwa alokasi biaya terbesar polindes ada pada kegiatan kuratif atau pengobatan, sedangkan kegiatan untuk KIA atau KB dan imunisasi hanya sebesar 28% — 35% dari total biaya polindes. Hal tersebut memang dimungkinkan karena alokasi obat-obatan untuk kegiatan pelayanan kuratif relatif lebih banyak dibandingkan untuk kegiatan KIA atau KB dan imunisasi. Yang harus lebih diperhatikan adalah kegiatan lain-lain yang sebagian besar digunakan untuk pertemuan rutin di puskesmas, rapat, pelatihan, dan kegiatan puskesmas lainnya seperti PHN, UKS, dan lain-lainnya.

### c. Biaya Polindes menurut Lokasi Kegiatan Bidan di Desa

Untuk mengetahui sampai seberapa jauh biaya polindes tersebut dialokasikan pada berbagai kegiatan, dapat pula ditinjau biaya menurut lokasi kegiatan bidan di desa yang meliputi lokasi polindes, Puskesmas, posyandu, rumah penduduk,

dan kantor kecamatan atau desa atau dinas. Lokasi kegiatan tersebut didasarkan pada *daily log* yang dibuat oleh bidan di desa dan dalam analisis ini hanya mempengaruhi biaya gaji dan obat, serta bahan medis habis pakai dan biaya pemeliharaan. Keadaan tersebut terlihat pada Tabel 3.

Dari Tabel 3 tersebut tampak bahwa terdapat variasi yang cukup besar dari biaya polindes menurut lokasi kegiatan bidan di desa. Di Pacitan lebih dari 70% biaya terjadi di polindes dan hanya 13,70% terjadi di posyandu, sedangkan di Lotim biaya yang dikeluarkan polindes hanya 44,25%, sedangkan di posyandu cukup besar yakni 32,90%. Hal tersebut karena kegiatan bidan desa di Pacitan banyak dihabiskan di polindes termasuk biaya yang dikeluarkan untuk obat dan bahan medis serta bahan nonmedisnya. Biaya-biaya tersebut dikeluarkan atas beban pemerintah atau desa dan atas beban pribadi bidan di desa. Hal tersebut tampak pada Tabel 4.

Tabel 3. Biaya Polindes Daerah Terpencil Pegunungan menurut Lokasi Kegiatan Bidan di Desa Tahun 2000

Lokasi Kegiatan Bidan di Desa	Jatim		NTB	
	Pacitan	Ponorogo	Sumbawa	Lotim
Polindes	10.125.637 (70,30%)	4.822.925 (61,30%)	4.976.495 (52,64%)	5.099.450 (44,25%)
Puskesmas	570.993 (3,96%)	441.180 (5,61%)	432.960 (4,58%)	726.336 (6,30%)
Posyandu	1.972.964 (13,70%)	1.605.446 (20,40%)	2.451.009 (25,92%)	3.791.392 (32,90%)
Rumah Penduduk	1.462.524 (10,15%)	812.700 (10,33%)	1.377.600 (14,57%)	1.361.880 (11,82%)
Kantor Kecamatan atau Desa atau Dinas	272.285 (1,89%)	185.760 (2,36%)	216.480 (2,29%)	544.752 (4,73%)
<b>Total Biaya</b>	<b>14.404.403</b> <b>(100,0%)</b>	<b>7.868.011</b> <b>(100,0%)</b>	<b>9.454.544</b> <b>(100,0%)</b>	<b>11.523.810</b> <b>(100,0%)</b>

Tabel 4. Biaya Polindes Daerah Terpencil menurut Sumber Biaya Tahun 2000

Sumber Perolehan Biaya	Jatim		NTB	
	Pacitan	Ponorogo	Sumbawa	Lotim
Pemerintah atau Desa	9.677.703 (67,18%)	5.976.011 (75,95%)	6.302.344 (66,66%)	7.946.910 (68,96%)
Pribadi Bidan di Desa	4.726.700 (32,82%)	1.892.000 (24,05%)	3.152.200 (33,34%)	3.576.900 (31,04%)
<b>Total Biaya</b>	<b>14.404.403</b> <b>(100,0%)</b>	<b>7.868.011</b> <b>(100,0%)</b>	<b>9.454.544</b> <b>(100,0%)</b>	<b>11.523.810</b> <b>(100,0%)</b>

Dari Tabel 4 tersebut tampak bahwa biaya yang dikeluarkan polindes atas beban pribadi bidan di desa cukup besar yakni 30% dari total biaya polindes. Biaya tersebut digunakan untuk pembelian alat medis, nonmedis termasuk mebel, obat tambahan serta biaya pemeliharaan dan *utilities* (listrik dan air).

