



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**MUTU PELAYANAN BIDAN  
DI INSTALASI GAWAT DARURAT KEBIDANAN  
RSUP NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO**

**TESIS**

**YULIA ASTRI FITRI DWI HAPSARI  
1006747334**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN MUTU LAYANAN KESEHATAN  
DEPOK  
JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**MUTU PELAYANAN BIDAN  
DI INSTALASI GAWAT DARURAT KEBIDANAN  
RSUP NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Magister Kesehatan Masyarakat**

**YULIA ASTRI FITRI DWI HAPSARI  
1006747334**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN MUTU LAYANAN KESEHATAN  
DEPOK  
JULI 2012**

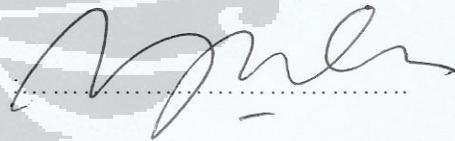
## PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip ataupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Yulia Astri Fitri Dwi Hapsari

NPM : 1006747334

Tanda Tangan



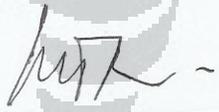
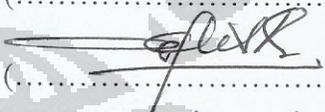
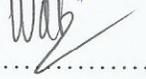
Tanggal : 13 Juli 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Yulia Astri Fitri Dwi Hapsari  
NPM : 1006747334  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Mutu Layanan Kesehatan  
Judul Tesis : Mutu Pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan  
RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Dr. dr. Hafizurrachman, MPH (.....)   
Penguji : dr. Agustin Kusumayati, MSc, PhD (.....)   
Penguji : Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH (.....)   
Penguji : Bd. Heru Herdiawati, SST, SH, MH (.....) 

Ditetapkan : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada ALLAH AWT, karena atas berkat dan rahmatNya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Jurusan Mutu Layanan Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Dr. dr. Hafizurrachman, MPH selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktunya, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan, menggembleng dan membimbing saya dalam penyusunan tesis ini.
2. dr. Agustin Kusumayati, MSc, Ph.D selaku penguji yang telah beberapa kali bersedia meluangkan waktunya, di tengah kesibukannya untuk memberikan masukan dan saran kepada saya.
3. Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH selaku penguji yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan masukan dan saran kepada saya.
4. Bundaku sayang Bidan Heru Herdiawati, SST, SH, MH selaku penguji yang telah sepenuh hati bersedia meluangkan waktunya untuk datang ke kampus, walaupun baru saja landing dari Umroh. Semoga berkah ya Bunda, hanya ALLOH yang bisa membalas kebaikan dan kasih sayang Bunda kepada saya.
5. Mami Papiku tercinta yang telah memberikan kasih sayang, doa, dukungan dan bimbingan yang luar biasa sampai akhirnya saya berhasil melalui semua ini. Nyuwun pangapunten yah Papi Mami, maafkan anak wedoknya ini yang selalu merepotkan, dan mungkin seumur hidup pun atit tidak akan bisa membalas semua pengorbanan Papi Mami, matur nuwun sanget..(sungkem).

6. Biia\_ku tercinta...atas semua cinta, kasih sayang, doa, dukungan dan kesabaran yang luar biasa. Maafkan Atit yah Biia, kalau sering marah-marah ga jelas, dan sering merepotkan. Terima kasih...(peluk).
7. Keluargaku tersayang, Mas Fai, Mba Ita, De' Lala, De' Arba..yang senantiasa memberikan dukungan dan kasih sayang selama ini, untuk Fadhiil ganteng yang selalu bisa menjadi penghibur hati...makasih yah..(peluk).
8. Sahabat tersayang..Azani Fitria..yang telah menemaniku sidang sore hari itu..makasih yah..abis selesai ini, kita bisa jelong-jelong belanja belinji plus nonton bareng lagiii..cari beasiswa *course* atau S3 yuuuk..hehe..
9. Tim jaga aku tersayang..Ka Andan, Luhtu, Ka Juju, Rika, Dolly, Efri..terima kasih atas pengertian dan dukungannya ya..muup kalo jd sering tukeran jaga..hihi..*love you all*..
10. Seluruh teman dan Keluarga Besar di IGD Kebidanan..terima kasih sekali atas izin yang diberikan dan kesediaannya menjadi responden dalam tesis saya ini, dan juga terima kasih atas semua pengertiannya selama ini..Matur nuwun..

Akhir kata, saya berharap ALLOH SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 13 Juli 2012

Penulis

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yulia Astri Fitri Dwi Hapsari  
NPM : 1006747334  
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Mutu Pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan  
RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak Bebas *Royalty Noneksklusif* ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih medi/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 13 Juli 2012

Yang menyatakan



(Yulia Astri Fitri Dwi Hapsari)

## ABSTRAK

Nama : Yulia Astri Fitri Dwi Hapsari  
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Mutu Layanan Kesehatan  
Judul : Mutu Pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan  
RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012

Tesis ini membahas tentang mutu pelayanan Bidan di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Penelitian menggunakan survey deskriptif dengan desain *cross sectional*, untuk mendapatkan gambaran tentang mutu pelayanan Bidan. Dimensi-dimensi RATER (*responsiveness, assurance, tangible, empathy, reliability*) digunakan untuk menilai mutu pelayanan yang diberikan dan juga dilihat dari aspek kompetensi dan produktifitas bidan yang dianggap mempengaruhi mutu pelayanan yang diberikan.

