



**ANALISIS MUTU PELAYANAN NIFASPERTAMA
(KF1) OLEH BIDAN DI PUSKESMAS
DI KABUPATEN PEMALANG
TAHUN 2018**

PROPOSAL TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2**

**Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**

**Oleh :
RAGIL SRI PAMUNGKAS
NIM : 25010116410008**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2018**

HALAMAN PERSETUJUAN

ANALISIS MUTU PELAYANAN NIFAS PERTAMA (KF1) OLEH BIDAN DI PUSKESMAS DI KABUPATEN PEMALANG TAHUN 2018

Telah disetujui sebagai Usulan Penelitian Tesis
Untuk memenuhi persyaratan Pendidikan Program Pasca Sarjana


Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyetujui
Pembimbing I



Dr. Dra. Chriswardani S., M. Kes
NIP : 196301241989022001

Pembimbing II :



Dr. dr. Apoina Kartini, M. Kes
NIP : 196604171991032002

Mengetahui
Ketua Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat



Dr. Dra. Chriswardani Suryawati, M. Kes
NIP. 196301241989022001

HALAMAN USULAN PENELITIAN

ANALISIS MUTU PELAYANAN NIFAS PERTAMA (KF1) OLEH BIDAN DI PUSKESMAS DI KABUPATEN PEMALANG TAHUN 2018

Bukti Pengesahan Hasil Revisi Proposal Penelitian Tesis
Untuk Memenuhi Persyaratan Pendidikan Program Pasca Sarjana

Telah diseminarkan pada Tanggal 30 April 2018
Setelah diadakan perbaikan, selanjutnya disetujui untuk dilakukan penelitian

Tanda Tangan

Penguji I

dr. Martha Irene Kartasurya, M.Sc., Ph.D
NIP. 19640726 199103 2 003



Penguji II

Dr. M. Zen Rahfiludin, SKM., M.Kes
NIP. 19720420 199702 1 001



Pembimbing I

Dr. Dra. Chriswardani Suryawati, M. Kes
NIP. 19630124 198902 2 001



Pembimbing II

Dr. dr. Apoina Kartini, M.Kes
NIP. 19660417 199103 2 002



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis diberikan kemudahan dapat menyelesaikan proposal tesis dengan judul "Analisis Mutu Pelayanan Nifas Pertama (KF1) oleh Bidan di Puskesmas di Kabupaten Pemalang Tahun 2018". Penyusunan proposal ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat dalam memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan proposal tesis ini dapat dilaksanakan dengan bimbingan, dukungan dan motivasi dari berbagai pihak, karena itu penulis sampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan kepada :

1. Dr. Dra. Chriswardani Suryawati, M. Kes selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta memberikan arahan dalam penyusunan proposal tesis.
2. Dr. dr. Apoina Kartini, M. Kes selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta arahan dalam penyusunan proposal tesis.
3. dr. Martha Irene Kartasurya, M.Sc., Ph. D selaku penguji proposal tesis yang telah memberikan masukan untuk perbaikan proposal tesis ini.
4. Dr. Zen Rahfiludin, SKM., M. Kes selaku penguji proposal tesis yang telah memberikan masukan untuk perbaikan proposal tesis ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan proposal ini masih banyak kekurangan baik dari segi isi maupun sistematika penulisan, maka dari itu saran dan masukan yang bersifat membangun sangat penulis harapkan supaya proposal tesis ini menjadi lebih baik dan bermanfaat.

Semarang, April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN USULAN PENELITIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
DAFTAR SINGKATAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	7
C. Pertanyaan Penelitian	8
D. Tujuan Penelitian	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus	8
E. Manfaat Penelitian	8
F. Ruang Lingkup Penelitian	9
G. Metodologi Penelitian	10
H. Keaslian Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	17
A. Mutu Pelayanan Kesehatan	17
B. Kinerja.....	30
C. Nifas.....	30
D. Bidan.....	34
E. Puskesmas	38

F. Kerangka Teori	40
BAB III METODE PENELITIAN	41
A. Kerangka Konsep Penelitian	41
B. Variabel Penelitian	41
C. Hipotesis Penelitian	41
D. Rancangan Penelitian	42
1. Jenis Penelitian	42
2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data	42
3. Metode Pengumpulan Data	42
4. Populasi Penelitian	43
5. Subyek Penelitian	43
6. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian	43
7. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran	45
8. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian.....	49
9. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	50

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1.1	Keaslian Penelitian	10
Tabel 3.1	Distribusi Sampel Penelitian	45
Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel Penelitian	46
Tabel 4.1	Kuesioner Kemampuan dan Keterampilan	47
Tabel 4.2	Kuesioner Motivasi	48
Tabel 4.3	Kuesioner Imbalan	49
Tabel 4.4	Kuesioner Supervisi	50
Tabel 4.5	Kuesioner Beban Kerja	51

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Pikir Pengukuran menurut Gibson	40
Gambar 2.2	Kerangka Aplikasi menurut Gibson	41
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	42

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Judul Lampiran
Lampiran 1	Lembar Permohonan menjadi Responden
Lampiran 2	Lembar Persetujuan menjadi Responden
Lampiran 3	Kuesioner Kemampuan dan Keterampilan
Lampiran 4	Kuesioner Motivasi
Lampiran 5	Kuesioner Imbalan
Lampiran 6	Kuesioner Supervisi
Lampiran 7	Kuesioner Beban Kerja

DAFTAR SINGKATAN

AKI	= Angka Kematian Ibu
ASI	= Air Susu Ibu
CQI	= <i>Consumer Quality Index</i>
KB	= Keluarga Berencana
KF1	= Kunjungan Nifas ke 1
KF2	= Kunjungan Nifas ke 2
KF3	= Kunjungan Nifas ke 3
KIA-KB	= Kesehatan Ibu dan Anak dan Keluarga Berencana
<i>MDGs</i>	= <i>Milennium Development Goals</i>
PONED	= Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
<i>SDGs</i>	= <i>Sustainable Development Goals</i>
SDM	= Sumber Daya Manusia
SIMPUS	= Sistem Informasi Manajemen Puskesmas
SOP	= Standar Operasional Prosedur
SPM	= Standar Pelayanan Minimal
TFU	= Tinggi Fundus Uteri
UKM	= Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	= Upaya Kesehatan Perorangan
WHO	= <i>World Health Organization</i>
WUS	= Wanita Usia Subur

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Sustainable Development Goals (SDGs) merupakan program dengan kegiatan melanjutkan agenda *Milenium Development Goals* (MDGs) yang belum selesai. Target pencapaian SDGs adalah untuk tahun 2016 – 2030, dengan agenda berisi 17 tujuan dan 169 sasaran pembangunan sehingga diharapkan dapat mengejar ketertinggalan dengan negara lain di dunia, baik negara maju maupun negara berkembang.¹

Target yang telah ditentukan SDGs dalam 1,5 dekade ke depan mengenai angka kematian ibu (AKI) adalah penurunan AKI menjadi 70 per 100 ribu kelahiran hidup. AKI di Indonesia Tahun 2016 sebesar 305 per 100 ribu kelahiran hidup¹, AKI di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 sebesar 111,16 per 100 ribu kelahiran hidup (619 kasus), dengan jumlah kematian ibu terjadi pada masa nifas sebanyak 60,90% (377 kasus).² Tahun 2016 AKI menurun menjadi 109,65 per 100 ribu kelahiran hidup (602 kasus) dengan jumlah kematian ibu pada masa nifas sebanyak 63,12 % (380 kasus).³

Di Kabupaten Pemalang pada Tahun 2015 AKI merupakan urutan ke lima di Jawa Tengah yaitu 32 kasus, 24 kasus terjadi pada masa nifas.⁴ Pada Tahun 2016 AKI menjadi urutan ke dua di Jawa Tengah, meningkat menjadi 45 kasus, kematian pada masa nifas sebanyak 34 kasus.⁵ Tahun 2017 AKI menjadi urutan ke tiga di Jawa Tengah dengan jumlah 25 kasus yang terjadi pada masa nifas sebanyak 18 kasus.⁶ Dari 18 kasus kematian tersebut, 8 kasus diantaranya terjadi pada waktu 40 jam sampai dengan 3 hari setelah melahirkan yang merupakan masa

pelayanan nifas pertama (KF1) dengan penyebab kematian antara lain : PEB, Hipertensi, Perdarahan, Jantung dan Emboli air ketuban.⁷

Dari data diatas menunjukkan bahwa angka kematian ibu di Kabupaten Pematang Jaya masih jauh dari target SDGs dan kematian ibu terbanyak terjadi pada masa nifas. Hal ini seperti disampaikan oleh WHO bahwa masalah bisa terjadi pada masa nifas yang jika tidak ditangani dengan segera dan efektif dapat menyebabkan masalah kesehatan bahkan kematian bagi ibu maupun bayinya, namun perawatan nifas sering diabaikan padahal secara fakta mayoritas kematian ibu dan kecacatan terjadi pada masa nifas dan kematian bayi juga tinggi.⁸ Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Khamidah Achyar, dkk bahwa kasus kematian pada masa nifas di Kabupaten Banyumas meningkat setiap tahun disebabkan komplikasi yang terjadi pada masa nifas yaitu Hipertensi, Pre eklamsi dan Mastitis.⁹ Penelitian lain menunjukkan bahwa kebutuhan akan perawatan nifas di fasilitas kesehatan rendah sehingga penyedia perlu melakukan upaya bersama untuk meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya kunjungan postpartum, meningkatkan penggunaan atau desain pertemuan medis, identifikasi sumber daya komunitas, dan mengembangkan intervensi yang ditargetkan.¹⁰

Perhatian yang dilaksanakan untuk meningkatkan kesehatan ibu pada masa nifas antara lain dengan pelaksanaan pelayanan ibu nifas yaitu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu mulai dari 6 jam sampai dengan 42 hari setelah melahirkan yang dilaksanakan sesuai standar oleh tenaga kesehatan. Pelayanan nifas yang diberikan dalam rangka deteksi dini komplikasi nifas diberikan minimal 3 (tiga) kali yaitu kunjungan nifas pertama (KF1) pada waktu 6 jam sampai 3 hari setelah melahirkan, kunjungan nifas kedua (KF2) dalam waktu 2 (dua) minggu

setelah melahirkan (8-14 hari) dan kunjungan nifas ketiga (KF3) dalam waktu 6 (enam) minggu setelah melahirkan (36-42 hari)¹¹, sebagaimana tujuan utama dari pelayanan obstetrik adalah menurunnya risiko kematian karena komplikasi secara nyata¹².

Pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi oleh bidan dalam masa nifas dilakukan untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi, penjelasan mengenai perawatan tali pusat, deteksi dini komplikasi masa nifas, penanganan dan rujukan terhadap komplikasi yang dapat terjadi, kesehatan secara umum, kebersihan individu, kebutuhan gizi, perawatan bayi, pemberian ASI, imunisasi dan KB¹³.

Mutu pelayanan dasar yang harus diberikan pemerintah kepada masyarakat dapat dilihat dari capaian SPM yang merupakan pencapaian target sebagai hasil kinerja pemerintah maka harus 100% setiap tahunnya.¹⁴ SPM bidang kesehatan untuk pelayanan ibu nifas ditunjukkan dengan cakupan pelayanan nifas, di Jawa Tengah pada Tahun 2015 sebesar 95,69%², Tahun 2016 sebesar 95,54%sedangkan di Kabupaten Pemasang berturut-turut dari Tahun 2015 sampai dengan Tahun 2017 yaitu sebesar 99,12%⁴, 98,88%⁵ dan 92,38%⁷. Cakupan pelayanan nifas dalam 3 (tiga) tahun ini mengalami penurunan dan masih dibawah target SPM Nasional yaitu sebesar 100 %.Dari 22 Puskesmas cakupan pelayanan nifas Tahun 2017 tertinggi di Puskesmas Sarwodadi yaitu 140,77%, sedangkan cakupan pelayanan nifas terendah di Puskesmas Mojo yaitu 83,63%.⁷Cakupan pelayanan nifas yang rendah dapat menyebabkan beberapa masalah pada ibu nifas dan bayi. Permasalahan pada ibu nifas dapat berupa resiko perdarahan pasca melahirkan, pre eklamsi/eklamsi, infeksi dan tidak terdeteksinya penyakit penyerta penyebab kematian, serta permasalahan pemberian ASI eksklusif,

pelayanan KB dan lain-lain yang dapat dicegah, dideteksi dini, diobati maupun dirujuk dengan pelayanan nifas yang bermutu.

Menurut rencana strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 bahwa salah satu pilar utama Program Indonesia Sehat yaitu peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan¹⁵. Pelayanan kesehatan bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dilaksanakan sesuai kriteria dan standar profesional terkini yang memenuhi kebutuhan dan keinginan pelanggan secara efisien dan optimal¹⁶. Dalam pengukuran mutu langkah-langkah yang perlu dilakukan yaitu pembentukan kelompok jaminan mutu layanan kesehatan, penyusunan standar layanan kesehatan, pemilihan teknik pengukuran mutu untuk mengevaluasi mutu layanan kesehatan yang dilaksanakan serta membandingkan kenyataan yang terjadi dengan standar layanan kesehatan yang disepakati.¹⁷

Untuk dapat melaksanakan pelayanan nifas yang bermutu dan berkualitas, maka perlu melakukan peningkatan standar menjaga mutu sebagai acuan dalam memperbaiki dan meningkatkan kinerja pelayanan nifas oleh bidan. Kinerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang dalam melaksanakan tugas sesuai tanggung jawab yang diberikan.¹⁸ Kinerja tenaga kesehatan khususnya bidan merupakan konsekuensi dari tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga berkontribusi terhadap penurunan AKI dan meningkatnya kesehatan ibu dan anak.