#### Tingkat Kepuasan Bidan di Desa

Tingkat kepuasan kerja bidan di desa dapat dilihat dari 4 aspek pokok yaitu: a) status profesional dan peningkatan karier, b) kerja sama bidan di desa dengan staf, lintas sektor dan masyarakat, c) kebijakan di polindes dan puskesmas serta, d) kepuasan yang berkaitan dengan penghasilan dan penghargaan yang diterima oleh bidan di desa.

Pendapat mengenai kepuasan bidan di desa diminta untuk diisikan pada beberapa *item* yang berkaitan dengan kondisi yang dihadapi dengan memberikan skor antara 1 sampai dengan 6 yang merupakan selisih antara harapan (*expectations*) dan persepsi nyata. Kesenjangan yang besar antara harapan dan persepsi nyata menunjukkan ketidakpuasan yang tinggi, sedangkan kesenjangan yang rendah menunjukkan ketidakpuasan yang rendah. Idealnya antara harapan dan persepsi nyata adalah sama atau lebih tinggi (kepuasan tinggi). Skor kepuasan bidan di desa dalam menjalankan tugasnya dapat dilihat pada Tabel 5.

Dari Tabel 5 tersebut tampak bahwa ketidakpuasan yang paling tinggi pada bidan di desa adalah status profesional dan pengembangan karier serta jumlah pendapatan dan penghargaan yang diterima. Untuk dimensi lainnya tampak bahwa kesenjangan antara harapan dan persepsi nyata tidaklah terlalu besar atau dapat dikatakan tingkat ketidakpuasannya relatif kecil tetapi signifikan pada 5%. Pada status profesional dan peningkatan karier, indikator masalah kenaikan pangkat, kesempatan diangkat jadi PNS dan meningkatkan pendidikan merupakan ketidakpuasan terbesar (skor <3), sedangkan kesesuaian profesi dengan pendidikan memberikan kepuasan yang cukup tinggi (skor >5). Secara keseluruhan dimensi kerja sama bidan di desa dengan staf, lintas sektor, dan masyarakat memberikan kepuasan kerja yang cukup tinggi, lebih-lebih antarsesama bidan yang menunjukkan kepuasan yang sangat tinggi (skor 6). Untuk kebijakan di polindes menunjukkan kesenjangan yang kecil dengan skor persepsi nyata yang cukup tinggi (> 4,5).

Dimensi besarnya penghasilan dan penghargaan yang diterima bidan di desa menunjukkan ketidakpuasan yang cukup tinggi, khususnya untuk gaji, insentif, dan penghasilan yang kurang sesuai dengan harapan. Khusus mengenai perhatian masyarakat terhadap bidan di desa memberikan skor tingkat kepuasan yang

Tabel 5. Tingkat Kepuasan Kerja Bidan di Desa bekerja di Polindes Tahun 2000

Dimensi Kepuasan kerja	Pacitan		Ponorogo		Sumbawa		Lotim	
	Gap	Signif	Gap	Signif	Gap	Signif	Gap	Signif
Status profesional dan karier	1,66	S	2,50	S	1,75	S	2,55	S
Kerja sama	0,73	S	1,07	S	0,81	S	0,59	S
Kebijakan	0,73	S	1,06	S	0,82	S	0,60	S
Pendapatan dan Penghargaan	1,52	S	2,00	S	1,43	S	1,43	S

Keterangan : Gap = harapan — persepsi nyata

Signif = tingkat signifikansi pada 0,05 antara harapan dan persepsi nyata

Skor antara 1 (rendah) sampai dengan 6 (tinggi)

cukup tinggi (>5). Di sini menunjukkan bahwa kehadiran bidan di desa dengan adanya intervensi yang melibatkan lintas sektor dan dukun menunjukkan hal yang positif. Untuk itu sudah saatnya bidan di desa lebih proaktif dalam mempromosikan dirinya sebagai petugas kesehatan terdepan di masyarakat.

### Perilaku Pelanggan

Keputusan ibu hamil sebagai konsumen untuk menggunakan jasa pelayanan kebidanan di polindes tidak berada pada lingkup yang terisolasi dari lingkungan sekitarnya, tetapi sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Berdasarkan perhitungan yang menggunakan alat bantu yang sama, juga diperoleh nilai skor perilaku konsumen rata-rata dari ke-13 butir pertanyaan. Perilaku ibu bersalin dan pascapersalinan sebagai konsumen polindes dapat terlihat pada Tabel 6.

proporsi biaya untuk pelayanan kuratif relatif tinggi. Jika dilihat dari peran bidan di desa dalam kontribusi biaya polindes tampak bahwa kontribusi biaya yang bersumber dari dana pribadi bidan di desa cukup besar yakni mencapai 30% dari total biaya. Bagi bidan yang laku (kunjungan pasien banyak) tidak menjadi masalah, tetapi bagi bidan di desa terpencil yang tidak banyak pasiennya, akan menjadi masalah yang besar. Untuk itu jika pemerintah benar-benar akan meningkatkan keberhasilan penurunan AKM melalui MPS, maka pembiayaan polindes harus lebih diperhatikan. Pengalokasian anggaran melalui APBD untuk polindes harus dilaksanakan mulai sekarang, karena banyak polindes yang sudah tidak terpakai lagi. Pemberian kelonggaran ijin kepada bidan di desa untuk praktik pengobatan harus dilakukan agar bidan di desa tidak pergi.