Hasil penelitian didapatkan bahwa mutu pelayanan dipengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung oleh kompetensi melalui produktivitas. Kompetensi dan produktivitas secara signifikan berpengaruh terhadap mutu pelayanan, sedangkan kompetensi berpengaruh secara negatif terhadap produktivitas. Dari lima dimensi mutu, dimensi *empathy, responsiveness* dan *reliability* yang memberikan pengaruh paling tinggi. Model hasil analisis prediktif terhadap mutu pelayanan bidan di RSCM ini dapat menjelaskan sebesar 20.5% terhadap fenomena yang dikaji, sedangkan sisanya 79.5% dijelaskan oleh variabel lain (yang belum terdapat di dalam model).

Kata kunci:

Mutu pelayanan bidan, kompetensi, produktivitas

## ABSTRACT

Name : Yulia Astri Fitri Dwi Hapsari  
Study Programme : Magister of Public Health Science  
Major : Quality of Health Services  
Title : Quality of Midwife Care at Emergency Room of  
Obstetric and Gynaecology RSUP Nasional dr. Cipto  
Mangunkusumo year 2012

The focus of this study is the quality of midwife care at Emergency Room of Obstetric and Gynaecology RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo. The study used a descriptive survey with cross sectional design, to get an idea of the quality of midwife care. RATER dimensions (responsiveness, assurance, tangible, empathy, reliability) was used to assess the quality of services provided and also viewed from the aspect of competence and productivity are considered to affect the quality of midwifery services provided.

The study found that service quality is affected either directly or indirectly by the competence through productivity. Competence and productivity significantly affect the quality of service, while competence in a negative effect on productivity. Of the five dimensions of quality, dimensions of empathy, responsiveness and reliability that delivers the highest impact. Model predictive analysis of the quality of midwifery care in the RSCM can be explained by 20.5% of the studied phenomenon, while the remaining 79.5% is explained by another variable (which is not contained in the model).

Key Word:

Quality of midwife care, competence, productivity

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Yulia Astri Fitri Dwi Hapsari

NPM : 1006747334

Mahasiswa Program : Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2010/2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**“Mutu Pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 13 Juli 2012



(Yulia Astri Fitri Dwi Hapsari)

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN PLAGIARISME .....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	12
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	14
1.4. Tujuan penelitian .....	14
1.5. Manfaat Penelitian .....	15
1.6. Ruang Lingkup .....	15
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Tinjauan Teori .....	17
2.1.1. Konsep Dasar Mutu.....	17
2.1.2. Mutu Pelayanan Kesehatan.....	23
2.1.3. Bidan .....	46
2.2. Tinjauan Hasil Penelitian Lain.....	59
2.3. Kerangka Teori .....	61

3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1. Kerangka Konsep .....	65
3.2. Hipotesis .....	67
3.3. Definisi Operasional .....	67
4. METODOLOGI PENELITIAN	
4.1. Desain Penelitian .....	71
4.2. Waktu dan Tempat Penelitian.....	71
4.3. Variabel Penelitian .....	71
4.4. Populasi dan Sampel .....	72
4.5. Teknik Pengumpulan Data.....	73
4.6. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	77
4.7. Pengelolaan dan Analisis Data .....	77
4.8. Penyajian Data .....	80
5. HASIL PENELITIAN	
5.1. Gambaran Lokasi Penelitian .....	81
5.2. Pelaksanaan Penelitian .....	84
5.3. Karakteristik Responden.....	85
5.4. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	86
5.5. Gambaran Pengetahuan Bidan .....	89
5.6. Gambaran Keterampilan Bidan .....	90
5.7. Gambaran Deskriptif Produktivitas .....	91
5.8. Gambaran Mutu Pelayanan Bidan.....	92
5.9. Hasil Analisis <i>Partial Least Square</i> (PLS).....	95
5.10. Pengukuran pada <i>Outer Model/ Measurement Model</i> .....	96
5.11. Pengukuran pada Inner Model .....	103

6. PEMBAHASAN	
6.1. Keterbatasan Penelitian.....	106
6.2. Pengaruh Kompetensi terhadap Mutu Pelayanan Bidan .....	107
6.3. Pengaruh Produktivitas terhadap Mutu Pelayanan Bidan.....	108
6.4. Pengaruh Kompetensi terhadap Produktivitas .....	109
6.5. Mutu Pelayanan Bidan di IGD Kebidanan.....	110
7. KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1. Kesimpulan .....	113
7.2. Saran.....	114
DAFTAR PUSTAKA .....	116
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Kasus Obstetri di IGDKebidanan RSCM Tahun 2011
Tabel 5.1	Jumlah Kunjungan Pasien di Kamar Bersalin RSCM Bulan Mei 2012
Tabel 5.2	Gambaran Tenaga Keperawatan di IGDKebidanan Bulan Mei 2012
Tabel 5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja, Pendidikan dan Status Kepegawaian
Tabel 5.4	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dimensi <i>Responsiveness</i>
Tabel 5.5	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dimensi <i>Assurance</i>
Tabel 5.6	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dimensi <i>Tangible</i>
Tabel 5.7	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dimensi <i>Empathy</i>
Tabel 5.8	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dimensi <i>Reliability</i>
Table 5.9	Gambaran Pengetahuan Bidan
Tabel 5.10	Gambaran Keterampilan Bidan
Tabel 5.11	Gambaran Produktivitas Bidan
Tabel 5.12	Gambaran Mutu Pelayanan Bidan
Tabel 5.13	Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi <i>Responsiveness</i>
Tabel 5.14	Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi <i>Assurance</i>
Tabel 5.15	Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi <i>Tangible</i>
Tabel 5.16	Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi <i>Empathy</i>
Tabel 5.17	Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi <i>Reliability</i>
Tabel 5.18	Hasil Pengujian <i>Outer Model</i> pada Tiap Variable dengan Indikatornya
Tabel 5.19	Nilai AVE untuk Ketiga Variabel
Tabel 5.20	Nilai <i>Cross Loading</i> Masing-Masing Indikator di Semua Variabel
Tabel 5.21	Nilai <i>Composite Reliability</i>