Berdasarkan teori Gibson bahwa ada tiga variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja yaitu variabel individu yang terdiri dari kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografi, variabel psikologis yang terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan

motivasi, serta variabel organisasi yang terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, supervisi, beban kerja dan desain pekerjaan. Hasil yang diharapkan dari setiap perilaku adalah prestasi dalam melaksanakan pekerjaan sehingga pelayanan yang diberikan bermutu.¹⁹

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kebidanan dan kinerja bidan, antara lain seperti hasil penelitian tentang mutu pelayanan nifas yaitu serapan perawatan sebelum dan sesudah kelahiran di Haiti tidak optimal. Meski sering terjadi laporan ketentuankomponen layanan standar, pesan konseling rendah. Penyediaan pesan konseling standar yang konsistendengan pelatihan penyedia pelayanan dianjurkan untuk meningkatkan kualitas dan pengambilan perawatan di Haiti.²⁰ Hasil penelitian lain mengungkapkan bahwa kualitas layanan perawatan intrapartum dari perspektif klien rendah. Perbaikan harus difokuskan pada melibatkan klien dalam pengambilan keputusan, penyediaan informasi tentang kondisi mereka dan perawatan, dan ketentuan privasi dan kerahasiaan. Ada juga kebutuhan untuk meningkatkan jumlah danketersediaan penyedia layanan kesehatan di bangsal persalinan.²¹

Hasil penelitian di Puskesmas Mantingan menunjukkan variabel yang berhubungan dengan mutu pelayanan antenatal care yaitu umur ($r=0,445$) p value (0,014), masa kerja ($r=0,401$) p value (0,028) dan pengetahuan ($r=0,437$) p value (0,016).²² Hasil penelitian lain tentang mutu pelayanan neonatus di Puskesmas Oesao ada pengaruh yang signifikan dari aspek sumber daya manusia dan aspek obat secara parsial dan simultan terhadap mutu pelayanan neonatus.²³ Hasil penelitian

menunjukkan tingkat kepatuhan bidan di desa terhadap standar layanan ANC masih rendah (74,28%) dan layanan konseling merupakan komponen layanan dengan tingkat kepatuhan terendah (61,32%). Penelitian ini membuktikan bahwa kepatuhan bidan di desa terhadap standar ANC dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu supervisi, pengetahuan, dan komitmen organisasi.²⁴

Hasil penelitian mengenai kinerja bidan di Kabupaten Kapuas bahwa umpan balik (*immediate feedback*), insentif (*incentive*), lingkungan (*environment*), pengetahuan (*knowlegde*), mempunyai pengaruh yang positif dan signifikan terhadap kinerja bidan desa Kabupaten Kapuas.²⁵ Hasil penelitian lain menunjukkan ada hubungan antara kemampuan, beban kerja, disiplin kerjadan motivasi kerja dengan kinerja tenaga kesehatan di Puskesmas Lapadde Kota Parepare.²⁶ Hasil penelitian juga menunjukkan beban kerja, stres kerja dan motivasi kerja secara simultan berpengaruh signifikan terhadap kinerja perawat Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru.²⁷

Di Kabupaten Pematang Jaya mulai Tahun 2018 terdapat 25 Puskesmas yang sebelumnya 22 Puskesmas, terdiri dari 18 Puskesmas Rawat Jalan dan 7 Puskesmas Rawat Inap, 7 Puskesmas menjadi Puskesmas PONEB dan 18 Puskesmas merupakan Puskesmas mampu persalinan dimana semua persalinan wajib ditolong di Puskesmas atau dirujuk ke Rumah Sakit jika diperlukan. Setiap Puskesmas terdapat 1 (satu) orang bidan koordinator yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan program Kesehatan Ibu dan Anak dan KB (KIA-KB) dibantu oleh bidan pelaksana, bidan desa dan bidan pegawai tidak tetap, dengan jumlah keseluruhan bidan puskesmas di Kabupaten Pematang Jaya sebanyak 360 orang.²⁸

Di Kabupaten Pematang Jaya pelayanan nifas di puskesmas dilaksanakan oleh semua bidan yang bertugas di ruang KIA-KB dan ruang bersalin, baik didalam gedung maupun luar gedung berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada. Kebijakan pelayanan nifas dilaksanakan sebanyak tiga kali, yaitu pelayanan nifas pertama (KF1) dilaksanakan oleh bidan saat ibu nifas masih berada di puskesmas, untuk pelayanan nifas kedua dan ketiga dilaksanakan dengan kunjungan ulang ibu nifas ke puskesmas atau kunjungan rumah oleh bidan desa sesuai dengan jadwal, namun hal tersebut belum dilaksanakan secara optimal.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada Bulan Februari 2018 tentang pelayanan nifas terhadap 10 orang bidan di enam Puskesmas, melalui wawancara dan observasi didapatkan informasi bahwa : semua bidan disamping memberikan pelayanan di ruang KIA-KB juga melaksanakan pelayanan di ruang bersalin sesuai jadwal yang telah disepakati secara bergantian. Belum ada pelatihan bagi bidan tentang pelayanan nifas, padahal pelatihan bagi bidan sangat penting untuk dapat melaksanakan pekerjaan dengan baik.

Bidan dalam pelaksanaan pelayanan nifas belum sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP), dan semua bidan belum lengkap dalam memberikan pelayanan nifas yang terdiri dari identifikasi dan analisis masalah meliputi pengkajian data subyektif dan obyektif, perumusan diagnosa sudah dilaksanakan, penyusunan rencana belum maksimal hanya berdasarkan keluhan pasien, pelaksanaan tindakan sudah dilaksanakan berdasarkan keluhan, belum semua bidan melakukan evaluasi, konseling tentang masa nifas hanya diberikan secara umum. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Roberts dan Prevost bahwa mutu pelayanan kesehatan terkait dimensi kesesuaian pelayanan

kesehatanyang dilaksanakan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologisert a otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien²⁹.Belum semua bidan melakukan pencatatan di register pemeriksaan ibu nifas maupun rekam medik namun di masukkan melalui Sistim Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) kunjungan pasien, juga dicatat di buku KIA pasien, hal ini tidak sesuai dengan manajemen kebidanan yang harus melakukan dokumentasi setelah melakukan pelayanan kebidanan.¹³

Tidak adadukung an danatransportasi kunjungan nifas ke rumah pasien hal ini akan berpengaruh pada mutu pelayanan kesehatan karena jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan maka sulit diharapkan mutu pelayanan kesehatan.³⁰Juga sebagai imbalan bagi bidan atas pekerjaan yang telah dilakukan.

Belum ada pembinaan atau pengawasan yang intensif dari bidan koordinator, kepala puskesmas maupun Dinas Kesehatan terhadap pelaksanaan pelayanan nifas hal ini diketahui ada bidan desa yang tidak mengetahui harus melaksanakan kunjungan rumah ke ibu nifas di wilayahnya, hal ini akan berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan karena untuk menjaga mutu pelayanan diperlukan pengawasan dan penilaian dari organisasi atau manajemen³⁰.

Bidan ada yang merangkap sebagai bendahara dan pemegang program (program lansia, program imunisasi dll) hal ini akanmenambah beban kerja pegawai bersangkutan, berpengaruh pada mutu pelayanan kesehatan karena mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga pelaksana.

Berdasarkan hal tersebut diatasbahwa kematian ibu pada masa nifas masih tinggi dancakupan kunjungan nifas di Kabupaten Pematang

belum mencapai target SPM, setelah dilakukan studi pendahuluan ditemukan beberapa permasalahan yang mungkin menyebabkan pelaksanaan pelayanan nifas belum dapat dilaksanakan secara optimal, karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui tentang faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan nifas oleh bidan di puskesmas di Kabupaten Pematang Jaya.

B. PERUMUSAN MASALAH

Kematian ibu pada masa nifas di Kabupaten Pematang Jaya masih tinggi khususnya pada masa pelayanan nifas pertama (KF1). Perhatian untuk mengatasi masalah tersebut antara lain dengan pelayanan ibu nifas yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan bayi, deteksi dini dan penanganan komplikasi pada masa nifas. Kebijakan pelayanan nifas dilaksanakan sebanyak tiga kali, yaitu pelayanan nifas pertama (KF1) dilaksanakan oleh bidan saat ibu nifas masih berada di puskesmas, pelayanan nifas kedua dan ketiga dilaksanakan dengan kunjungan ulang ibu nifas ke puskesmas atau kunjungan rumah oleh bidan desa sesuai dengan jadwal.

Cakupan pelayanan nifas Tahun 2015 sampai dengan Tahun 2017 mengalami penurunan dan belum mencapai target SPM. Cakupan pelayanan nifas yang rendah dapat menyebabkan beberapa masalah pada ibu nifas dan bayi. Permasalahan pada ibu nifas dapat berupa resiko perdarahan pasca melahirkan, pre eklamsi/eklamsi, infeksi dan tidak terdeteksinya penyakit penyerta penyebab kematian, serta permasalahan pemberian ASI eksklusif, pelayanan KB dan lain-lain yang dapat dicegah, dideteksi dini, diobati maupun dirujuk dengan pelayanan nifas yang bermutu.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bidan di puskesmas diketahui ada beberapa permasalahan antara lain bidan belum pernah mengikuti pelatihan pelayanan nifas, bidan belum melaksanakan pelayanan nifas sesuai SOP yang ada, tidak ada dukungan dana transport bidan untuk kunjungan nifas ke rumah pasien, belum ada supervisi pelaksanaan pelayanan nifas yang rutin oleh bidan koordinator, kepala puskesmas maupun Dinas Kesehatan sehingga mungkin mempengaruhi mutu pelayanan nifas sehingga tujuan pelayanan nifas belum dapat tercapai secara optimal.

C. PERTANYAAN PENELITIAN

Berdasarkan uraian diatas maka pertanyaan penelitiannya adalah bagaimana mutu pelayanannifas dan faktor-faktor apakah yang mempengaruhi mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidanpuskesmas di KabupatenPemalang?

D. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan menganalisis mutu pelayanan nifas pertama (KF1) dan faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan puskesmas di Kabupaten Pemalang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan puskesmas di Kabupaten Pemalang.
- b. Mendeskripsikan kemampuan dan keterampilan, motivasi, imbalan, supervisi dan beban kerja bidan pelaksana pelayanan nifas di puskesmas.
- c. Menganalisis hubungan antara kemampuan dan keterampilan dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.

- d. Menganalisis hubungan antara motivasi dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.
- e. Menganalisis hubungan antara imbalan dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.
- f. Menganalisis hubungan antara supervisi dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.
- g. Menganalisis hubungan antara beban kerja dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.
- h. Menganalisis secara bersama-sama pengaruh kemampuan dan keterampilan, motivasi, imbalan, supervisi dan beban kerja terhadap mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.

E. MANFAAT PENELITIAN

1. Untuk Institusi Dinas Kesehatan Kabupaten Pematang

Dapat digunakan sebagai informasi dan bahan masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan nifas, serta sebagai bahan pertimbangan pembuatan dan pengambilan keputusan dalam menentukan strategi upaya penurunan dan pencegahan kematian ibu.

2. Untuk Puskesmas

Dapat digunakan sebagai masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan nifas oleh bidan.

3. Untuk MIKM Universitas Diponegoro

Dapat menambah referensi dan kepustakaan dalam pengembangan pengetahuan bidang administrasi kebijakan kesehatan mengenai pelayanan nifas, serta dapat digunakan sebagai bahan penelitian selanjutnya.

4. Untuk Peneliti

Dapat menambah wawasan mengenai pelayanan nifas serta dapat mengembangkan ilmu yang telah diperoleh selama pendidikan sehingga bermanfaat untuk masyarakat luas khususnya bidang kesehatan.

F. RUANG LINGKUP PENELITIAN

1. Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian dimulai dari pengambilan data pada Bulan Oktober 2017 sampai dengan Bulan Pebruari 2018, kemudian penelitian dilaksanakan pada Bulan Agustus sampai dengan Bulan September 2018

2. Ruang Lingkup Tempat

Tempat penelitian dilaksanakan di puskesmas di Kabupaten Pematang Jaya.

3. Ruang Lingkup Materi

Materi dibatasi pada mutu pelayanan nifas pertama (KF1).

G. METODOLOGI PENELITIAN

Metode penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan jenis penelitian *Crossectional*.

H. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian tentang mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan di puskesmas di Kabupaten Pematang Jaya belum pernah dilakukan, namun ada beberapa penelitian lain yang hampir sama dengan penelitian ini antara lain:

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
1. Therese A Wieggers, 2009 ³¹	The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands	Jenis penelitian : survey pos pada 1.248 sampel ibu hamil dengan analisis factor dan analisis keandalan.	41,5% responden dalam perawatan primer selama kehamilan, persalinan, kelahiran dan periode postpartum, menerima perawatan dari bidan atau dokter umum, 31,3% responden melahirkan di rumah. Mayoritas wanita 58,5% rujukan dari perawatan primer ke sekunder atau sebaliknya, setidaknya satu kali., dua persen wanita memiliki satu atau lebih USG selama kehamilan. Skor kualitas pengobatan tinggi: rata-rata 3,75 pada skala 1 sampai 4. Secara keseluruhan peringkat pada skala 0 - 10 untuk kualitas perawatan selama periode antenatal dan selama persalinan, kelahiran dan postpartum tinggi juga, rata-rata 8.36.	Persamaan : meneliti tentang kualitas pelayanan kebidanan. Perbedaan : jenis penelitian dengan survey pos.
2. Nisa, Fauzi yaton, 2012,	Analisis Kinerja Bidan Delima dalam Penerapan Standar Pelayanan Ibu nifas (studi kasus di Kota Surabaya) ³²	Jenis penelitian : deskriptif kualitatif cross sectional. Variabel: Kualitas dalam penerapan standar pelayanan pada ibu nifas, kuantitas dalam penerapan standar pelayanan nifas, ketepatan waktu dalam pelayanan nifas, efektifitas sumber daya dalam pelayanan nifas, kebutuhan supervisi dalam pelayanan nifas,	Kinerja bidan dari segi kualitas belum dilaksanakan sesuai standar pelayanan nifas baik dari pemberian pelayanan dan kesesuaian langkah-langkah pemeriksaan, kuantitas cakupan kunjungan menurun, ketepatan waktu belum sesuai jadwal, efektifitas SDM belum maksimal baik alat asisten dan keikutsertaan program jampersal, supervisi dilaksanakan jika ada kasus, kerjasama belum maksimal.	Persamaan : sampel penelitian bidan sebagai pelaksana pelayanan nifas. Perbedaan : jenis penelitian.

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
3. Fatimah Jamir, A, 2012	Analisis Kinerja Bidan Desa dalam Pelayanan Nifas di Wilayah Puskesmas Kabupaten Bone Propinsi Sulawesi Selatan Tahun 2012 ³²	pengaruh hubungan interpersonal dalam pelayanan nifas Jenis penelitian : deskriptif kualitatif cross sectional. Variabel: Kuantitas dalam pelayanan nifas, kualitas dalam pelayanan nifas, ketepatan waktu dalam pelayanan nifas, efektifitas sumber daya dalam pelayanan nifas, kebutuhan supervisi dalam pelayanan nifas, pengaruh hubungan interpersonal dalam pelayanan nifas.	Kinerja bidan desa dari aspek kualitas belum dilaksanakan sesuai standar pelayanan nifas, dari segi kuantitas cakupan nifas kunjungan menurun, ketepatan waktu belum sesuai dengan jadwal pelayanan nifas, efektifitas sumber dana jampersal dan jamkesmas belum dimanfaatkan secara optimal, dan ketersediaan fasilitas belum merata serta kelengkapan alat pelayanan nifas dilakukan mandiri, pengawasan belum sesuai kebutuhan bidan desa, jalinan kerjasama belum dilaksanakan maksimal dan menyeluruh.	Persamaan : sampel penelitian bidan sebagai pelaksana pelayanan nifas. Perbedaan : jenis dan variabel penelitian.
4. Sri Lestari, 2013	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Bidan dalam Kunjungan Nifas Pertama di Kota Semarang Tahun 2013 ³³	Jenis penelitian : observasional analitik dengan rancangan belah lintang.	58,1% responden berkinerja baik dalam kunjungan nifas pertama, Tidak ada hubungan antara beban kerja dengan kinerja bidan dalam kunjungan nifas pertama.	Persamaan : sampel penelitian bidan sebagai pelaksana pelayanan nifas. Perbedaan : variable dan jenis penelitian.
5. Wahyuni, Sri, 2014	Analisis Masukan dan Proses Asuhan Pelayanan Nifas oleh Bidan Pelaksana di Wilayah Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2014 ³⁴	Jenis Penelitian Kualitatif, secara cross sectional.	Pelaksanaan asuhan dari aspek input : SDM secara kuantitas masih kurang, secara kualitas pengetahuan bidan tentang asuhan nifas sesuai standar belum ada,	Persamaan : sampel penelitian bidan sebagai pelaksana pelayanan nifas. Perbedaan : jenis dan variabel penelitian.
6. Saptaning	Faktor-Faktor yang	Jenis penelitian kuantitatif,	Ada hubungan antara persepsi	Persamaan : sampel penelitian