Tabel 6. Perilaku Ibu Bersalin terhadap Jasa Pelayanan di Polindes Tahun 2000

Dimensi Perilaku	Variabel	Kabupaten				
		Aspek	No Var	Paclitan	Ponorogo	Sumbawa
1. Kesetiaan	- nilai positif	P1	4,05	4,11	5,22	5,63
	- merekomendasi	P2	4,15	4,41	5,28	5,43
	- meyakinkan	P3	4,12	4,46	5,29	5,48
	- beri jasa terbaik	P4	4,86	5,12	5,16	5,40
	- niatan baik	P5	4,87	5,28	5,15	4,90
2. Pindah	- menghentikan	P6 (-)	1,72	1,40	2,11	1,53
	- berpindah karena tarif	P7 (-)	2,27	1,74	3,08	1,80
3. Bayar lebih	- tetap menggunakan	P8	3,45	4,83	3,61	4,44
	- sanggup bayar lebih	P9	3,83	3,51	3,68	4,30
4. Tanggap keluar	- pindah karena layanan	P10 (-)	2,81	2,19	3,28	1,81
	- mengeluh	P11 (-)	2,39	1,96	2,58	1,45
	- mengumpat	P12 (-)	1,38	1,19	2,10	1,19
5. Tanggap ke dalam	- pengalaman kecewa	P13 (-)	1,32	1,19	1,39	1,06

Keterangan : skor 1 (kurang sekali)-7 (baik sekali)

Dari Tabel 6 tersebut tampak bahwa polindes mempunyai citra yang positif, dan masyarakat merekomendasi, meyakinkan, dan menganggap bahwa polindes merupakan pilihan pertama dalam mencari pelayanan kesehatan di desa dan akan selalu melakukan hubungan yang berkelanjutan untuk masa mendatang. Hal lain yang tampak adalah bahwa masyarakat tidak akan pindah dan menghentikan hubungannya dengan polindes di masa mendatang. Tetapi di lain pihak juga masih terdapat masyarakat yang mengeluh, mengumpat, dan kecewa terhadap pelayanan polindes.

### PEMBAHASAN

Pengertian masyarakat tentang kehadiran polindes belum sepenuhnya benar karena masih banyak anggota masyarakat yang menganggap bahwa polindes adalah poliklinik di desa, sehingga

Kepuasan kerja bidan di desa bekerja di polindes menunjukkan skor yang cukup. Terdapat perbedaan yang bermakna ( $p < 0,05$ ) antara harapan dan persepsi nyata yang berkaitan dengan status profesional dan pengembangan karier, kerja sama, kebijakan, dan pendapatan termasuk penghargaan. Ketidakpuasan yang ada pada diri bidan di desa adalah ketidakjelasan status mereka pasca-PTT, termasuk pengembangan kariernya. Mereka menyadari bahwa selama bertugas sebagai bidan PTT, banyak pelatihan yang mereka dapatkan. Tetapi setelah pasca-PTT apakah upaya peningkatan kemampuan melalui pelatihan apakah masih bisa dirasakan? Inilah salah satu faktor penyebab mereka ketidakterjaminan masa depannya. Pendapatan yang mereka terima di daerah terpencil sangatlah kurang dibandingkan dengan biaya kebutuhan hidupnya yang sangatlah

mahal. Ini juga merupakan salah satu penyebab mereka tidak kerasan di daerah terpencil. Untuk itu sudah saatnya pemerintah harus memperhatikan bidan di desa terpencil khususnya yang berkaitan dengan penghasilannya.

Citra positif yang melekat pada polindes masih cukup tinggi, sehingga merupakan pilihan pertama pencarian pengobatan dan pertolongan kesehatan bagi masyarakat desa. Lebih-lebih lagi adanya pernyataan tidak akan pindah ke pelayanan kesehatan lainnya yang menunjukkan bahwa loyalitas masyarakat terhadap polindes masih sangat tinggi. Hal inilah yang merupakan 'brand image' dari polindes. Diharapkan dengan image yang baik ini, kelangsungan kegiatan polindes dapat dijaga dan ditingkatkan. Kajian terhadap hal-hal yang bernilai negatif bagi polindes harus diperbaiki sehingga polindes merupakan pilihan dalam pencarian pengobatan di desa.