Tabel 5.22 Nilai T-Statistik dari Setiap Refleksi Indikator terhadap Variabelnya

Tabel 5.23 Nilai *Path* dengan T-Statistiknya pada Hubungan antar variabel pada *Inner Model*

Tabel 5.24 Nilai R-Square Masing-masing Variabel



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia. Seperti yang tercantum dalam Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia pasal 25 ayat (1), yang berbunyi “Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya” (Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa, 1948).

Begitu pula di negara kita, rakyat Indonesia berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, seperti tercantum dalam Pasal 28 ayat (1) Perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Di dalam pasal tersebut ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, Pembangunan Kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah merupakan upaya untuk memenuhi hak dasar bagi rakyat tersebut (Kemenkes, 2010). Kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, pada pasal 5 ayat (1) menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Selanjutnya pada ayat (2) ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan

kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Kemudian pada ayat (3) bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Selanjutnya pada pasal 6 ditegaskan bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat (Departemen Kesehatan, 2008).

Salah satu indikator kesejahteraan masyarakat adalah derajat kesehatan masyarakat, yaitu di antaranya adalah Angka Kematian Ibu (AKI). WHO menyebutkan bahwa di seluruh dunia, setiap 1 menit ada 380 perempuan yang hamil, 190 wanita mengalami kehamilan yang tidak diinginkan, 110 wanita mengalami kehamilan dengan komplikasi, 40 wanita melakukan aborsi yang tidak aman, 1 wanita meninggal. Paling tidak, setiap menit ada 1 wanita yang meninggal karena komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan, yang artinya 529.000 ibu per tahunnya (*International Confederation of Midwife*, 2010).

Angka Kematian Ibu di negara miskin hampir tidak berubah dalam dua dekade ini. Setiap tahun, sekitar 536,000 perempuan meninggal saat melahirkan. Di beberapa negara miskin, meninggal saat melahirkan merupakan suatu hal yang dianggap biasa, yang hampir semua orang mengenali korbannya. Seperti di Sierra Leon, sebuah negara bagian Afrika Selatan, dengan populasi penduduknya yang hanya 6,3 juta: wanita di sana mempunyai peluang selama hidupnya untuk meninggal karena persalinan adalah 1 dari 8 persalinan.

Kemungkinan menyedihkan yang sama juga berlaku di Afghanistan, di Mozambique peluang wanita seumur hidup akan meninggal saat melahirkan adalah 1 dari 45 persalinan. Di Amerika Serikat sebaliknya, kesempatan seumur hidup wanita akan meninggal saat melahirkan adalah sekitar 1 dari 4.800 persalinan, di Britania: 1 dari 8.200 persalinan, dan di Swedia adalah 1 dari 17.400 persalinan (*Time Magazine*, 29 September 2008, p: 36).

Di Indonesia sendiri saat ini kondisinya masih memprihatinkan, antara lain dengan ditandai masih tingginya AKI yaitu 228/100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 34/1000 kelahiran hidup (Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2007). Pada saat ini, Indonesia tidak beranjak ke posisi yang lebih baik jika dibandingkan dengan negara lain dalam kurun waktu 5 tahun terakhir (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

Pada Konferensi Tingkat Tinggi Perserikatan Bangsa-Bangsa pada tahun 2000 disepakati bahwa terdapat 8 Tujuan Pembangunan Millenium (*Millenium Development Goals*) pada tahun 2015. Dua diantara tujuan tersebut mempunyai sasaran dan indikator yang terkait dengan kesehatan ibu, bayi dan anak yaitu : 1) Mengurangi angka kematian bayi dan balita sebesar dua per tiga dari AKB pada tahun 1990 menjadi 20 dari 25/1000 kelahiran hidup. 2) Mengurangi angka kematian ibu sebesar tiga per empat dari AKI pada tahun 1990 dari 307 menjadi 125/100.000 kelahiran hidup. Dunia Internasional dan Pemerintah mengharapkan Indonesia dapat mencapai target *Millenium Development Goals* (MDG's) tersebut. Meskipun tampaknya target tersebut cukup tinggi, namun tetap dapat dicapai apabila dilakukan upaya terobosan yang inovatif untuk mengatasi penyebab utama kematian tersebut yang didukung kebijakan dan sistem yang efektif dalam mengatasi berbagai kendala yang timbul selama ini (Departemen Kesehatan, 2008).

Kematian bayi baru lahir umumnya dapat dihindari penyebabnya seperti Berat Badan Lahir Rendah (40,4%), asfiksia (24,6%) dan infeksi (sekitar 10%). Sedangkan penyebab kematian ibu di Indonesia antara lain adalah perdarahan (27%), Hipertensi dalam kehamilan atau pre eklampsia atau eklampsia (25%), infeksi (20%), persalinan macet (8%), dan abortus (Depkes, 2008). Mengingat kematian bayi mempunyai hubungan erat dengan mutu penanganan ibu, maka proses persalinan dan perawatan bayi harus dilakukan dalam sistem terpadu di tingkat nasional dan regional. Dalam berbagai studi ditemukan keadaan yang melatarbelakangi kematian ibu, dikategorikan dalam tiga jenis keterlambatan, yaitu: a) terlambat mengenali tanda bahaya dan terlambat mengambil keputusan di tingkat keluarga, b) terlambat dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan, c) terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat di fasilitas pelayanan kesehatan.