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
rum, Epi, 2015	Mempengaruhi Motivasi Bidan Pelaksana dalam Pelayanan Ibu Nifas di Wilayah Kabupaten Blora Tahun 2014. ³⁵	secara cross sectional.	administrasi dan kebijakan, persepsi supervisi, persepsi pekerjaan itu sendiri, persepsi kondisi lingkungan dengan motivasi bidan, dari keempat faktor tersebut yang berpengaruh terhadap motivasi adalah faktor persepsi pekerjaan itu sendiri.	bidan sebagai pelaksana pelayanan nifas dan jenis penelitian. Perbedaan : variable penelitian.
7. Mohd Noor Norhayati 1*, Nik Hussain Nik Hazlina2, Ab Razak Asrenee3 and Zaharah Sulaiman2 , 2017	The experiences of women with maternal near miss and their perception of quality of care in Kelantan, Malaysia: a qualitative study ³⁶	Metode penelitian : Pendekatan fenomenologis kualitatif dengan metode wawancara mendalam	Hampir semua wanita (93,3%) memiliki pendidikan menengah dan tersier dan 63,3% dipekerjakan. Persepsi perempuan tentang kualitas perawatan mereka dipengaruhi oleh kompetensi dan ketepatan dalam penyediaan perawatan, komunikasi interpersonal, pembagian informasi dan kualitas fisik sumber daya. Kecenderungan untuk mencari perawatan kesehatan dipengaruhi oleh biaya, sikap diri dan keyakinan.	Persamaan : penelitian tentang kualitas pelayanan kebidanan untuk menurunkan AKI. Perbedaan : jenis dan variabel penelitian.
8. Felix Sayinzoga 1* , Leon Bijlmakers 2, Koos van der Velden3 and Jeroen van Dillen4, 2017	Severe maternal outcomes and quality of care at district hospitals in Rwanda— a multicentre prospective case-control study ³⁶	Metode penelitian : kasus-kontrol prospektif	Rasio insidens SMO adalah 38,4 per 1000 kelahiran hidup (95% CI 33,4-43,4) Penyebab utama SMO adalah postpartum haemorrhage (23,4%), ruptur uteri (22,9%), komplikasi terkait aborsi (16,8%), malaria (13,6%) gangguan hipertensi (8,9%). Angka kematian kasus tinggi untuk wanita dengan gangguan hipertensi (10,5%; CI 3.3-24.3) dan perdarahan	Persamaan : menggunakan indikator standar untuk kualitas pelayanan. Perbedaan : jenis dan variabel penelitian.

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
Ragil P, 2018	Analisis Mutu Pelayanan Nifas Pertama (KF1) oleh bidan di puskesmas di Kabupaten Pemalang Tahun 2018	Jenis penelitian Kuantitatif dengan pendekatan crossectional	postpartum berat (8%; CI 0,5-15,5). Stillbirth (OR = 181.7; CI 43.5-757.9) dan lama tinggal di rumah sakit (OR = 7,9; CI 4,5-13,8) sangat terkait dengan hasil yang parah. Ada hubungan antara kemampuan dan keterampilan dengan mutu pelayanan nifas pertama. Tidak ada hubungan antara motivasi, imbalan, supervise dan beban kerja dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1)	

Perbedaan penelitian tentang analisis mutu pelayanan nifas oleh bidan di puskesmas di Kabupaten Pemalang dengan penelitian lain adalah tempat penelitian, variabel penelitian dan penelitian ini menggunakan pengamatan langsung kepada bidan pelaksana pelayanan nifas di puskesmas untuk mengetahui tingkat mutu pelayanan nifas melalui kepatuhan bidan dalam memenuhi standar pelayanan nifas yang telah ditetapkan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Mutu

Mutu diartikan sebagai sejauh mana pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) maupun prosedur tetap medis.¹⁶

Mutu pelayanan dapat diketahui setelah dilakukan penilaian terhadap tingkat kesempurnaan, sifat, wujud, dan ciri-ciri pelayanan terhadap kepatuhan terhadap standar pelayanan, hal ini tidak mudah karena mutu pelayanan bersifat multidimensional. Setiap orang tergantung latar belakang kepentingan masing-masing dapat melakukan penilaian dari dimensi berbeda.³⁷

2. Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan³⁷

Ada empat hal pendekatan mencapai pelayanan prima melalui peningkatan mutu pelayanan :

a. Pelanggan dan harapannya

Harapan pelanggan mendorong upaya peningkatan mutu pelayanan. Organisasi pelayanan kesehatan mempunyai pelanggan potensial. Harapan pelanggan harus diidentifikasi dan diprioritaskan dan membuat kriteria untuk menilai kesuksesan.

b. Perbaikan kinerja

Bila harapan pelanggan telah diidentifikasi selanjutnya adalah mengidentifikasi dan melaksanakan kinerja staf dan dokter untuk mencapai konseling, adanya pengakuan, dan pemberian reward.

c. Proses perbaikan

Proses perbaikan juga penting. Seringkali kinerja disalahkan karena masalah pelayanan dan ketidakpuasan pelanggan pada saat proses sendiri tidak dirancang dengan baik untuk mendukung pelayanan. Dengan melibatkan staf dalam proses pelayanan, maka dapat mengidentifikasi masalah proses yang dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan, mendiagnosis penyebab, mengidentifikasi, dan menguji pemecahan atau perbaikan.

d. Budaya yang mendukung perbaikan terus menerus

Untuk mencapai pelayanan prima diperlukan organisasi yang tertib. Itulah sebabnya perlu untuk memperkuat budaya organisasi, sehingga dapat mendukung peningkatan mutu. Untuk dapat melakukannya harus sejalan dengan dorongan peningkatan mutu pelayanan terus menerus.

3. Aktivitas Mutu

Dalam mencapai mutu ada beberapa aktivitas yang dilakukan oleh penanggung jawab, penggerak dan pejuang mutu antara lain :

a. Manajemen risiko

Merupakan program dalam mengelola risiko untuk mencegah permasalahan mutu sebagai upaya mengembangkan system berbasis permasalahan mutu yang dialami sebelumnya.

b. *Utilization Review*

Merupakan telaah pemanfaatan untuk mengkaji, menelaah, monitor dan evaluasi layanan dengan upaya efisiensi sumber daya manusia, dana dan waktu baik secara *prospective*, *concurrent* dan *retrospective review*.

c. *Peer review*

Merupakan tinjauan dan telaah pelayanan oleh sekelompok teman sejawat.

d. Indikator

Merupakan instrument sebagai indikasi dalam mencapai kinerja atau mutu pelayanan yang terdiri indikator kinerja untuk memonitor dan mengukur kinerja pelaksanaan pelayanan, sedangkan indikator klinis untuk mengukur hasil klinis pelayanan berupa kesakitan dan kematian.

e. Prosedur tetap

Disebut juga *Standard Operating Procedure* (SOP) adalah pedoman petunjuk pelaksanaan atau praktek yang digunakan oleh institusi pelayanan kesehatan dalam memberikan layanan kepada pasien yang disusun berdasarkan *evidence based medicine* walaupun dalam pelaksanaannya ada perbedaan atau variasi dalam pemberian sesuai kondisi pasien.

f. Audit Medis

Merupakan pendekatan sistematis dalam menelaah dan analisis pelayanan medis berdasarkan standar tertentu yang dilakukan secara *peer review* atau pihak independen dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan.

g. *Clinical Pathway*

Merupakan peta pelayanan untuk pasien yang tergolong biasa atau umum.

h. Algoritma

Dipergunakan untuk membantu dalam proses pembuatan keputusan.

i. *Benchmarking*

Merupakan observasi atau perbandingan dengan fasilitas lain yang baik dan serupa baik benchmarking internal maupun eksternal.

4. Dimensi dan Karakteristik Mutu

Dua hal penting karakteristik mutu :

a. Bagaimana melakukan sesuatu hal dengan benar (*doing the right things*) yaitu mutu memiliki karakteristik :

- 1) *Efficacy* (pelayanan memberikan manfaat yang diinginkan)
- 2) *Appropriateness* (pelayanan yang diberikan berdasarkan kebutuhan pasien)

b. Melakukan sesuatu hal secara benar (*doing the right things*), yaitu mutu memiliki karakteristik :

- 1) *Availability* (pelayanan yang dibutuhkan tersedia)
- 2) *Timeliness* (tepat waktu)
- 3) *Effectiveness* (keberhasilan dalam kondisi di lapangan)
- 4) *Continuity* (pelayanan berkelanjutan)
- 5) *Safety* (pelayanan yang diberikan aman)
- 6) *Efficiency* (pelayanan yang efisien)
- 7) *Respect and caring* (pelayanan diberikan dengan sopan, hormat dan perhatian)

Dimensi karakteristik mutu juga terkait ha-hal berikut:

- 1) *Acceptability* (pelayanan yang diberikan dapat diterima)
- 2) *Legitimacy/Accountability*(pelayanan dapat dipertanggungjawabkan)
- 3) *Accessibility*(pelayanan dapat dicapai oleh pasien)
- 4) *Amenities*(nyaman)
- 5) *Technical competence*(kompetensi teknis)

- 6) *Interpersonal relationship*(hubungan antar manusia)
- 7) *Affordability*(pelayanan terjangkau oleh masyarakat)
- 8) *Reliability*(dapat dipercaya)
- 9) *Assurance*(jaminan)
- 10) *Tangible*(nyata/tampak)
- 11) *Empathy*(empati)
- 12) *Responsiveness*(responsif)

5. Cara Mengukur Mutu

- a. Donabedian mengelompokkan model pengukuran mutu dalam tiga komponen antara lain:

1) Struktur

Menunjukkan kontribusi tempat pelayanan kesehatan. Komponen ini dikategorikan dalam input fisik, staf, keuangan serta pengelolaan organisasi. Fisik dapat berupa tanah, gedung, alat baik bergerak maupun tidak bergerak, kendaraan, meja kursi, obat, bahan medis habis pakai dan lain-lain. Staf meliputi jumlah dan kualitas petugas pemberi pelayanan kesehatan. Keuangan merupakan ketersediaan dana dalam mendukung proses pemberian pelayanan kesehatan. Struktur organisasi merupakan hubungan otoritas, pengelolaan dan pemberdayaan serta pembuatan keputusan.

2) Proses

Merupakan langkah-langkah yang dilaksanakan dalam menjalankan prosedur. Proses mentransformasi *input* ke dalam *outcome*. Proses mengukur pencarian dalam identifikasi masalah yang mengganggu pemberian pelayanan, juga menilai

fungsi-fungsi yang diberikan petugas dan menilai sejauh mana petugas melakukan pelayanan.

3) *Outcome*

Merupakan hasil dari prosedur-prosedur yang telah dilakukan. Contohnya angka kesakitan, angka kematian, angka kejadian infeksi, tingkat kepuasan pasien ataupun efek pelayanan terhadap status kesehatan pasien maupun masyarakat, perbaikan pengetahuan dan juga perubahan perilaku.

b. Juran, 1988 dan Maxwell, 1984 juga mengembangkan cara pengukuran mutu pelayanan kesehatan dari kalangan industry dan sumber-sumber lain yaitu :

1) Ketepatan waktu

Termasuk akses, waktu tunggu dan waktu tindakan.

2) Informasi

Penjelasan dari jawaban apa, mengapa, bagaimana, kapan dan siapa.

3) Kompetensi teknis

Termasuk pengetahuan kedokteran dan keperawatan, keterampilan dan pengalaman, teknologi, keparipurnaan dan keberhasilan pengobatan.

4) Hubungan antar manusia

Dalam hal ini termasuk rasa hormat, sopan santun, perilaku dan empati.

5) Lingkungan

Termasuk gedung, taman, kebersihan, kenyamanan dan keamanan.

6. Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan

Untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang mempunyai peranan penting adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan yaitu setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat.

a. Syarat pelayanan kesehatan yang baik:

- 1) Tersedia (*available*)
- 2) Menyeluruh (*comprehensive*)
- 3) Terpadu (*integrated*)
- 4) Berkesinambungan (*continue*)
- 5) Adil/merata (*equity*)
- 6) Mandiri (*sustainable*)
- 7) Wajar (*appropriate*)
- 8) Dapat diterima (*acceptable*)
- 9) Dapat dicapai (*accessible*)
- 10) Dapat dijangkau (*affordable*)
- 11) Efektif (*effective*)
- 12) Efisien (*efficient*)
- 13) Bermutu (*Quality*)

Pelayanan bermutu dapat menghindari efek samping karena penggunaan kemajuan ilmu pengetahuan teknologi kedokteran juga untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan masyarakat (*health needs and demands*). Upaya menyelenggarakan pelayanan bermutu dilakukan

berbagai cara yang dilakukan secara terarah dan terencana dalam ilmu administrasi kesehatan dikenal dengan Program Menjaga Mutu (*Quality Assurance Program*).

b. Batasan

Program menjaga mutu adalah suatu proses yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai kemampuan yang dimiliki, serta menilai hasil yang dicapai guna menyusun saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

c. Tujuan program menjaga mutu secara umum ada 2 :

1) Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

2) Tujuan Khusus

- Diketahui masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
- Diketahui penyebab munculnya masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
- Tersusun upaya penyelesaian masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan yang ditemukan.
- Terselenggara upaya penyelesaian masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan yang ditemukan.
- Tersusunnya saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

d. Sasaran

Sasaran program menjaga mutu adalah pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

Setiap pelayanan kesehatan terdapat 4 unsur pokok :

1) Unsur masukan

Adalah semua hal yang diperlukan untuk terselenggaranya suatu pelayanan kesehatan. Unsur masukan yang terpenting : tenaga, dana, sarana. Jika tenaga dan sarana (kuantitas dan kualitas) tidak sesuai standard dan dana tidak tersedia sesuai kebutuhan maka sulit diharapkan mutu pelayanan kesehatan.

2) Unsur lingkungan

Yaitu keadaan sekitar yang mempengaruhi penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Untuk institusi kesehatan keadaan sekitar yang terpenting adalah kebijakan, organisasi dan manajemen. Secara umum apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tidak sesuai standar dan atau tidak mendukung maka sulit bermutunya pelayanan kesehatan.

3) Unsur Proses

Adalah semua tindakan yang dilakukan pada waktu menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Tindakan tersebut dibedakan menjadi 2 : tindakan medis dan non medis. Jika 2 tindakan ini tidak sesuai standar maka pelayanan kesehatan tidak bermutu.

4) Unsur Keluaran

adalah yang menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan. Penampilan ada 2 : penampilan aspek medis pelayanan kesehatan dan penampilan aspek non medis pelayanan kesehatan. Apabila keduanya tidak sesuai standar maka pelayanan kesehatan tidak bermutu.

e. Mutu Pelayanan

Untuk dapat menyelenggarakan program menjaga mutu, perlu dipahami mutu pelayanan kesehatan dan batasan sebagai berikut :

- Mutu adalah tingkat kesempurnaan dan penampilan sesuatu yang sedang diamati.
- Mutu adalah sifat yang dimiliki suatu program
- Mutu adalah totalitas dan wujud serta ciri suatu barang atau jasa yang didalamnya terkandung pengertian rasa aman, atau pemenuhan kebutuhan para pengguna.
- Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.

Keempat hal tersebut dapat diketahui jika dilakukan penilaian, namun hal tersebut tidak mudah karena multidimensional.

Penelitian yang dilakukan oleh Roberts dan Prevost berhasil membuktikan perbedaan dimensi tersebut:

- Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan mutu pelayanan kesehatan terkait pada ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dan pasien, keprihatinan, serta keramahan petugas melayani pasien dan kesembuhan penyakit yang diderita pasien.
- Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan terkait dimensi kesesuaian pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dengan perkembangan ilmu pengetahuan teknologi dan otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien.