### KESIMPULAN DAN SARAN

1. Biaya penyelenggaraan polindes di daerah terpencil relatif cukup besar karena semakin terpencil lokasinya semakin besar pula biaya operasionalnya. Lebih dari separoh gaji bidan di desa dari pemerintah digunakan untuk membiayai operasional polindes, sedangkan untuk kehidupan sehari-harinya diperoleh dari praktik privatnya. Di sini menunjukkan bahwa polindes sudah dikelola sebagai unit pelayanan privat. Alokasi biaya untuk kegiatan kuratif mendominasi kegiatan operasional polindes. Untuk itu perlu ada kajian yang lebih mendalam agar fungsi polindes dikembangkan menjadi poliklinik desa yang di privatisasi kan.
2. Tingkat kepuasan bidan di desa dalam melaksanakan tugasnya di polindes menunjukkan kurang puas khususnya yang berkaitan dengan pengembangan karier di masa datang. Ketidakjelasan status masa depan dan rendahnya penghargaan yang diterima bidan di desa PTT yang tinggal di desa terpencil serta biaya hidup yang cukup tinggi, menimbulkan ketidakpuasan dalam menjalankan tugas profesinya. Bila hal-hal tersebut dapat diatasi, maka kelangsungan tugas bidan di desa terpencil akan terjamin.
3. Perilaku masyarakat yang cukup baik terhadap keberadaan bidan di desa dan polindesnya, memberikan citra positif sebagai *provider* pelayanan kesehatan di desa. Loyalitas dan tidak inginnya masyarakat di desa untuk pindah ke unit pelayanan kesehatan lain, menunjukkan apa yang telah dibangun dalam rangka persalinan aman sudah meyakinkan hasilnya.

Hal tersebut akan lebih menjamin kelangsungannya bila polindes dapat dikembangkan menjadi poliklinik desa yang mampu memberikan pertolongan kesehatan pada umumnya, bukan hanya pada kasus kebidanan dan persalinan saja. Hal tersebut merupakan strategi diversifikasi melalui pengintegrasian program-program kesehatan di desa sebelumnya seperti pos obat desa dan pondok bersalin desa.

### KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM Bid Kes), Depkes, Jakarta.2003.
2. Departemen Kesehatan RI. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Survei Kesehatan Rumah Tangga 1995, Badan Litbangkes, Jakarta.1996.
3. Fathala.The Long Road to Maternal Death. People.1984;14 (3).
4. Setyowati, Titik, S. Soemantri, Sarimawar Djaja. Angka Kematian Ibu di Indonesia (Analisis Data Susenas 2000). Badan Litbangkes, Depkes, Jakarta.2002.
5. Irianto, Jopko, Soemantri, S., Afifah,T. Tren Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Anak Balita di Indonesia. Analisis Lanjut Data Susenas 2001. Badan Litbang Kesehatan, Jakarta.2002.
6. UNICEF. Situasi Anak-anak di Indonesia, Unicef, Jakarta.1995.
7. Hartline, Michale, D., Ferrel, O.C. The Management of Customer-Contact Service Employees. An Empirical Investigation. Journal of Marketing. 1996;60(4):52-70.
8. Bitner, Mary Jo. Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses, Journal of Marketing. 1990; 54 (April): 69-82.
9. Schneider, Benyamin, David, E. B. Employee and Customer Perceptions of Services: Replication and Extension, Journal of Applied Psychology.1990; 70 (3) :424-33.
10. Gronroos, Christian. From Marketing Mix to Relationship Marketing: Toward a Paradigm Shift in Marketing. Management Decision.1994;32 (2): 4-20.
11. Atkins, Mardeen,P., Brenda, S.M., and Rajshektar, G.J. Happy Employees Lead to Loyal Patients, Journal of Health Care Marketing. 1996; 16(4):15-23.
12. Departemen Kesehatan RI. Modul Pelatihan Desentralisasi Pelayanan Kesehatan.2002.

13. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Chapter 1: Principles of the System of Health Accounts. In: A System of Health Accounts. Paris: OECD.2000.
14. Cravens, David, W. Strategic Marketing. Rochard D.Irwin,Inc. Homewood, Illinois.1991;3.
15. Engel, James, F., Roger, D. Blackwell, and Paul, W. M. Consumer Behavior. The Dryden Press, Florida.1993;7.
16. Zeithaml, Valerie A., Parasuraman, A., and Leonard L.B. Delivering Quality Service, Balancing Customer Perceptions and Expectations, The Free Press, MacMillan Inc, NY. 1990.