Ketiga keterlambatan tersebut sebenarnya masih dapat dicegah dengan berbagai upaya sektor kesehatan. Peran serta masyarakat sangat dibutuhkan untuk penanganan keterlambatan pertama dan kedua. Sedangkan untuk keterlambatan ketiga menuntut terlaksananya standar prosedur pelayanan yang bermutu di setiap fasilitas pelayanan kesehatan sehingga setiap pasien diharapkan dapat memperoleh pelayanan yang cepat dan tepat (Departemen Kesehatan, 2008).

Untuk mengatasi masalah tersebut berbagai macam upaya telah dilakukan di beberapa negara, dan menunjukkan progress yang bagus. Di beberapa negara miskin, menunjukkan hasil yang cepat dalam mengatasi kematian ibu. Misalnya di Honduras, angka kematian ibu turun 50% dari tahun 1990 sampai dengan 1997 setelah pemerintah membuka daerah dan mendirikan klinik di pedesaan serta melatih ribuan bidan. Nepal dan Srilanka memberikan pelatihan kedaruratan obstetri kepada para bidan (*Time Magazine*, 29 September 2008, p: 36). Di negara bagian India, Madya Pradesh dan Orissa, ibu hamil diberikan uang sebesar 1.400 Rupees (\$28) untuk digunakan dalam memperoleh

pelayanan apapun yang mereka pilih selama kehamilan dan bersalin (bahkan untuk ongkos taksi menuju ke klinik bersalin), dukun dibayar untuk mengantar ibu bersalin ke fasilitas kesehatan, insentif juga diberikan kepada kepada petugas kesehatan untuk lebih mendorong mereka bekerja di daerah pedesaan (Anderson, 2010). Afghanistan membangun 1.465 klinik dan melatih 19.000 tenaga kesehatan masyarakat semenjak Taliban digulingkan di tahun 2001. Terjadinya insiden dari tragedi di seluruh dunia (kematian ibu) dapat dikurangi (*Time Magazine*, 29 September 2008, p: 36).

Di Indonesia, upaya untuk mengatasi masalah penyebab kematian ibu juga sudah dilakukan, antara lain melalui upaya mendekatkan jangkauan pelayanan kebidanan kepada masyarakat dengan pengadaan Poskesdes/Polindes di setiap desa, pemberian kewenangan tambahan pada Puskesmas untuk penanganan kegawatdaruratan pada kasus obstetri dan neonatal (PONED), pemberdayaan rumah sakit sebagai sarana rujukan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal (PONEK), pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan, upaya standarisasi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kebidanan (Depkes, 2010), dan upaya Pemerintah yang sekarang ini sedang gencar-gencarnya dilakukan adalah dengan melaksanakan Program Jaminan Persalinan (Jampersal) kepada ibu-ibu yang hamil, bersalin dan nifas. Dengan Jaminan Persalinan, ibu-ibu tidak perlu mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan dalam pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, serta pelayanan pertolongan bayi baru lahir sampai dengan umur 28 hari. Semua biaya tersebut ditanggung oleh Pemerintah. Melalui upaya-upaya tersebut, diharapkan masalah Tiga Terlambat yang merupakan penyebab tidak langsung dari kematian Ibu tersebut dapat teratasi, serta dapat memudahkan dalam sistem rujukan kasus-kasus kebidanan (Kementerian Kesehatan, 2011).

Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) adalah salah satu rumah sakit rujukan nasional di Indonesia yang banyak sekali

menerima rujukan kasus-kasus dalam bidang kebidanan. Berdasarkan laporan tahunan dari Departemen Obstetri dan Ginekologi RSCM, kasus rujukan tersebut bukan hanya berasal dari puskesmas-puskemas dan Rumah Sakit di sekitar Jakarta, namun juga berasal dari luar Pulau Jawa seperti Lampung, Aceh, Padang dan lain sebagainya. Untuk kasus yang bukan gawat darurat dan hanya memerlukan pelayanan konsultasi, pasien disarankan untuk berkunjung ke Poliklinik Kebidanan. Sedangkan untuk kasus kebidanan yang memerlukan penanganan dan tindakan segera, pasien disarankan untuk dibawa ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Kebidanan untuk segera dilakukan tindakan.

Jumlah kunjungan pasien di IGD Kebidanan selama tahun 2011 adalah sebesar 5.669 pasien, dengan perincian 2.873 pasien berasal dari rujukan luar RSCM, 1.142 rujukan RSCM (dari Poliklinik Kebidanan), 1.372 pasien non rujukan (datang atas keinginan sendiri), dan 282 pasien merupakan pasien konsul dari bagian lain (contohnya Penyakit Dalam, Bedah, Pusat Krisis Terpadu, Psikiatri, dan lain sebagainya). Jumlah kunjungan di IGD Kebidanan tersebut terdiri dari kasus obstetri dan kasus ginekologi (Departemen Obstetri dan Ginekologi RSCM, 2011).