- Bagi penyanggah dana pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan terkait efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan dan atau kemampuan menekan beban biaya penyanggah dana.

Penelitian lain oleh Smith dan Metzner juga mencatat adanya perbedaan dimensi tersebut. Untuk para dokter penyelenggara kesehatan, dimensi mutu pelayanan kesehatan yang penting adalah pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter (80%), perhatian dokter kepada pasien (60%), keterampilan dokter (50%) efisiensi pelayanan kesehatan (45%) kenyamanan pasien (8%).

Sedangkan menurut pasien mutu pelayanan kesehatan dipandang penting: efisiensi pelayanan kesehatan (45%), perhatian dokter pada pasien (45%) pengetahuan ilmiah dokter (40%) keterampilan dokter (35%) kenyamanan pelayanan kesehatan (35%).

f. Batasan mutu pelayanan kesehatan :

1) Batasan pada derajat kepuasan pasien

Untuk menghindari subyektifitas yang dapat mempersulit pelaksanaan program menjaga mutu ditetapkan bahwa kepuasan walaupun orientasi tetap individual tetapi ukuran yang dipakai adalah kepuasan rata-rata penduduk. Jadi pelayanan kesehatan bermutu jika pelayanan kesehatan tersebut memuaskan pasien sesuai kepuasan rata-rata penduduk.

2) Pembatasan pada upaya yang dilakukan

Untuk melindungi pemakai jasa pelayanan kesehatan, ditetapkan upaya untuk kepuasan pasien sesuai kode etik serta standar pelayanan kesehatan profesi, pelayanan kesehatan walaupun

memuaskan pasien tetapi apabila tidak sesuai kode etik dan standar pelayanan profesi maka bukan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Berdasarkan batasan diatas maka mutu pelayanan kesehatan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yaitu dapat memuaskan pasien sesuai tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta tata cara penyelenggaraan sesuai kode etik dan standar pelayanan profesi yang ditetapkan.

g. Standar

Masalah mutu muncul karena ada penyimpangan terhadap standar yang ditetapkan. Batasan standar adalah sebagai berikut:

- 1) Standar adalah keadaan ideal atau tingkat pencapaian tertinggi dan sempurna yang digunakan sebagai batas penerimaan.
- 2) Standar adalah kisaran variasi yang masih dapat diterima.
- 3) Standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai berkaitan parameter yang ditetapkan.
- 4) Standar adalah spesifikasi dan fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh suatu sarana pelayanan kesehatan agar pemakai jasa pelayanan kesehatan dapat memperoleh keuntungan maksimal dari pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
- 5) Standar adalah tujuan produksi yang numerik, lazimnya ditetapkan sendiri namun mengikat yang dipakai sebagai pedoman untuk memisahkan yang tidak dapat diterima dengan yang dapat diterima.

Sesuai peranan yang dimiliki masing-masing unsur pelayanan kesehatan, standar dalam program menjaga mutu dibedakan dua macam :

- 1) Standar persyaratan minimal

Menunjuk pada keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal ini dibedakan 3 macam:

a) Standar masukan

Standar masukan ditetapkan persyaratan minimal unsurmasukan yang perlu disediakan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu yaitu jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga pelaksana, jenis, jumlah dan spesifikasi sarana serta jumlah dana.

b) Standar lingkungan

Standar lingkungan ditetapkan persyaratan minimal unsur lingkungan untuk pelayanan kesehatan yang bermutu: garis-garis besar kebijakan, pola organisasi serta system manajemen yang harus dipatuhi oleh setiap pelaksana pelayanan kesehatan. Dikenal dengan standar organisasi dan manajemen.

c) Standar proses

Adalah tindakan medis dan tindakan non medis pelayanan kesehatan. Standar proses ini dikenal dengan standar tindakan. Karena baik tidaknya mutu pelayanan kesehatan ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses, maka perlu disusun standar proses.

2) Standar penampilan minimal

Adalah yang menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan yang masih dapat diterima. Standar ini karena menunjuk pada unsur keluaran, disebut dengan standar keluaran atau standar penampilan. Untuk mengetahui apakah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan masih dalam batas wajar atau tidak perlu ditetapkan standar keluaran.

Untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan keempat standar ini perlu dipantau dan dinilai secara objektif dan kesinambungan. Apabila ditemukan penyimpangan segera diperbaiki.

h. Bentuk

1) Program menjaga mutu prospektif

Dilaksanakan sebelum pelayanan kesehatan diselenggarakan perhatian lebih utama pada masukan dan lingkungan, antara lain :

- a) Standarisasi
- b) Perizinan
- c) Sertifikasi
- d) Akreditasi

2) Program menjaga mutu konkuren

Dilaksanakan bersamaan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, perhatian utama pada unsur proses dengan menilai tindakan medis dan non medis yang dilakukan. Jika kedua-duanya dapat dilakukan dengan baik maka pelayanan kesehatan bermutu. Program ini paling baik namun sulit dilakukan karena ada faktor tenggang rasa serta bias pada waktu pengamatan. Seseorang akan cenderung hati-hati saat diamati, kecuali jika pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh 1 tim atau jika sudah terbentuk kelompok kesejawatan.

3) Program menjaga mutu retrospektif

Dilaksanakan setelah pelayanan kesehatan diselenggarakan, terutama pada unsur keluaran yaitu unsur penampilan pelayanan kesehatan, jika dilaksanakan dibawah standar maka pelayanan kesehatan kurang bermutu. Contohnya :

- a) Reviu rekam medis

b) Reviu jaringan

c) Survey klien

Jika ditinjau dari kedudukan organisasi yang diserahkan tanggung jawab melaksanakan program menjaga mutu, bentuk program menjaga mutu dibedakan menjadi dua :

1) Program menjaga mutu internal

Pada bentuk ini kedudukan organisasi yang bertanggung jawab menyelenggarakan program menjaga mutu berada didalam institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Ditinjau dari peranan pelaksanaanya dibedakan menjadi dua :

a) Para pelaksana program menjaga mutu adalah para ahli yang tidak terlibat dalam pelayanan kesehatan.

b) Para pelaksana program menjaga mutu adalah mereka yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

2) Program menjaga mutu eksternal

Pada bentuk ini kedudukan organisasi yang bertanggung jawab menyelenggarakan program menjaga mutu berada diluar institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

i. Kegiatan

a) Kegiatan persiapan

a) Membentuk organisasi yang bertanggung jawab melaksanakan program menjaga mutu.

b) Menetapkan batas-batas wewenang dan tanggung jawab organisasi program menjaga mutu.

c) Menjabarkan ruang lingkup kegiatan yang diselenggarakan organisasi pelaksana program menjaga mutu.

- d) Menetapkan aspek pelayanan kesehatan yang dipandang penting untuk diperhatikan.
 - e) Menetapkan tolak ukur dan ambang batas untuk aspek pelayanan kesehatan yang dipandang penting.
- b) Kegiatan pelaksanaan
- a) Menetapkan masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
 - b) Menetapkan prioritas masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
 - c) Melakukan analisis masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
 - d) Melakukan kajian masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
 - e) Menetapkan dan menyusun upaya penyelesaian masalah mutu pelayanan kesehatan
 - f) Melaks upaya penyelesaian masalah mutu pelayanan kesehatan
 - g) Melakukan pemantauan dan menilai kembali masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselesaikan

Kegiatan pelaksanaan program menjaga mutu identik dengan kegiatan lingkaran pemecahan masalah yang dapat digambarkan sebagai berikut :

- 1) Menetapkan masalah dan prioritas masalah mutu pelayanan kesehatan.
- 2) Menetapkan penyebab dan prioritas penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan.
- 3) Menetapkan cara dan prioritas cara penyelesaian masalah mutu
- 4) Melaksanakan prioritas cara penyelesaian masalah mutu
- 5) Melakukan penilaian hasil yang dicapai

6) Menyusun saran tindak lanjut.

Pada waktu menyelenggarakan ke 5 kegiatan ini beberapa hal yang perlu diperhatikan:

- 1) Berkesinambungan yaitu dilaksanakan terus menerus.
- 2) Sistematis yaitu mengikuti alur kegiatan serta sasaran yang baku
- 3) Objektif yaitu pada waktu menetapkan masalah, penyebab masalah, dan penilaian tidak dipengaruhi oleh pertimbangan lain tetapi berdasar data yang ada.
- 4) Terpadu yaitu pelaksanaan program menjaga mutu harus terpadu dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

a. Manfaat

Manfaat program menjaga mutu pelayanan kesehatan :

- 1) Dapat meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan
- 2) Dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan
- 3) Dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan
- 4) Dapat melindungi penyelenggara pelayanan kesehatan dan kemungkinan timbulnya gugatan hukum.

B. Kinerja

1. Definisi Kinerja

Definisi Kinerja menurut Bambang Kusriyanto (1991:3) merupakan perbandingan hasil yang dapat dicapai oleh tenaga kerja sesuai dengan perannya per satuan waktu (per jam).

Definisi kinerja menurut Faustino Cardosa Gomes (1995:195) yaitu output, efektivitas dan efisiensi yang dihubungkan dengan produktifitas.

Selain itu definisi kinerja menurut A.A. Anwar Prabu Mangkunegara (2000:67) bahwa kinerja merupakan hasil kerja baik secara kualitas maupun kuantitas yang dicapai karyawan dalam melaksanakan tugas sesuai tanggung jawab yang diberikan.

Dapat disimpulkan bahwa kinerja sumberdaya manusia adalah hasil kerja baik kuantitas atau kualitas yang dicapai persatuan waktu untuk melaksanakan tugas sesuai tanggung jawab yang diberikan.¹⁸

Kinerja individu merupakan hasil :

- a. Atribut individu, menentukan kapasitas dalam mengerjakan sesuatu, meliputi : faktor individu (kemampuan dan keahlian, demografi dan latar belakang), dan faktor psikologis : persepsi, attitude, pembelajaran, personality serta motivasi.
- b. Upaya kerja, membentuk keinginan dalam mencapai sesuatu.
- c. Dukungan organisasi, memberikan kesempatan dalam berbuat sesuatu, meliputi sumber daya, lingkungan kerja, kepemimpinan, struktur organisasi serta job design.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja

Kinerja seorang tenaga kerja dalam suatu organisasi atau institusi kerja dipengaruhi oleh banyak faktor baik faktor dari dalam karyawan itu sendiri maupun faktor lingkungan. Menurut Gibson (1987) faktor yang menentukan kinerja seseorang dapat dikelompokkan menjadi 3 faktor utama yakni:

- a. Variabel individu, terdiri dari: pemahaman terhadap pekerjaannya, pengalaman kerja, latar belakang keluarga, tingkat sosial ekonomi, dan faktor demografi (umur, jenis kelamin, etnis, dan sebagainya).

- b. Variabel organisasi, antara lain terdiri dari: kepemimpinan, desain pekerjaan, sumber daya yang lain, struktur organisasi, beban kerja, supervisi dan sebagainya.
- c. Variabel psikologis, terdiri dari persepsi terhadap pekerjaan, sikap terhadap pekerjaan, motivasi dan kepribadian.

Sedangkan menurut Stoner kinerja seorang tenaga kerja dipengaruhi oleh: motivasi, kemampuan, dan faktor persepsi.

Faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*). Hal ini sesuai dengan pendapat Keith Davis dalam A.A . Anwar Prabu Mangkunegara (2000:67) merumuskan bahwa:

$$\text{Human Performance} = \text{Ability} \times \text{Motivation}$$

$$\text{Motivation} = \text{Attitude} \times \text{Situation}$$

$$\text{Ability} = \text{Knowledge} \times \text{Skill}$$

Menurut Henry Simamora (1995), kinerja dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu:

- a. Faktor individual yang terdiri dari:
 - 1) Kemampuan dan keahlian
 - 2) Latar belakang
 - 3) Demografi
- b. Faktor psikologis yang terdiri dari:
 - 1) Persepsi
 - 2) Sikap
 - 3) Kepribadian
 - 4) Pembelajaran
 - 5) Motivasi
- c. Faktor organisasi yang terdiri dari:

- 1) Sumber daya
- 2) Kepemimpinan
- 3) Penghargaan
- 4) Struktur
- 5) Design pekerjaan
- 6) Supervisi

3. Penilaian Kinerja

Andrew E. Sikula (1981) yang dikutip A.A Anwar Prabu Mangkunegara (2000) mengemukakan bahwa “penilaian pegawai merupakan evaluasi yang sistematis dari pekerjaan pegawai dan potensi yang dapat dikembangkan. Penilaian dalam proses penafsiran atau penentuan nilai, kualitas atau status dari beberapa obyek orang ataupun sesuatu (barang)”. Dari beberapa pendapat ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa evaluasi kinerja adalah penilaian yang dilakukan secara sistematis untuk mengetahui hasil pekerjaan karyawan dan kinerja organisasi.¹⁸

Tujuan evaluasi kinerja adalah untuk memperbaiki atau meningkatkan kinerja organisasi melalui peningkatan kinerja sumber daya manusia. Secara lebih spesifik, tujuan dari evaluasi kinerja sebagaimana dikemukakan Agus Sunyoto (1999) adalah:

- a. Meningkatkan saling pengertian antara karyawan tentang persyaratan
- b. Mencatat dan mengakui hasil kerja seorang karyawan sehingga mereka termotivasi untuk berbuat yang lebih baik atau sekurang-kurangnya berprestasi sama dengan prestasi yang terdahulu.
- c. Memberikan peluang kepada karyawan untuk mendiskusikan keinginan dan aspirasinya dan meningkatkan kepedulian terhadap karier atau pekerjaan yang diembannya sekarang.

- d. Mendefinisikan atau merumuskan kembali sasaran masa depan sehingga karyawan termotivasi untuk berprestasi sesuai dengan potensinya.
- e. Memeriksa rencana pelaksanaan dan pengembangan yang sesuai dengan kebutuhan pelatihan, khusus rencana diklat, dan kemudian menyetujui rencana itu jika tidak ada hal-hal yang perlu diubah.¹⁸

Manfaat penilaian kinerja antara lain :

- a. Menjadi dasar pengambilan keputusan untuk menentukan prestasi, pemberhentian dan mengukur balas jasa.
- b. Mengukur sejauh mana karyawan menyelesaikan pekerjaan.
- c. Dasar evaluasi efektivitas kegiatan suatu perusahaan/organisasi.
- d. Dasar evaluasi program latihan dan keefektifan jadualkerja, metode, struktur organisasi, kondisi kerja dan pengawasan.
- e. Indikator menentukan kebutuhan latihan karyawan dalam organisasi.
- f. Alat meningkatkan motivasi kerja untuk *performance* yang baik.
- g. Alat untuk melihat kekurangan atau kelemahan dan untuk meningkatkan kemampuan karyawan.
- h. Membuat criteria dalam menentukan, menyeleksi dan menempatkan karyawan.
- i. Menjadi alat dalam memperbaiki dan mengembangkan kecakapan pegawai.
- j. Menjadi dasar memperbaiki dan membuat uraian tugas.