Untuk kasus obstetri (kebidanan), apa saja jenis kasusnya dan berapa jumlahnya dapat dilihat dari tabel berikut ini:

Tabel 1.1  
Kasus Obstetri di IGD Kebidanan RSCM tahun 2011

No	Jenis kasus obstetri	Jumlah
1	Belum inpartu	471
2	Inpartu	834
3	Hamil dengan Janin Kelainan Kongenital Mayor	62
4	Hamil dengan Presentasi Bokong	158
5	Hamil dengan Ketuban Pecah Dini	603
6	Hamil dengan Kontraksi	271

Tabel 1.1

Kasus Obstetri di IGD Kebidanan RSCM tahun 2011 (Lanjutan)

No	Jenis kasus obstetri	Jumlah
7	Hamil dengan <i>Intra Uterine Fetal Death</i>	70
8	Hamil dengan Hipertensi dalam Kehamilan	79
9	Hamil dengan Pre Eklamsi Ringan	57
10	Hamil dengan Pre Eklamsi Berat/ Eklamsi	559
11	Hamil dengan Hiperemesis	40
12	Kehamilan Gemelli	49
13	Kehamilan Post term	19
14	Hamil dengan Bekas Sectio Caesaria	120
15	Hamil dengan HIV	39
16	Hamil dengan Hepatitis	12
17	Hamil dengan Diabetes Militus Gestasional	7
18	Hamil dengan Bayi Makrosomia	16
19	Hamil dengan Oedema Paru	5
20	Hamil dengan Diagnosa > 3	91
21	Abortus	261
22	Hamil dengan Asma	8
23	Hamil dengan TB paru	2
24	Hamil dengan Varicella	3
25	Hamil dengan <i>Cephalo Pelvic Disproportion</i>	8
26	Hamil dengan Epilepsi	1
27	Hamil dengan Letak lintang	1
28	Hamil dengan Pertumbuhan Janin Terhambat	2
29	Hamil dengan Kondiloma	6
30	Mola	49
31	Kehamilan <i>Extra Uterine</i> / Hamil di luar kandungan	75
32	Blighted Ovum	33
33	Kematian Mudigah	52
34	<i>Hemorraghe Ante Partum</i> / Perdarahan Ante Partum	87
35	<i>Hemorraghe Post Partum</i> / Perdarahan Post Partum	109
36	<i>Hematoma Vulva</i>	11

Tabel 1.1

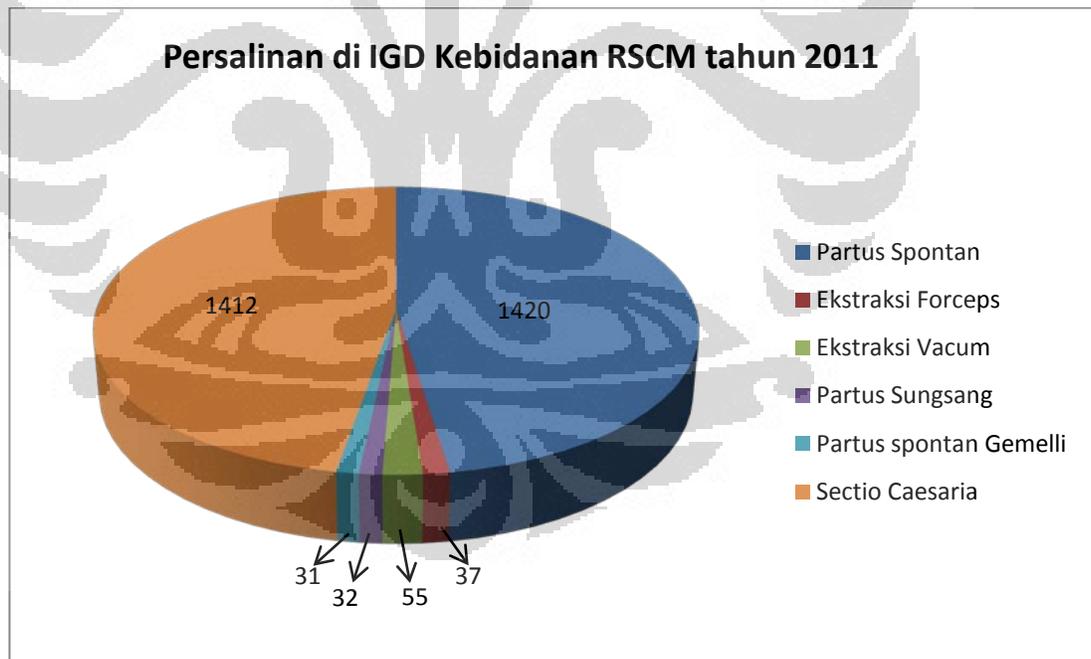
Kasus Obstetri di IGD Kebidanan RSCM tahun 2011 (Lanjutan)

No	Jenis kasus obstetri	Jumlah
37	Infeksi daerah operasi	16
38	Retensi urine	2
39	Persalinan Kala II Lama	13
	<b>Jumlah</b>	<b>4301</b>

Sumber: Laporan Departemen Obstetri dan Ginekologi RSCM tahun 2011

Sedangkan diagram berikut ini merupakan gambaran tindakan persalinan yang dilakukan di IGD Kebidanan RSCM selama tahun 2011.