C. Masa Nifas

1. Definisi Nifas

Masa nifas adalah masa yang dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan pulihnya alat-alat kandungan seperti sebelum hamil yang berlangsung selama kurang lebih 6 (enam) minggu.³⁰

2. Tahapan Masa Nifas

Tahapan pada masa nifas antara lain¹³ :

b. Periode immediate postpartum

Masa setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu bidan harus teratur melakukan pemeriksaan kontraksi rahim, pengeluaran lochia, tekanan darah serta suhu.

c. Periode early postpartum (24 jam - 1 minggu)

Pada masa ini bidan memastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

d. Periode late postpartum (1 minggu – 5 minggu)

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

3. Standar Pelayanan Nifas

a. Perawatan Bayi Baru Lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernapasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, mendeteksi kelainan dan melakukan tindakan atau rujukan sesuai kebutuhan serta mencegah dan menangani hypothermia.

b. Penanganan pada 2 (dua) jam pertama setelah persalinan

Bidan memantau ibu dan bayi terhadap komplikasi pada dua jam pertama setelah melahirkan dan melakukan tindakan sesuai kebutuhan serta menjelaskan hal-hal untuk pemulihan kesehatan ibu dan pemberian ASI.

c. Pelayanan bagi Ibu dan Bayi masa nifas

Bidan memberikan pelayanan nifas dengan kunjungan rumah hari ketiga, minggu kedua serta pada minggu keenam setelah melahirkan untuk proses pemulihan yang benar dengan perawatan tali pusat, penemuan dini, penanganan dan rujukan komplikasi yang bisa terjadi pada masa nifas, penjelasan kesehatan secara umum, gizi, perawatan bayi, ASI, Imunisasi dan KB.

4. Gambaran Klinis Masa Nifas

Setelah melahirkan ibu dapat mengalami peningkatan suhu badan sampai dengan 38°C. Jika suhu badan melebihi 38°C selama dua hari berturut-turut maka kemungkinan adanya infeksi.

Setelah melahirkan rahim akan menjadi keras karena terjadi kontraksi sehingga dapat menutup pembuluh darah. Kontraksi rahim ini menimbulkan rasa nyeri diikuti pengeluaran cairan sisa dari lapisan endometrium dan sisa dari perlekatan plasenta yang disebut lokia.

Pengeluaran lokia disebut abnormal apabila:

- a. Perdarahan berkepanjangan;
- b. Pengeluaran lokia tertahan;
- c. Lokia berbentuk nanah;
- d. Nyeri berlebihan;
- e. Adanya sisa plasenta yang menyebabkan perdarahan;
- f. Terjadinya infeksi intra uterin.

Kedadaan tersebut diatas memerlukan penanganan (Manuaba, 1998)

5. Perawatan Masa Nifas

Perawatan pada nifas dilakukan lebih aktif dengan cara mobilisasi dini yang mempunyai keuntungan :

- a. Memperlancar pengeluaran lokia;
- b. Mempercepat pengecilan rahim;

- c. Melancarkan fungsi alat pencernaan dan perkemihan;
- d. Melancarkan peredaran darah dan mempercepat fungsi ASI dan metabolisme.

Perawatan masa nifas dilakukan dengan pengawasan antara lain :

- a. Rawat gabung ibu dengan bayi dalam satu ruangan untuk menjamin kelancaran ASI;
- b. Pemeriksaan umum meliputi kesadaran ibu dan keluhan setelah melahirkan;
- c. Pemeriksaan khusus meliputi : fisik, fundus uteri, payudara, pengeluaran lochia, luka jalan lahir;
- d. Pemulangan ibu nifas pada persalinan normal dapat dilakukan setelah ibu dalam keadaan baik dan tidak ada keluhan yaitu setelah 2-3 hari perawatan.

Nasehat yang diberikan pada saat pemulangan antara lain:

- a. Diet / kebutuhan gizi;
- b. Pakaian;
- c. Buang air kecil dan buang air besar;
- d. Payudara dan ASI;
- e. Kembalinya menstruasi. (Manuaba,1998)

6. Kebijakan Program Nasional Nifas

- a. Pelayanan kesehatan setelah melahirkan meliputi pelayanan kesehatan ibu dan pelayanan kesehatan bayi. Pelayanan kesehatan ibu dilaksanakan minimal tiga kali selama nifas yaitu :
 - 1) 1 (satu) pada periode 6 (enam) jam sampai 3 (tiga) hari setelah melahirkan.

- 2) 1 (satu) pada periode 4 (empat) hari sampai 28 (dua puluh delapan) hari setelah melahirkan.
- 3) 1 (satu) pada periode 29 (empat) hari sampai 42 (dua puluh delapan) hari setelah melahirkan.

Kegiatan pelayanan tersebut diatas meliputi :

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu;
 - 2) Pemeriksaan pada Tinggi Fundus Uteri (TFU);
 - 3) Pemeriksaan pengeluaran dari jalan lahir dan perdarahan;
 - 4) Pemeriksaan pada jalan lahir;
 - 5) Pemeriksaan pada payudara dan penyuluhan tentang ASI Eksklusif;
 - 6) Pemberian vitamin A;
 - 7) Pelayanan KB setelah melahirkan;
 - 8) Konseling; dan
 - 9) Penanganan pada risiko tinggi dan kejadian komplikasi masa nifas.³⁸
- b. Menurut Sarwono Prawiroharjo kebijakan kunjungan masa nifas dilaksanakan 4 (empat) kali untuk memeriksa kondisi ibu dan bayi sebagai upaya pencegahan, deteksi dan penanganan masalah yang dapat terjadi, yaitu :
- 1) Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan) : mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri*; mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa

nifas karena *atonia uteri*; pemberian ASI awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir; menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hipotermia*; jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

- 2) Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan) : Memastikan *involusio uterus* berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah *umbilicus*, tidak ada perdarahan *abnormal*; memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan) disesuaikan berdasarkan perubahan fisik, fisiologis, dan psikologis yang diharapkan dalam dua minggu *pasca partum*. Perhatian khusus harus diberikan pada seberapa baik wanita mengatasi perubahan ini dan tanggung jawabnya yang baru sebagai orang tua. Pada saat ini juga adalah kesempatan terbaik untuk meninjau pilihan kontrasepsi yang ada. Banyak pasangan memilih memulai hubungan seksual segera setelah *lochia* ibu menghilang.
- 4) Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan) : menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami; memberikan konseling untuk keluarga berencana secara dini.

D. Bidan

1. Pengertian Bidan

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan dan telah teregistrasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.³⁹

2. Peran dan Fungsi Bidan

a. Peran bidan sebagai pelaksana

1). Tugas mandiri

- b) Menerapkan manajemen kebidanan terhadap asuhan kebidanan yang diberikan.
- c) Memberikan pelayanan dasar terhadap remaja dan perempuan pranikah.
- d) Memberikan asuhan kebidanan pada kehamilan normal
- e) Memberikan asuhan kebidanan pada persalinan
- f) Memberikan asuhan kebidanan bayi baru lahir.
- g) Memberikan asuhan kebidanan ibu nifas.
- h) Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur (WUS) dan KB.
- i) Memberikan asuhan kebidanan terhadap perempuan dengan gangguan reproduksi, klimakterium dan menopause.

2). Tugas Kolaborasi

- a) Menerapkan manajemen kebidanan pada asuhan kebidanan dengan komplikasi dan *emergency*.
- b) Memberikan asuhan kebidanan terhadap ibu hamil resiko tinggi dan pertolongan pertama gawat darurat dengan kolaborasi.
- c) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu nifas resiko tinggi dan pertolongan pertama dengan kolaborasi.

- d) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin resiko tinggi dan pertolongan pertama dengan kolaborasi.
- e) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir resiko tinggi dan pertolongan pertama dengan kolaborasi.
- f) Memberikan asuhan kebidanan pada balita resiko tinggi dengan komplikasi dan pertolongan pertama dengan kolaborasi.

3). Tugas Rujukan

- a). Menerapkan manajemen kebidanan pada asuhan kebidanan yang memerlukan tindakan diluar kewenangan dan memerlukan rujukan.
- b). Memberikan asuhan kebidanan dengan konsultasi dan rujukan ibu hamil resiko tinggi dan kegawatdaruratan.
- c). Memberikan asuhan kebidanan dengan konsultasi dan rujukan ibu bersalin resiko tinggi dan kegawatdaruratan.
- d). Memberikan asuhan kebidanan dengan konsultasi dan rujukan ibu nifas resiko tinggi dan kegawatdaruratan.
- e). Memberikan asuhan kebidanan dengan konsultasi dan rujukan bayi baru lahir resiko tinggi dan kegawatdaruratan.
- f). Memberikan asuhan kebidanan dengan konsultasi dan rujukan balita resiko tinggi dan kegawatdaruratan.

b. Peran bidan sebagai pendidik

Peran bidan sebagai pendidik :

- 1) Bidan harus mampu memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada individu, keluarga dan masyarakat terkait KIA-KB.

- 2) Bidan dapat melatih dan membimbing kader, dukun bayi dan mahasiswa kebidanan diwilayah kerjanya.
- c. Peran bidan sebagai investigator
- Bidan mampu melakukan investigasi maupun penelitian bidang kesehatan baik mandiri maupun kelompok.
- d. Peran bidan sebagai pengelola
- 1) Bidan mampu mengembangkan pelayanan kebidanan pada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat di wilayah kerjanya.
 - 2) Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program diwilayah kerjanya dengan meningkatkan kemampuan kader, dukun bayi dan tenaga kesehatan lain di bawah bimbingannya.
- e. Peran bidan sebagai fasilitator
- Bidan mampu memberikan bimbingan teknis dan memberdayakan pihak yang didampinginya baik kader, dukun bayi atau tokoh masyarakat dalam mencapai tujuan.
- f. Peran bidan sebagai advocator
- Peran bidan tidak lepas dari proses membangun dukungan, consensus, membuat iklim yang membahagiakan dan supportif tentang isu tertentu dengan serangkaian tindakan yang direncanakan secara baik dan matang.
- g. Peran bidan sebagai motivator
- 1) Memberi arahan dan motivasi serta bimbingan untuk meningkatkan kesadaran pada kader, dukun bayi atau masyarakat.

- 2) Memberikan motivasi kepada dukun bayi, kader dan masyarakat supaya bersama-sama meningkatkan pelayanan kesehatan.

3. Ruang Lingkup Praktik Kebidanan

Bidan yang memberikan pelayanan kesehatan wajib memenuhi pelayanan kebidanan sebagai pijakan pelayanan, terdiri dari 24 standar yang dikelompokkan menjadi :

a. Standar pelayanan umum (2 standar)

- 1) Standar 1 : persiapan menuju keluarga sehat
- 2) Standar 2 : pencatatan dan pelaporan

b. Standar pelayanan antenatal (6 standar)

- 1) Standar 3 : identifikasi ibu hamil
- 2) Standar 4 : pemeriksaan dan pemantauan antenatal
- 3) Standar 5 : palpasi abdominal
- 4) Standar 6 : pengelolaan anemia kehamilan
- 5) Standar 7 : pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan
- 6) Standar 8 : persiapan persalinan

c. Standar pelayanan pertolongan persalinan (4 standar)

- 1) Standar 9 : asuhan persalinan kala 1
- 2) Standar 10 : persalinan kala II yang aman
- 3) Standar 11 : pengeluaran plasenta dengan penegangan tali pusat
- 4) Standar 12 : penanganan kala I dengan gawat janin melalui episiotomy.

d. Standar pelayanan nifas (3 standar)

- 1) Standar 13 : perawatan bayi baru lahir
- 2) Standar 14 : penanganan pada dua jam pertama setelah

persalinan.

3) Standar 15 : pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

e. Standar penanganan kegawatdaruratan obsetri-neonatal (9 standar)

1) Standar 16 : penanganan perdarahan dalam kehamilan pada trimester III

2) Standar 17 : penanganan kegawat daruratan pada eklamsia

3) Standar 18 : penanganan kegawatan pada partus lama

4) Standar 19 : persalinan dengan Vakum Ekstraktor

5) Standar 20 : penanganan kegawatdaruratan retensio plasenta

6) Standar 21 : penanganan perdarahan post-partum primer

7) Standar 22 : penanganan perdarahan pos-tpartum sekunder

8) Standar 23 : penanganan sepsis puerpuralis

9) Standar 24 : penanganan asfiksia neonatorum¹³

4. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan metode dalam proses berpikir logis serta sistematis dalam melaksanakan asuhan kebidanan. Hal ini dilaksanakan untuk memberi keuntungan bagi bidan sebagai pemberi asuhan maupun klien. Manajemen kebidanan merupakan bagian proses pemecahan masalah yang menyelaraskan pikiran dan tindakan dengan dasar ilmu pengetahuan dan keterampilan yang berfokus pada klien.

Asuhan kebidanan merupakan bagian layanan kesehatan untuk mewujudkan kesehatan keluarga yang sejahtera. Pendekatan yang dilakukan oleh bidan adalah dengan metode manajemen kebidanan melalui tahapan-tahapan yaitu :

a. Identifikasi dan analisis masalah meliputi pengumpulan data baik subyektif dan objektif.

- b. Merumuskan diagnosis masalah utama dan potensial serta pentingnya konsultasi, kolaborasi maupun rujukan.
- c. Merumuskan rencana tindakan.
- d. Melaksanakan tindakan sesuai kewenangan bidan.
- e. Melaksanakan evaluasi hasil tindakan untuk menilai tingkat keberhasilan tindakan serta bahan tindak lanjut.

Semua tahapan dari manajemen kebidanan harus didokumentasikan sebagai bagian dari tanggung jawab dan tanggung gugat serta keperluan lain contoh untuk bahan referensi maupun penelitian.

E. Puskesmas

1. Definisi

Pusat kesehatan masyarakat atau puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang dalam pelaksanaannya menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat serta upaya kesehatan perorangan pada tingkat pertama dan menguatamakan upaya preventif, promotif diwilayah kerjanya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.⁴⁰

2. Tujuan pembangunan kesehatan di puskesmas untuk mewujudkan masyarakat yang :

- a. Berperilaku sehat meliputi kesadaran, kemauan serta kemampuan hidup sehat;
- b. Dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu;
- c. Hidup di lingkungan yang sehat;
- d. Individu, keluarga, kelompok serta masyarakat memiliki derajat kesehatan optimal.

3. Prinsip penyelenggaraan Puskesmas :

- a. Paradigma sehat;

- b. Pertanggungjawaban wilayah;
- c. Kemandirian masyarakat;
- d. Pemerataan;
- e. Teknologi tepat guna;
- f. Terpadu dan berkesinambungan.

Puskesmas memiliki tugas melaksanakan kebijakan kesehatan dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan pada wilayah kerjanya dan mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

4. Wilayah kerja dan ruang lingkup pelayanan Puskesmas

Wilayah kerja meliputi satu atau sebagian kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas wilayah, keadaan geografi dan infrastruktur merupakan pertimbangan menentukan wilayah kerja puskesmas, yang ditentukan oleh Bupati atau walikota setempat karena puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II. Sasaran penduduk yang dilayani oleh setiap puskesmas rata-rata 30.000 penduduk.

5. Ruang lingkup pelayanan

- f. Kuratif (pengobatan)
- g. Preventif (upaya pencegahan)
- h. Promotif (peningkatan kesehatan)
- i. Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)

6. Tata kerja

- a. Berkoordinasi dengan kantor kecamatan.
- b. Bertanggungjawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten.
- c. Bermitra dengan sarana pelayanan kesehatan tingkat 1 lainnya.
- d. Kerjasama dengan fasilitas kesehatan rujukan.
- e. Berkoordinasi dengan lintas sektor.