Diagram 1.1. Persalinan di IGD Kebidanan RSCM tahun 2011



Sumber: Laporan Departemen Obstetri dan Ginekologi RSCM tahun 2011

Melihat beragamnya kasus yang dimiliki oleh pasien-pasien di IGD Kebidanan dengan jumlahnya yang tidak sedikit pula, terlebih lagi dengan adanya Program

Jaminan Persalinan (Jampersal) dari Kementerian Kesehatan, tidak menutup kemungkinan bahwa jumlah pasien rujukan dan kasus-kasus yang ditangani akan semakin bertambah lagi dari bulan ke bulan. Oleh karena itu, diperlukan tenaga kesehatan dalam jumlah, jenis dan kualitas yang tepat dan dapat diandalkan agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu kepada pasien-pasien tersebut. Wendy Graham, seorang ahli yang mempelajari beberapa negara yang menjadi bagian dari *Initiative for Maternal Mortality Programme Assesment* di University of Aberdeen, mengatakan bahwa masih sedikit yang berfokus pada kualitas pelayanan yang diperoleh wanita saat mereka berada di fasilitas kesehatan. Agar dapat bertahan hidup, kebutuhan wanita tersebut juga harus dipenuhi, bukan hanya berfokus pada kasus dan penyakitnya saja (Anderson, 2010).

Page (2012) mengemukakan bahwa Bidan berperan penting dalam masa depan ibu, bayi dan keluarga pada setiap kontak dengan ibu dan bayinya serta keluarganya. Bidan dapat membuat perbedaan antara hidup dan mati bagi ibu dan bayinya, untuk kesehatan dalam memulai kehidupan dan peran ibu, meningkatkan rasa percaya diri dan kekuatan bagi ibu dan keluarganya agar siap untuk memulai komitmen sebagai orang tua. WHO dan beberapa organisasi kesehatan lainnya telah mengidentifikasi bahwa Bidan merupakan kunci untuk menuju penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi serta kecacatan secara global (*International Confederation of Midwife*, 2010).

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis dalam memberikan pelayanan dan tindakan terhadap kegawatdaruratan obstetri. Bidan memberikan pelayanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan melalui pendidikan kesehatan dan konseling, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan perempuan, serta melakukan deteksi dini, pertolongan pertama pada kasus kegawat-daruratan dan rujukan.

Di Rumah Sakit, selain melaksanakan fungsinya secara mandiri, Bidan juga melakukan fungsi kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya, meliputi: a) Melakukan penapisan (skrining) awal kasus komplikasi/ rujukan yang kompleks untuk mencegah terjadinya keterlambatan penanganan, b) Asuhan kebidanan pada Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) pada kasus-kasus rujukan, c) Asuhan kebidanan/ penatalaksanaan kegawat-daruratan pada kasus-kasus kompleks sebelum mendapat penanganan lanjut (Ariyanti, 2010).

Melihat peran dan fungsi Bidan yang sangat penting dalam pelayanan kebidanan, tentu saja hal tersebut akan mempengaruhi mutu pelayanan yang diberikan, baik itu mutu pelayanan RSCM secara umum dan mutu pelayanan kebidanan khususnya. Apalagi saat ini RSCM sedang melaksanakan persiapan “*RSCM Goes to JCI*”, menurut Dr. dr. Budi Iman Santoso, SpOG (K) dalam rapat internal Departemen Obgyn RSCM bulan November 2011, yaitu persiapan yang dilakukan RSCM untuk meraih akreditasi dari *Joint Committee International*, dengan melakukan perubahan budaya dan perbaikan di beberapa aspek, baik itu sumber daya, proses maupun sistem pelaporan dan pendokumentasian kegiatan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan. IGD Kebidanan sebagai salah satu bagian dari unit pelayanan kegawat-daruratan juga harus mengikuti adanya perubahan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan tersebut. Selain itu, IGD Kebidanan merupakan tempat pendidikan dan pelatihan bagi peserta didik dari berbagai tingkatan (akademi, pendidikan dokter umum, maupun pendidikan dokter spesialis), selain itu RSCM ditunjuk sebagai Rumah Sakit percontohan bagi Rumah Sakit lain dalam pelaksanaan PONEK (JNPK-KR, 2010). Oleh karena itu, mutu pelayanan sangatlah penting untuk diperhatikan dan ditingkatkan, menyangkut pemenuhan standar baik itu sarana, fasilitas maupun sumber daya manusia kesehatan yang memberikan pelayanan kebidanan.

Pelayanan kebidanan yang bermutu adalah pelayanan kebidanan yang dilaksanakan oleh tenaga bidan yang kompeten, sesuai standar dilandasi oleh etika dan kode etik bidan serta didukung sarana dan prasarana yang memadai. Bidan sebagai pemberi pelayanan kebidanan harus dapat memberikan asuhan yang berkualitas, karena hal tersebut merupakan salah satu kontribusi Bidan sebagai ujung tombak dalam menurunkan AKI (Mufdillah, Asri, 2009) sekaligus sebagai salah satu penentu baik buruknya mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 1996).

Menurut Departemen Kesehatan RI (1998) mutu pelayanan menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan penduduk, serta pada pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesional yang telah ditetapkan. Bagi pihak penyelenggara pelayanan kesehatan, agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, harus didukung oleh pengetahuan dan kompetensi teknis, bukan saja merupakan bagian dari kewajiban etik dan profesi, tetapi juga merupakan prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi.

Dalam hal penyelenggaraan pelayanan kebidanan, bidan sebagai salah satu profesi yang berkewajiban memberikan pelayanan tersebut kepada masyarakat harus mempunyai kompetensi inti untuk dapat melaksanakan peran fungsinya dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas (*International Confederation of Midwife – Global Standards for Miwifery Regulation, 2011*). Kompetensi yang dimiliki oleh Bidan tersebut juga dapat mempengaruhi produktivitas kerja bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada pasien. Dan tentu saja, secara bersama-sama, kompetensi dan produktivitas tersebut dapat mempengaruhi mutu pelayanan kebidanan yang diberikan kepada pasien. Pasien sebagai penerima layanan juga pasti akan mempunyai persepsi yang berbeda mengenai mutu pelayanan yang diberikan. Oleh karena mutu bersifat

multi dimensional, maka penilaian mutu tidak bisa hanya dilakukan pada satu pihak saja, baik itu dari pihak penyelenggara maupun pihak penerima pelayanan kesehatan tersebut.

Penilaian mutu layanan tersebut dapat dinilai dengan menggunakan dimensi ServQual, yaitu *Responsiveness, Assurance, Tangible, Empathy, Reliability* (RATER), melalui dimensi tersebut, penyelenggara pelayanan kesehatan dapat menggali persepsi pasien/ pengguna layanan kesehatan tentang mutu pelayanan kesehatan yang telah didapat oleh pasien tersebut. Sehingga bisa didapatkan persamaan persepsi antara penyelenggara dan pengguna layanan berkaitan dengan mutu yang diharapkan (Parasuraman, Zeithaml dan Berry, 1990).

Penilaian terhadap pelayanan kesehatan di Departemen Obstetri dan Ginekologi RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo hingga saat ini yang sudah pernah dilakukan baru penilaian terhadap pelayanan medisnya serta penilaian akreditasi sebagai bagian dari penilaian akreditasi rumah sakit. Penilaian kualitas pelayanan OBSGIN berdasarkan persepsi pasien sudah pernah dilakukan, namun belum melihat mutu pelayanan kebidanan dari segi pemberi layanan atau tenaga kesehatan. Melihat pentingnya fungsi Bidan di IGD Kebidanan RSCM serta belum adanya suatu model untuk menilai mutu pelayanan yang diberikan oleh Bidan di RSCM, maka peneliti ingin melaksanakan penelitian tentang Mutu Pelayanan Bidan di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.

## 1.2. Perumusan Masalah

Pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang guna meningkatkan derajat kesehatan dirinya. Salah satu indikator derajat kesehatan di Indonesia adalah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang mana pada saat ini kedua angka tersebut masih sangatlah tinggi.

Pemerintah telah melakukan beberapa upaya untuk menurunkan AKI dan AKB tersebut. Antara lain melalui upaya mendekatkan jangkauan pelayanan kebidanan kepada masyarakat dengan pengadaan Poskesdes/Polindes di setiap desa, pemberian kewenangan tambahan pada Puskesmas untuk penanganan kegawatdaruratan pada kasus obstetri dan neonatal (PONED), pemberdayaan rumah sakit sebagai sarana rujukan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal (PONEK), pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan, upaya standarisasi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kebidanan, serta upaya Pemerintah yang sekarang ini sedang gencar-gencarnya dilakukan adalah dengan melaksanakan Program Jaminan Persalinan (Jampersal) kepada ibu-ibu yang hamil, bersalin dan nifas.

Bidan sebagai salah satu penyedia pelayanan kebidanan mempunyai peran yang sangat besar dalam upaya-upaya tersebut, termasuk upaya dalam penyediaan pelayanan kebidanan yang berkualitas. Yaitu semua bidan yang praktik di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan baik itu di rumah, komunitas, rumah sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

RSCM sebagai rumah sakit pusat rujukan nasional, rumah sakit pendidikan dan rumah sakit percontohan di Indonesia, mempunyai tanggung jawab yang besar untuk memenuhi tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan kebidanan yang diberikan. Dengan banyaknya pasien dan beragam kasus, kualitas tenaga kesehatan di RSCM juga dituntut agar dapat memberikan pelayanan tersebut sesuai dengan standar.

Penilaian terhadap pelayanan kesehatan di Departemen Obstetri dan Ginekologi RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo hingga saat ini yang sudah pernah dilakukan baru penilaian terhadap pelayanan medisnya serta penilaian akreditasi sebagai bagian dari penilaian akreditasi rumah sakit. Penilaian kualitas pelayanan Obgin berdasarkan persepsi pasien sudah pernah dilakukan, namun

belum melihat mutu pelayanan kebidanan dari segi pemberi layanan atau tenaga kesehatan. Melihat pentingnya fungsi Bidan di IGD Kebidanan RSCM serta belum adanya suatu model untuk menilai mutu pelayanan yang diberikan oleh Bidan di RSCM, oleh karena itu, peneliti ingin melakukan penelitian tentang Mutu Pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo yang dilaksanakan pada bulan Mei 2012.

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

Bagaimanakah pengaruh kompetensi baik secara langsung maupun tidak langsung melalui produktivitas terhadap mutu pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012?

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1. Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh kompetensi baik secara langsung maupun tidak langsung melalui produktivitas terhadap mutu pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.

#### **1.4.2. Tujuan Khusus**

1. Mengetahui gambaran kompetensi (pengetahuan dan ketrampilan) Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.
2. Mengetahui gambaran produktivitas Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.
3. Mengetahui pengaruh kompetensi terhadap Mutu Pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.

4. Mengetahui pengaruh produktivitas terhadap Mutu Pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.
5. Mengetahui pengaruh kompetensi terhadap produktivitas Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.

### **1.5. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, yaitu:

#### **1.5.1. Bagi RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan mutu pelayanan yang diberikan oleh Bidan terutama melalui perbaikan faktor kompetensi dan produktivitas Bidan.