- f. Bermitra dengan organisasi yang menghimpun tokoh masyarakat.
7. Fasilitas penunjang puskesmas³⁷
- a. Puskesmas Pembantu
Befungsi melaksanakan kegiatan puskesmas dalam ruang lingkup wilayah lebih kecil.
 - b. Puskesmas Keliling
Merupakan unit pelayanan kesehatan keliling dilengkapi kendaraan roda empat atau perahu motor dan peralatan kesehatan, peralatan komunikasi serta tenaga dari puskesmas. Fungsi puskesmas keliling adalah menunjang kegiatan puskesmas dalam wilayahkerja yang tidak terjangkau oleh pelayanan kesehatan.
 - c. Bidan Desa
Ditempatkan seorang bidan di desa pada setiap desa yang belum ada fasilitas pelayanan kesehatan yang tinggal di desa tersebut dan bertanggung jawab langsung kepada kepala puskesmas. Wilayah kerja bidan desa adalah satu desa dengan rata-rata jumlah penduduk 3000 jiwa.
8. Organisasi dan tata laksana kerja puskesmas
- a. Pertemuan berkala
Pertemuan berkala antara kepala puskesmas dengan stafnya termasuk pukesmas pembantu dan bidan desa perlu dilakukan secara teratur setidaknya 1 bulan sekali, pembagian tugas dan penjadualan pertemuan dilakukan melalui mini lokakarya puskesmas.
 - b. Bimbingan Teknis dan Supervisi
Selain pertemuan berkala, kepala puskesmas perlu datang ke fasilitas penunjang puskesmas untuk melihat dan mmemberi

bimbingan kepada staf untuk memelihara disiplin kerja dalam melaksanakan tugas dan meningkatkan system rujukan yaitu konsultasi dari staf , melimpahkan pengetahuan dan keterampilan.

9. Dalam menjalankan tugas, puskesmas menyelenggarakan fungsi :

a. Menyelenggarakan UKM tingkat pertama.

- 1) Melaksanakan perencanaan berdasar analisis masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan.
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- 3) Melaksanakan KIE dan pemberdayaan masyarakat.
- 4) Menggerakkan masyarakat dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan;
- 5) Melaksanakan pembinaan teknis;
- 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia;
- 7) Memantau pembangunan berwawasan kesehatan;
- 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses, mutu dan cakupan pelayanan kesehatan;
- 9) Memberikan rekomendasi tentang masalah kesehatan dan dukungan kewaspadaan dini dan penanggulangan penyakit.

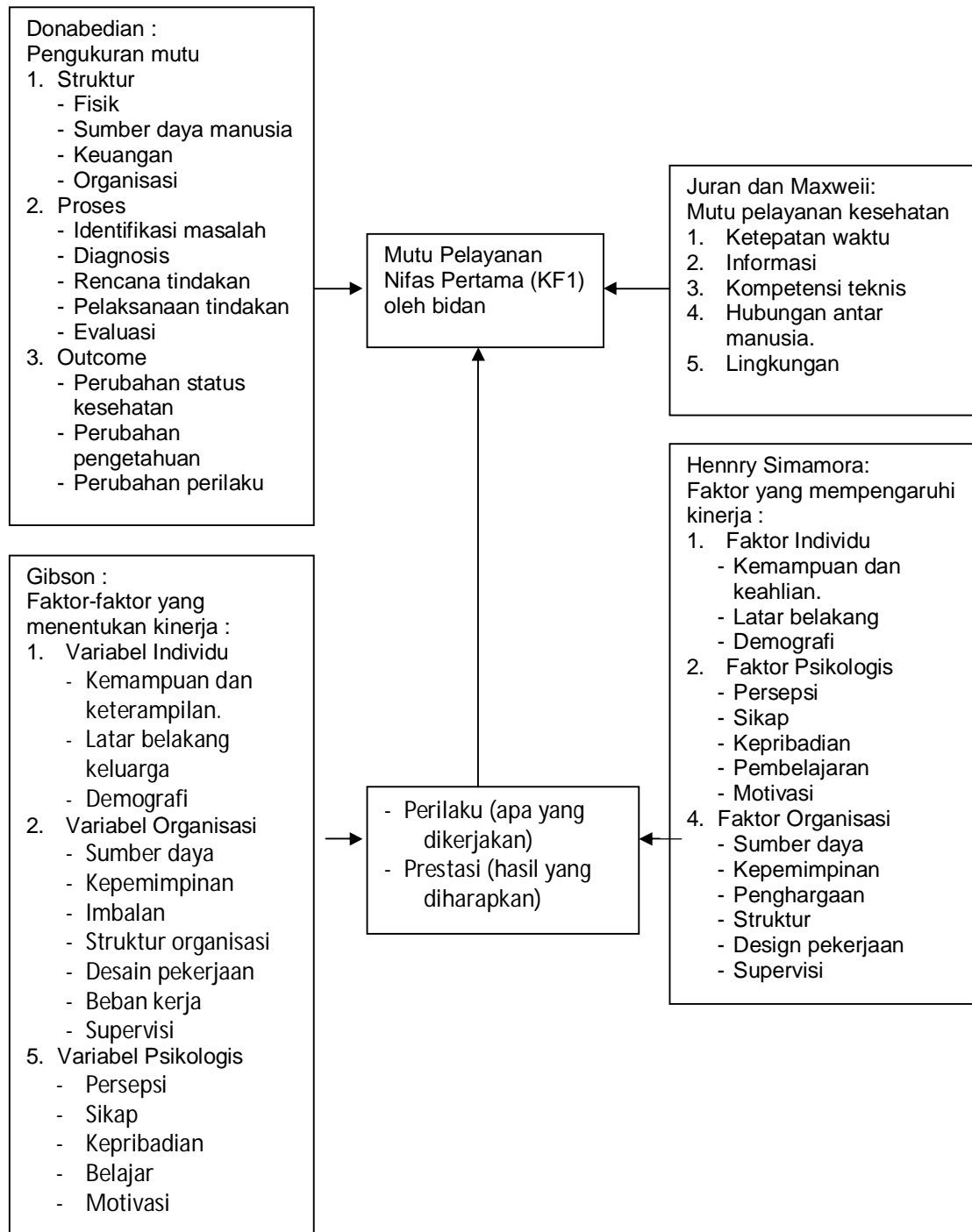
b. Menyelenggarakan UKP tingkat pertama

- 1) Melaksanakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkelanjutan dan bermutu;
- 2) Melaksanakan upaya kesehatan terutama promotif dan preventif;
- 3) Melaksanakan pelayanan kesehatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- 4) Melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;

- 5) Melaksanakan pelayanan kesehatan secara koordinatif antar dan inter profesi;
- 6) Melaksanakan rekam medik;
- 7) Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi pada mutu dan akses pelayanan kesehatan;
- 8) Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan;
- 9) Melaksanakan koordinasi dan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya;
- 10) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai indikasi medis dan sistem rujukan⁴⁰

F. Kerangka Teori

Kerangka teori untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan yaitu seperti dalam gambar dibawah ini :

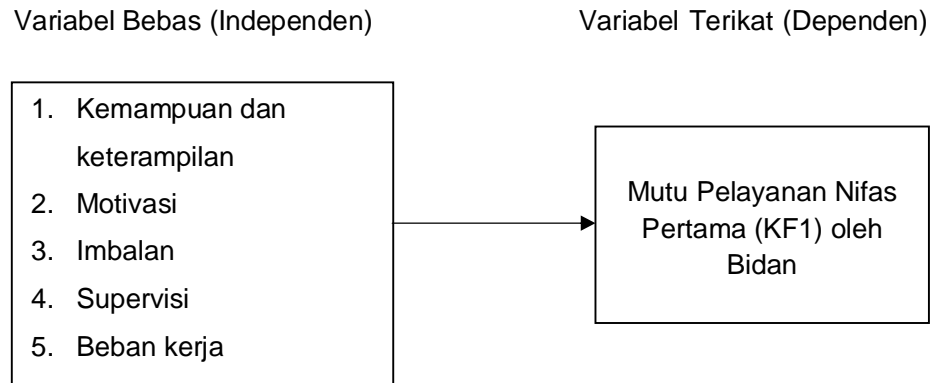


Gambar 2.1 : Kerangka Teori gabungan Donabedian, Juran dan Maxwell,
Gibson dan Henry Simamora¹⁸¹⁹¹⁷

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah:

- a. Kemampuan dan keterampilan
- b. Motivasi
- c. Imbalan
- d. Supervisi
- e. Beban kerja

2. Variabel Terikat dalam penelitian ini adalah mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.

C. Hipotesis Penelitian

1. Adahubungan antara kemampuaan keterampilan dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.

2. Adahubungan antara motivasi dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.
3. Ada hubungan antara imbalan dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.
4. Adahubungan antara supervisi dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.
5. Adahubungan antara beban kerja dengan mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.
6. Ada hubungan secara bersama-sama antarakemampuan dan keterampilan, motivasi, imbalan, supervisi dan beban kerja terhadap mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan.

D. Rancangan penelitian

1. Jenis Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik yang meneliti hubungan antara variabel bebas (kemampuan dan keterampilan, motivasi, imbalan, supervisi dan beban kerja) dengan variabel terikat (mutu pelayanan nifas pertama (KF1)) oleh bidan.

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Pendekatan waktu dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah *cross sectional* (belah lintang) yaitu pengamatan yang dilakukan dalam waktu yang bersamaan terhadap beberapa variabel..

3. Metode Pengumpulan Data

a. Prosedur pengumpulan data

Pada penelitian ini prosedur pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner dan observasi. Kuesioner diisi

langsung oleh responden untuk mengetahui tentang : kemampuan dan keterampilan, motivasi, imbalan, supervisi dan beban kerja, sedangkan mutu pelayanan nifas pertama menggunakan ceklist daftar observasi yang dilakukan oleh numerator yaitu bidan puskesmas yang tidak menjadi responden.

b. Sumber data

1) Data primer

Data primer diperoleh secara langsung menggunakan kuesioner meliputi kemampuan dan keterampilan, motivasi, imbalan, supervisi, beban kerja dan pedoman observasi mutu pelayanan nifas pertama (KF1) yang dilakukan oleh numerator (bidan puskesmas yang tidak menjadi responden).

2). Data sekunder

Data sekunder untuk mendukung kelengkapan penelitian, diperoleh dari pihak lain yaitu data dari buku, penelitian sebelumnya, profil kesehatan, laporan dari bidang Kesehatan Masyarakat Seksi Gizi dan KIA, data dari kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Pematang Jaya dan data dari Puskesmas.

4. Populasi penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bidan PNS yang bekerja di puskesmas di wilayah Kabupaten Pematang Jaya yang berjumlah 360 orang.

5. Subyek penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah bidan PNS yang bekerja di 14 puskesmas terpilih yang mewakili setiap kecamatan di Kabupaten Pematang.

6. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian

Besar sampel menggunakan teknik pengambilan sampel dengan rumus minimal sample size (Lameshow) yaitu menghitung ukuran sampel dari populasi yang diketahui jumlahnya.

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n = Besar sampel minimal

N = Jumlah populasi

Z = Standar deviasi normal = 1.96

d² = Derajat ketepatan yang digunakan = 0.1

p = Proporsi target Populasi 50% atau 0,5

q = Proporsi tanpa atribut = 1-p = 0.5

Berdasarkan rumus diatas maka besar sampel minimal pada penelitian ini yaitu :

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 360 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.1^2 \cdot (360-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

Dari hasil perhitungan didapatkan jumlah sampel pada penelitian ini adalah 100,27 yang dibulatkan menjadi 100 responden.

a. Kriteria inklusi

Merupakan kriteria karakteristik umum subyek penelitian pada populasi target yang dapat diikuti pada penelitian :

- 1) Bidan yang bersedia menjadi responden.
- 2) Bidan yang sudah menjadi PNS.
- 3) Masa kerja lebih atau sama dengan 3 tahun.
- 4) Pendidikan minimal D3 Kebidanan.

b. Kriteria eksklusi

Merupakan kriteria yang memungkinkan menjadi subyek dan memenuhi kriteria inklusi tetapi tidak dijadikan responden :

- 1) Sedang cuti atau mengikuti pendidikan atau kegiatan lain sehingga tidak dapat melaksanakan pelayanan.
- 2) Sedang sakit sehingga tidak dapat melaksanakan pelayanan secara optimal.

c. Prosedur pemilihan sampel

Teknik pemilihan sampel puskesmas dipilih satu puskesmas perwakilan dari setiap Kecamatan di Kabupaten Pemalang, Pada kecamatan yang memiliki lebih dari 1 (satu) puskesmas maka dipilih dengan cara *simple random sampling*. Penentuan sampel penelitian dengan cara *proportional random sampling* pada 14 puskesmas terpilih, kemudian untuk penentuan sampel di puskesmas menggunakan *simple random sampling* sampai jumlah terpenuhi.

Tabel 3.1 Distribusi Sampel Penelitian

No	Nama Puskesmas	Populasi	Perhitungan	Jumlah sampel
1.	Banyumudal	13	$(13/260) \times 100 = 5$	5
2.	Warungpring	11	$(11/260) \times 100 = 4.2$	4
3.	Pulosari	18	$(18/260) \times 100 = 6.9$	7
4.	Belik	19	$(19/260) \times 100 = 7.3$	8
5.	Watukumpul	22	$(22/260) \times 100 = 8.4$	8
6.	Kebandaran	27	$(27/260) \times 100 = 10.3$	10
7.	Bantarbolang	29	$(29/260) \times 100 = 11,1$	11
8.	Randudongkal	17	$(17/260) \times 100 = 6.5$	7
9.	Paduraksa	15	$(15/260) \times 100 = 5.7$	6
10.	Banjardawa	11	$(11/260) \times 100 = 4.2$	4
11.	Petarukan	18	$(18/260) \times 100 = 6.9$	7

No	Nama Puskesmas	Populasi	Perhitungan	Jumlah sampel
12.	Losari	26	$(26/260) \times 100 = 10$	10
13.	Purwoharjo	22	$(22/260) \times 100 = 8.4$	8
14.	Rowosari	12	$(12/260) \times 100 = 4.6$	5
Jumlah		260		100

7. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

Definisi operasional merupakan semua variabel kerangka konsep yang diteliti dan digunakan untuk membatasi masalah yang akan diteliti.

Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Parameter
Kemampuan dan keterampilan	Potensi dan kecakapan bidan untuk melaksanakan pelayanan nifas pertama (K1) sesuai kemampuan fisik dan mental yang dipergunakan pada waktu yang tepat. ¹⁹	Skala data kategori Alat ukur : kuesioner. Pengukuran kuesioner : Jawaban responden diberi skor 1-4 (tidak pernah dilakukan - selalu dilakukan) Data berdistribusi tidak normal sehingga <i>cut of point</i> memakai median. Dikelompokkan menjadi : 0 = Kurang jika skor \leq median. 1 = Baik jika jika $>$ median.
Motivasi	Konsep yang menguraikan kekuatan-kekuatan dalam diri bidan untuk memulai dan mengarahkan perilaku untuk melaksanakan pelayanan nifas pertama (KF1). ¹⁹	Skala data kategori. Alat ukur : kuesioner. Pengukuran kuesioner : Pernyataan <i>Favorable</i> diberi skor, 1=sangat tidak setuju, 2=tidak setuju, 3=setuju, 4=sangat setuju. Jika pernyataan <i>unfavorable</i> jawaban responden diberi skor sebaliknya. Data berdistribusi tidak normal sehingga <i>cut of point</i> memakai median. Dikelompokkan menjadi :

Variabel	Definisi Operasional	Parameter
		0 = Kurang, jika skor \leq median. 1 = Baik, jika skor $>$ median.
Imbalan	Penghargaan yang diberikan kepada bidan berdasarkan tugas yang telah dilaksanakan baik yang merupakan bagian dari pekerjaan (intrinsik) dan yang berasal dari pekerjaan (ekstrinsik). ¹⁹	Skala data kategori. Alat ukur : kuesioner. Pengukuran kuesioner : Pernyataan <i>Favorable</i> diberi skor, 1=sangat tidak setuju, 2=tidak setuju, 3=setuju, 4=sangat setuju. Jika pernyataan <i>unfavorable</i> jawaban responden diberi skor sebaliknya. Data berdistribusi tidak normal sehingga <i>cut of point</i> memakai median. Dikelompokkan menjadi : 0 = Kurang, jika skor \leq median. 1 = Baik, jika skor $>$ median.
Supervisi	Pernyataan bidan tentang bimbingan teknis, pengarahan dan pembinaan tentang pelaksanaan pelayanan nifas pertama (KF1) dari bidan koordinator, kepala puskesmas dan Dinas Kesehatan.	Skala data kategori. Alat ukur : kuesioner. Pengukuran kuesioner : Pernyataan <i>Favorable</i> diberi skor, 1=sangat tidak setuju, 2=tidak setuju, 3=setuju, 4=sangat setuju. Jika pernyataan <i>unfavorable</i> jawaban responden diberi skor sebaliknya. Data berdistribusi tidak normal sehingga <i>cut of point</i> memakai median. Dikelompokkan menjadi : 0 = Kurang, jika skor \leq median. 1 = Baik, jika skor $>$ median.
Beban kerja	Jumlah waktu dan usaha yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi organisasi. ⁴¹	Skala data kategorik Alat ukur : kuesioner Pengukuran kuesioner : Jawaban dihitung berdasarkan jumlah waktu yang diperlukan

Variabel	Definisi Operasional	Parameter
		<p>dalam melaksanakan pekerjaan bidan di puskesmas sesuai hari dan waktu efektif dalam 1 (satu) bulan (24 hari x 4 jam x 60 menit = 5760 menit).⁴²</p> <p>Dikelompokkan menjadi :</p> <p>0 = sesuai standar jika jumlah waktu ≤ 5760 menit.</p> <p>1 = melebihi standar jika jumlah waktu > 5760 menit.</p>
Mutu pelayanan nifas	<p>Terpenuhinya standar PNC dengan pengamatan di bandingkan dengan standar layanan kesehatan (SOP). Pengamat mengisi “ Ya “ jika kegiatan itu dikerjakan,”Tidak” jika kegiatan itu tidak dikerjakan dan “ Tidak Berlaku” jika pernyataan tidak sesuai dengan kondisi ibu dan tidak diperhitungkan dalam mengukur tingkat kepatuhan bidan.</p>	<p>Skala data kategori.</p> <p>Alat ukur : observasi dengan lembar pengamatan.</p> <p>Pernyataan diberi skor 1 jika hasil observasi “ya” (dilakukan) dan diberi skor 0 jika hasil pengamatan “tidak” (tidak dilakukan), pernyataan TB tidak diperhitungkan. Skor jawaban dijumlahkan untuk memperoleh skor total.</p> <p>Dikelompokkan menjadi :</p> <p>0 = Kurang, jika skor \leq median.</p> <p>1 = Baik, jika skor $>$ median.</p>

8. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

a. Instrumen penelitian

Sebagai alat untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini dengan kuesioner tertutup dan terbuka serta lembar observasi, yang merupakan kumpulan pertanyaan sebagai acuan mendapatkan hasil sesuai dengan apa yang kita inginkan dari penelitian tersebut.⁴³Kuesioner terdiri daripertanyaan yang diisi

langsung oleh responden dan lembar observasi yang dilaksanakan oleh enumerator.

b. Cara penelitian

Sebelum melakukan pengumpulan data, instrumen penelitian/kuesioner terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

1) Uji validitas

Dalam suatu penelitian data harus akurat dan objektif karena itu diperlukan uji validitas untuk mengetahui sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Uji coba kuesioner dilakukan pada 20 orang bidandi puskesmas Kabupaten Pekalongan yang mempunyai karakteristik hampir sama dengan bidan di puskesmas Kabupaten Pemasang. Uji validitas dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu pertanyaan dikatakan valid jika skor pertanyaan tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya, teknik korelasi yang digunakan korelasi Pearson *Product Moment*(r). Jika P value $< 0,05$ maka instrument dinyatakan valid.

2). Uji reliabilitas

Realibilitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Pertanyaan dikatakan reliabel jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten atau

stabil dari waktu ke waktu. Disini pengukurannya hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain. Pada umumnya pengukuran dilakukan *One Shot* dengan beberapa pertanyaan.

Uji reliabilitas dilakukan dengan metode *internal consistency* menggunakan koefisien *Cronbach Alpha*, yaitu dengan membandingkan nilai r hasil (nilai Alpha) dengan r tabel (0,44), jika r alpha $>$ r tabel maka pertanyaan tersebut reliabel.

9. Teknik pengolahan dan analisis data

a. Teknik pengolahan

1) *Editing*

Sebelum data diolah, peneliti melakukan *editing* terlebih dahulu yaitu kegiatan pengecekan isian kuesioner apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap yaitu semua pertanyaan sudah terisi jawabannya secara lengkap, jelas yaitu jawaban pertanyaan apakah tulisannya cukup jelas terbaca, relevan yaitu jawaban yang tertulis apakah relevan dengan pertanyaan dan konsisten yaitu apakah antara beberapa pertanyaan yang berkaitan isi jawabannya konsisten.

2). *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Kegunaan dari *coding* adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* data.⁴⁴

3). *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program komputer. Pada penelitian ini peneliti menggunakan program SPSS 23.

4). *Cleaning*

Cleaning (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat kita meng-*entry* ke komputer

c. Teknik analisis data

1) *Analisis univariat*

Analisis univariat pada semua variabel penelitian yaitu variabel yang berpengaruh terhadap mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan di puskesmas. Analisis ini untuk mendeskripsikan variabel penelitian, baik variabel bebas (kemampuan dan keterampilan, motivasi, imbalan, supervisi dan beban kerja) maupun variabel terikat (mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan) yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi.

2) *Analisis bivariat*

Analisis bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan masing-masing variabel bebas (kemampuan dan keterampilan, motivasi, imbalan, supervisi dan beban kerja)

dengan variabel terikat (mutu pelayanan nifas pertama (KF1) oleh bidan). Variabel pada penelitian ini baik variabel bebas maupun terikat berskala kategorik sehingga uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square*. Tujuan digunakannya uji *chi-square* adalah untuk menguji perbedaan proporsi/persentase antara beberapa kelompok data juga untuk mengetahui apakah ada hubungan yang bermakna antara variabel bebas dengan variabel terikat. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat yaitu dengan menggunakan p value kemudian dibandingkan dengan tingkat kesalahan nilai $\alpha = 5\%$ atau 0,05, bila $\text{value} \leq 0,05$ artinya ada hubungan yang bermakna.

3). Analisis *multivariat*

Analisis *multivariat* ini dilakukan untuk menganalisis pengaruh variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat. Metode statistik yang digunakan dengan analisis *multiple regresi logistik*. Analisis ini untuk mengetahui bagaimana pengaruh yang ada diantara variabel bebas terhadap variabel terikat. Langkah-langkah dalam analisis *regresi logistik* yaitu masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Bila hasil bivariat menghasilkan p value $< 0,25$, maka variabel tersebut langsung masuk tahap *multivariat*. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana. Untuk penelitian yang bersifat *cross sectional* interpretasi yang dapat dilakukan hanya menjelaskan nilai OR (Exp B)

pada masing-masing variabel. Oleh karena analisisnya multivariat/ganda maka nilai OR-nya sudah terkontrol (*adjusted*) oleh variabel lain yang ada pada model. Untuk melihat variabel mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen, dilihat dari $\exp(B)$ untuk variabel yang signifikan, semakin besar nilai $\exp(B)$ berarti semakin besar pengaruhnya terhadap variabel dependen yang dianalisis.

DAFTAR PUSTAKA

1. MHS, E. Indikator Kesehatan SDGs di Indonesia. in (2017).
2. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. (2015).
3. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016*. **3511351**, (2016).
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang. *Profil Kesehatan Kabupaten Pemalang Tahun 2015*. (2015).
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang. *Profil Kesehatan Kabupaten Pemalang Tahun 2016*. (2016).
6. Bidang Kesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang. *Rekapitulasi Data Kematian Ibu Kabupaten Pemalang*. (2017).
7. Bidang Kesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang. *Laporan Seksi Ibu dan Bayi Bidang Kesmas Kabupaten Pemalang*. (2017).
8. WHO. *Postpartum Care of the Mother and Newborn : practical guide*. (1998).
9. Achyar Khamidah, R. I. Pengaruh Kunjungan Nifas Terhadap Komplikasi Masa Nifas di Wilayah Puskesmas Sokaraja 1 Kabupaten Banyumas. *MedisainsXIV*, (2016).
10. Dibari, J. N. et al. Use of Postpartum Care : Predictors and Barriers. **2014**, (2014).
11. Departemen Kesehatan. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. (Dirjen Binkesmas, 2009).
12. Cunningham. F. Gary, et al. *Williams Obstetrics, 23 Ed.* (2013).
13. Farodis Zian. *Panduan Lengkap Manajemen Kebidanan*. (D-Medika, 2012).
14. Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang. *Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Pemalang Tahun 2017*. (2017).
15. Kementerian Kesehatan RI. *Rencana Strategis kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. (2015).
16. Mukti Ali Ghufron. *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Konsep dan Implementasi*. (Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan FK UGM, 2008).

17. Pohan, I. s. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. (Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2006).
18. Mangkunegara, A. P. *Evaluasi Kinerja SDM*. (PT Refika Aditama, 2017).
19. Ivancevich Donnelly, G. *Organisasi : Perilaku, Struktur dan Proses*. (Erlangga, 2017).
20. Mirkovic, Kelsey R, et al. Quality and uptake of antenatal and postnatal care in Haiti. 1–10 (2017). doi:10.1186/s12884-016-1202-7
21. Kigenyi, et al. Quality of intrapartum care at Mulago national referral hospital, Uganda: Clients' perspective. *BMC Pregnancy Childbirth***13**, 1–8 (2013).
22. Dwi Kurnia Haji Abu, dkk. Hubungan Karakteristik Bidan dengan Mutu Pelayanan Antenatal Care berdasarkan Standar Operasional. *JKMA* (2015).
23. Fai, Isterina F, et al. Manajemen Sumber Daya terhadap Mutu Pelayanan Neonatus di Puskesmas Poned Oesao Kupang. *Unnes J. Public Heal***6**, (2017).
24. Perencanaan, B., Kesehatan, D. & Muaro, K. Determinan Kepatuhan Bidan di Desa terhadap Standar Antenatal Care Determinants of Village Midwives Compliance towards Antenatal Care. 69–75 (2008).
25. Ponasti Dewi, A. Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Kinerja Bidan Desa pada Pelayanan Antenatal dalam Program Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Kapuas Kalimantan Tengah. *JSMIII*, 18–32 (2014).
26. Usman. Analisis Kinerja Tenaga Kesehatan pada Puskesmas Lapadde Kota Parepare. *MKMI***12**, 21–28 (2016).
27. Aprilia, F. Pengaruh Beban Kerja, Stres Kerja dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Perawat Rumah Sakit Ibnu Sina Pekanbaru. *JOM Fekon***4**, 87–100 (2017).
28. Dinas Kesehatan Kabupaten Pematang. *Profil Kesehatan Kabupaten Pematang Tahun 2017*. (2017).
29. Saifudin Abdul Bari. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. (YBPSP, 2002).
30. Kerjasama POGI, IDAI, Perinasia, IBI, Depkes RI, ADB, W. dan J. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. (YBPSP, 2006).
31. Wiegers, T. A. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth***9**, 1–8 (2009).

32. Nisa, F. Analisis Kinerja Bidan Delima dalam Penerapan Standar Pelayanan Ibu Nifas. (Universitas Diponegoro, 2012).
33. Lestari, S. Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Bidan Dalam Kunjungan Nifas Pertama di Kota Semarang Tahun 2013. (Universitas Diponegoro, 2013).
34. Wahyuni, S. Analisis Masukan dan Proses Asuhan Pelayanan Nifas oleh Bidan Pelaksana di Wilayah Dinas Kesehatan Kota Semarang. (Universitas Diponegoro, 2014).
35. Saptaning, E. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Motivasi Bidan Pelaksana dalam Pelayanan Ibu Nifas di Wilayah Kabupaten Blora Tahun 2014. (Universitas Diponegoro, 2014).
36. Norhayati, M. N., Hussain, N., Hazlina, N., Asrenee, A. R. & Sulaiman, Z. The experiences of women with maternal near miss and their perception of quality of care in Kelantan , Malaysia : a qualitative study. 1–14 (2017). doi:10.1186/s12884-017-1377-6
37. Satrianegara, M. F. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. (Salemba Medika, 2014).
38. Kementerian Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi serta Pelayanan Kesehatan Seksual*. (2014).
39. Kementerian Kesehatan RI. *Permenkes Nomor 1464 Tahun 2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. (2010).
40. Kementerian Kesehatan RI. *Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. (2014).
41. Kementerian Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 53 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Analisis Beban Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan*. (2012).
42. Biro Hukum dan Organisasi Departemen Pendidikan Nasional. *Perhitungan-Beban-Kerja*. (2018).
43. Aspuah, S. *Kumpulan Kuesioner dan Instrumen Penelitian Kesehatan*. (Nuha Medika, 2013).
44. Moch, I. T. *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan*. (Sagung Seto, 2014).
45. Elisabeth Siwi Walyani, T. E. P. *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. (PUSTAKABARUPRESS, 2015).
46. Susmaneli, H. & Triana, A. Dimensi Mutu Pelayanan Kebidanan terhadap Kepuasan Pasien Program Jampersal Quality Dimensions of

Midwifery Care on Patient Satisfaction Jampersal (Delivery Assurance) Program.

47. Sayinzoga, et al. Severe maternal outcomes and quality of care at district hospitals in Rwanda – a multicentre prospective case-control study. 1–9 (2017). doi:10.1186/s12884-017-1581-4
48. Timple. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. (PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia, 1999).
49. Indonesia, M. K. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Bidan Desa dalam Penerapan Standar Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin di Kabupaten Semarang Factors that Affect the Performance of the Village Midwife in the Standard. **2**, 116–122 (2014).
50. Setiawan, W. Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pertolongan Persalinan di Kabupaten Tasikmalaya. (Universitas Diponegoro, 2007).

Lampiran 1**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Ibu/Saudari yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ragil Sri Pamungkas

NIM : 25010116410008

Alamat : RT 005 RW 008 Desa Sewaka Kec/Kab. Pemalang

Adalah mahasiswa Pasca Sarjana Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang dan akan melakukan penelitian tentang “Analisis Mutu Pelayanan Nifas Pertama (KF1) oleh Bidan di Puskesmas di Kabupaten Pemalang Tahun 2018”.

Bersama ini saya mohon kesediaan saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan penelitian ini.

Jawaban yang saudara berikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian sehingga tidak akan mempengaruhi/menghambat karier atau yang lainnya berkaitan dengan tugas yang saudara laksanakan.

Atas bantuan dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Pemalang,.....

Responden

Peneliti

(.....)

(Ragil Sri Pamungkas)

Lampiran 2**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah mendapatkan penjelasan dan saya memahami bahwa penelitian “Analisis Mutu Pelayanan Nifas Pertama (KF1) oleh Bidan di Puskesmas di Kabupaten Pemalang Tahun 2018” ini tidak merugikan saya, dan setelah dijelaskan tujuan penelitian dan kerahasiaan data, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat:

Menyatakan bersedia dan turutberpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh RagilSri Pamungkas mahasiswa Pasca Sarjana Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang

Demikian lembar persetujuan ini saya isi dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Peneliti

Pemalang,
Responden

Ragil Sri Pamungkas
(.....)

KUESIONER PENELITIAN
ANALISIS MUTU PELAYANAN NIFAS PERTAMA (KF1) OLEH BIDAN
DI PUSKESMAS DI KABUPATEN PEMALANG

Hari / tanggal wawancara :

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nomor Responden :
2. Umur :
3. Status Pernikahan :
4. Pendidikan terakhir :
5. Masa kerja :tahun
6. Pangkat/Golongan :
7. Pelatihan yang pernah diikuti terkait pelayanan nifas :

B. KUESIONER KEMAMPUAN DAN KETERAMPILAN

Petunjuk Pengisian :

Isilah dengan tanda (v) pada kolom jawaban sesuai dengan yang saudara laksanakan pada saat pelayanan nifas pertama (KFI).

Keterangan :

TP : Tidak Pernah Dilakukan.

J : Jarang Dilakukan.

S : Sering Dilakukan.

SL : Selalu Dilakukan

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
		TP	J	S	SL
1.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah memberikan pelayanan nifas pertama (KF1)				
2.	Melakukan pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital secara lengkap pada ibu nifas.				

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
		TP	J	S	SL
3.	Melakukan pemeriksaan payudara				
4.	Melakukan pemeriksaan fundus uteri				
5.	Melakukan pemeriksaan kontraksi uterus				
6.	Melakukan pemeriksaan kandung kencing				
7.	Melakukan pemeriksaan pengeluaran lochea				
8	Melakukan pemeriksaan luka jalan lahir				
9	Memberikan asuhan nifas yang dibutuhkan				
10	Memberikan Vitamin A				
11	Memberikan pendidikan kesehatan tentang kebersihan diri.				
12	Memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi/nutrisi ibu nifas.				
13	Memberikan pendidikan kesehatan tentang ASI eksklusif				
14	Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara menyusui yang baik dan benar.				
15	Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara.				
16	Memberikan pendidikan kesehatan tentang hubungan suami istri.				
17	Memberikan pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya ibu nifas dan bayi baru lahir.				
18	Memberikan pendidikan kesehatan tentang aktifitas pada masa nifas.				
19	Memberikan pendidikan kesehatan tentang konseling KB				
20	Menyampaikan rencana kunjungan nifas berikutnya.				
21	Mencatat dan mendokumentasikan hasil pelayanan nifas pada Rekam Medis/Buku KIA				

C. KUESIONER MOTIVASI

Petunjuk pengisian : isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda (v) pada kolom jawaban yang menurut anda benar.

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya bertanggungjawab penuh pada tugas saya dalam melaksanakan pelayanan nifas pertama (KF1)				
2.	Saya merasa senang melakukan pelayanan nifas pertama (KF1).				
3.	Saya merasa berhasil apabila tidak ada kasus kematian/komplikasi pada ibu nifas pertama (KF1)				
4.	Saya melaksanakan pelayanan nifas pertama (KF1) sesuai yang telah direncanakan.				
5.	Saya mendapat dukungan dari teman sejawat dalam melaksanakan pelayanan nifas pertama (KF1).				
6.	Saya tidak mendapat dukungan dari masyarakat terhadap pelayanan nifas pertama (KF1) yang telah dilakukan.*)				
7.	Keberhasilan dapat dicapai jika kita bekerja sesuai prosedur pelayanan nifas pertama (KF1)				
8.	Saya melakukan pelayanan nifas pertama (KF1) sesuai dengan prosedur yang ada				
9.	Kepala puskesmas tidak membagikan tugas pelayanan nifas pertama secara merata pada semua bidan*)				
10.	Saya merasa pelayanan nifas pertama (KF1) adalah pekerjaan yang sangat				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
	penting				
11.	Saya mampu meningkatkan cakupan pelayanan nifas pertama(KF1) sesuai target yang ditetapkan.				

Keterangan :

*)Pertanyaan *Unfavorable*

D. KUESIONER IMBALAN

Petunjuk pengisian : isilah pertanyaan dbawah ini dengan memberi tanda (v) pada jawaban yang menurut anda benar.

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Selama melaksanakan pelayanan nifas pertama (KF1) saya mendapatkan gaji sesuai pekerjaan yang saya lakukan.				
2.	Gaji yang saya terima sesuai waktu yang telah ditentukan.				
3.	Saya mendapatkan jasa pelayanan (JKN) rutin setiap bulan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.				
4.	Kepala puskesmas memberi kesempatan kepada saya untuk mengikuti pelatihan tentang pelayanan nifas pertama (KF1).				
5.	Saya mendapat pujian atas keberhasilan dalam melaksanakan pelayanan nifas pertama (KF1).				
6.	Saya tidak mendapatkan uang transport dari puskesmas pada saat melaksanakan kunjungan nifas ke rumah pasien.*)				
7.	Kepala puskesmas tidak memberi kesempatan kepada saya untuk mengikuti				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
	seminar tentang pelayanan nifas pertama (KF1).*)				
8.	Saya tidak mendapatkan ucapan terimakasih jika pelayanan nifas pertama (KF1) mencapai target.*)				
9.	Kepala puskesmas memberi kesempatan kepada saya untuk melanjutkan pendidikan.				

Keterangan :

*)Pertanyaan *Unfavorable*

E. KUESIONER SUPERVISI

Petunjuk pengisian : isilah pertanyaan dbawah ini dengan memberi tanda (v) pada jawaban yang menurut anda benar.

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Ada jadual supervisi pelayanan nifas oleh Dinas Kesehatan, kepala puskesmas maupun bidan koordinator.				
2.	Kegiatan supervisi dilakukan rutin minimal setiap 3 bulan.				
3.	Supervisi dilakukan hanya jika terjadi kasus komplikasi/kematian Ibu nifas.*)				
4.	Pelaksanaan supervisi menggunakan ceklist.				
5.	Pelaksana supervisi pada saat supervisi memberikan informasi terbaru tentang pelayanan nifas.				
6.	Dinas Kesehatan setiap bulan meminta data cakupan pelayanan nifas.				
7.	Pelaksana supervisi memberikan informasi				

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
	hasil supervisi yang dilakukan.				
8.	Pelaksana supervisi menanyakan permasalahan terkait pelayanan nifas pertama.				
9.	Pelaksana supervise bersama-sama bidan pelaksana pelayanan nifas membuat alternatif pemecahan masalah yang ditemukan.				
10.	Kepala puskesmas menanyakan sarana prasarana yang dibutuhkan untuk mendukung pelayanan nifas pertama.				
11.	Kepala puskesmas melakukan supervisi hanya kepada bidan koordinator.*)				

Keterangan :

*)Pertanyaan *Unfavorable*

F. KUESIONER BEBAN KERJA

Petunjuk pengisian : isilah pertanyaan di bawah ini sesuai tugas yang saudara laksanakan.

No	Pertanyaan	Frekuensi	Waktu yang dibutuhkan
A.	Kegiatan dalam gedung		
1.	Melaksanakan asuhan kehamilan	.....org/hr	.....menit/org
2.	Melaksanakan pertolongan persalinan	.....org/hr	.....menit/org
3.	Melaksanakan asuhan nifas	.....org/hr	.....menit/org
4.	Melaksanakan asuhan neonatus	.....org/hr	.....menit/org
5.	Melaksanakan asuhan pada bayi/balita (MTBM/MTBS)	.....org/hr	.....menit/org
6.	Melaksanakan imunisasi bayi	.....org/hr	.....menit/org
7.	Memberikan pelayanan KB	.....org/hr	.....menit/org
B.	Kegiatan luar gedung		
9.	Melakukan posyandu balita	.....kali/mg	.....jam/keg
10.	Melakukan posyandu lansia	.....kali/mg	.....jam/keg

No	Pertanyaan	Frekuensi	Waktu yang dibutuhkan
11.	Melakukan penyuluhan kelas ibu hamil	.....kali/mg	.....jam/keg
12.	Mengikuti pertemuan rutin di Balai Desa	.....kali/mg	.....jam/keg
13.	Mengikuti rapat di Dinas Kesehatan	.....kali/mg	.....jam/keg
14.	Melakukan pembinaan kader	.....kali/mg	.....jam/keg
C.	Administrasi/Laporan		
15.	Membuat laporan ibu hamil	.....lap/bln	.....jam/lap
16.	Membuat laporan ibu bersalin	.....lap/bln	.....jam/lap
17.	Membuat laporan ibu nifas	.....lap/bln	.....jam/lap
18.	Membuat laporan neonatus	.....lap/bln	.....jam/lap
19.	Membuat laporan imunisasi	.....lap/bln	.....jam/lap
20.	Membuat laporan posyandu	.....lap/bln	.....jam/lap
21.	Membuat laporan KB	.....lap/bln	.....jam/lap
22.	Membuat laporan Gizi	.....lap/bln	.....jam/lap
D	Tugas tambahan		
23.	Bendahara BOK	.....keg/mg	.....jam/keg
24.	Bendahara JKN	.....keg/mg	.....jam/keg
25.	Tugas lain sebutkan.....	.....keg/mg	.....jam/keg

Daftar Tilik Pengamatan Pelaksanaan Pelayanan Nifas Pertama (KF1)

Keterangan :

- Isilah kotak dengan tanda (v) pada kolom jawaban yang sesuai
- Kolom jawaban Ya apabila petugas kesehatan melaksanakan
- Kolom jawaban Tidak apabila petugas kesehatan tidak melaksanakan
- Kolom jawaban TB (tidak berlaku) apabila pertanyaan tidak berlaku untuk pasien tersebut

Apakah petugas menanyakan dan mencatat :

No	Uraian Kegiatan	Ya	Tidak	TB
1.	Nama			
2.	Usia			
3.	Nama suami			
4.	Alamat			
5.	Riwayat persalinan			
6.	Jenis persalinan			
7.	Masalah-masalah dalam persalinan			
8.	Masalah-masalah nifas yang lalu			
9.	Riwayat menyusui			
10.	Riwayat penyakit yang pernah dialami			
11.	Keluhan-keluhan saat ini			
12.	Pola makan dan minum			
13.	Pola BAB dan BAK			
14.	Pola istirahat			

Apakah petugas melakukan pemeriksaan dan mencatat tentang :

No	Uraian Kegiatan	Ya	Tidak	TB
1.	Keadaan umum			
2.	Tekanan darah			
3.	Suhu			
4.	Nadi			
5.	Pernafasan			
6.	Pemeriksaan payudara			
7.	Pemeriksaan fundus uteri			
8.	Pemeriksaan kontraksi uterus			

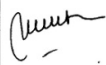

No	Uraian Kegiatan	Ya	Tidak	TB
9.	Pemeriksaan kandung kencing			
10.	Pengeluaran lokhea			
11.	Pemeriksaan luka jalan lahir			


Apakah petugas kesehatan memberikan dan mencatat tentang :

No	Uraian Kegiatan	Ya	Tidak	TB
1.	Asuhan nifas yang dibutuhkan			
2.	Vitamin A			
3.	Pendidikan kesehatan tentang kebersihan diri.			
4.	Pendidikan kesehatan tentang gizi/nutrisi ibu nifas.			
5.	Pendidikan kesehatan tentang ASI eksklusif			
6.	Pendidikan kesehatan tentang cara menyusui yang baik dan benar.			
7.	Pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara.			
8.	Pendidikan kesehatan tentang hubungan suami istri.			
9.	Pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya ibu nifas dan bayi baru lahir.			
10.	Pendidikan kesehatan tentang aktifitas pada masa nifas.			
11.	Pendidikan kesehatan tentang konseling KB			
12.	Rencana kunjungan nifas berikutnya			
13.	Penilaian pada setiap tindakan dicatat dan dikomunikasikan kepada klien dan keluarga			

BERITA ACARA
PERBAIKAN PROPOSAL TESIS

Nama : Ragil Sri Pamungkas
 NIM : 25010116410008
 Judul Proposal : Analisis Mutu Pelayanan Nifas Pertama (KF1) Oleh Bidan di Puskesmas di Kabupaten Pemalang Tahun 2018

No.	Nama Pembimbing / Penguji	Masukan	Tanda Tangan
1	<u>dr. Martha Irene. K. M.Sc., Ph.D</u> NIP. 19640726 199103 2 003 (Penguji I)	BAB 1 DAN 3 1. Penulisan kata sambung tidak boleh di awal kalimat. 2. Penulisan <i>foot note</i> titik dahulu baru angka. 3. Tidak perlu ada tabel atau grafik di latar belakang. 4. Pada studi pendahuluan tidak boleh menyebutkan tempat (nama puskesmas) dan wawancara dilakukan pada berapa orang? 5. Pada halaman 6 kalimat terlalu panjang, satu kalimat maksimal 20 kata. 6. Keaslian penelitian jangan kepanjangan. 7. Pemeriksaan nifas pada saat penelitian harus sama, contoh : pemeriksaan nifas ke 1 (KF1). 8. Level unit analisis harus sama sesuai masalah yang ada pada studi pendahuluan supaya konsisten, penelitian mutu pada level bidan atau puskesmas.	
2	<u>Dr. M.Zen Rahfiludin, SKM., M.Kes</u> NIP. 19720420 199702 1 001 (Penguji II)	BAB 1 DAN 3 1. Latar belakang hindari kata sedangkan. 2. Penelitian ini tentang nifas sehingga tidak perlu mencantumkan data kematian pada masa kehamilan. 3. Tidak perlu grafik pada latar belakang. 4. Penulisan latar belakang diperbaiki dari umum ke khusus.	

		<ul style="list-style-type: none"> 5. Kuesioner tentang SIK Bidan harus ada bukti fisik. 6. Idealnya pengamatan saat penelitian dilakukan oleh bidan magang. 7. Daftar pustaka ditambah. 	
3	<p><u>Dr. Dra. Chriswardani, S. M. Kes</u> NIP. 19630124 198902 2 001 (Pembimbing I)</p>	<p>BAB 1 DAN 3</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Latar belakang jumlah kasus saja yang dikutip 2. Latar belakang halaman 6 jam kerja bidan dijelaskan. 3. Studi pendahuluan pada berapa orang bidan dan diketik kesamping. 4. Teori ganti tidak pakai Donabedian, definisi mutu sesuai Donabedian. 5. Unit analisis dependen dan independen variabel harus sama. 6. Pengamat saat penelitian dilakukan oleh bidan magang. 7. Kuesioner diperbaiki. 	
4	<p><u>Dr. dr. Apoina Kartini, M. Kes</u> NIP. 19660417 199103 2 002 (Pembimbing II)</p>	<p>BAB 1, 2 DAN 3</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kenapa penelitian dilakukan di Kabupaten Pematang? 2. Penulisan di cek lagi ada yang salah ketik. 3. Kerangka teori cari teori lain sesuai variabel penelitian. 4. Standar mutu pelayanan nifas masuk dalam teori. 5. Uji normalitas apakah median atau mean disesuaikan. 6. Variabel bebas berubah maka definisi operasional juga berubah. 7. Daftar pustaka penulisan diperbaiki dan jurnal ditambah. 	