#### **1.5.2. Bagi profesi Bidan**

Menjadi bahan masukan tentang gambaran mutu pelayanan Bidan, sehingga dapat menjadi bahan acuan dalam rangka memfasilitasi peningkatan dan pengembangan profesi Bidan

### **1.6. Ruang Lingkup**

#### **1.6.1. Lingkup Masalah**

Masalah dalam penelitian ini hanya dibatasi pada pengaruh kompetensi dan produktivitas dosen terhadap mutu pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo.

#### **1.6.2. Lingkup Keilmuan**

Bidang penjaminan mutu khususnya sumber daya manusia (bidan) di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo.

#### 1.6.3. Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo.

#### 1.6.4. Lingkup Metode

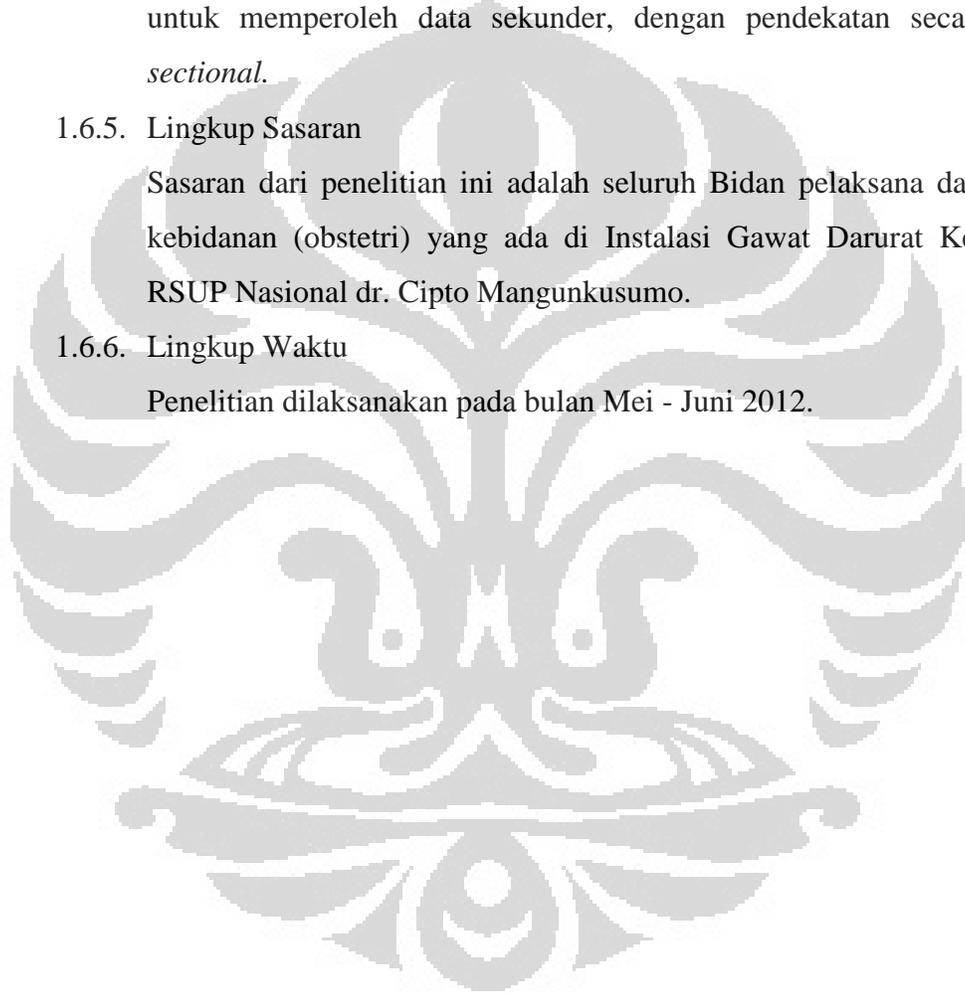
Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penyebaran kuesioner untuk memperoleh data primer dan pengecekan dokumen untuk memperoleh data sekunder, dengan pendekatan secara *cross sectional*.

#### 1.6.5. Lingkup Sasaran

Sasaran dari penelitian ini adalah seluruh Bidan pelaksana dan pasien kebidanan (obstetri) yang ada di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo.

#### 1.6.6. Lingkup Waktu

Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei - Juni 2012.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. TINJAUAN TEORI

##### 2.1.1. Konsep Dasar Mutu

Beberapa definisi operasional tentang mutu banyak dikemukakan, agak berbeda-beda namun saling melengkapi yang menambah wawasan tentang mutu. Definisi tersebut antara lain:

- a. Menurut DR. Armand V. Feigenbaum, seorang pakar mutu yang pernah menjabat Ketua *International Academy For Quality*, dan Presiden *The American Society for Quality Control*: Mutu produk dan jasa adalah seluruh gabungan dari sifat-sifat produk atau jasa pelayanan dari pemasaran, engineering, manufaktur dan pemeliharaan dimana produk atau jasa pelayanan dalam penggunaannya akan bertemu dengan harapan pelanggan.
- b. Mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kepuasan (*American Society for Quality Control*).
- c. Mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan (*The conformance of requirements* – Phillip B. Crosby, 1979).
- d. Mutu adalah “*fitness for use*” atau kemampuan kecocokan penggunaan (J.M. Juran).
- e. Mutu merupakan fenomena yang komprehensif dan multi dimensi, bisa digunakan pada pelayanan klinis maupun manajemen untuk mendukung pelayanan kesehatan (Brown, 1994).
- f. Mutu adalah derajat yang dicapai oleh karakteristik yang inheren dalam memenuhi persyaratan, yaitu: kebutuhan atau harapan yang dinyatakan, biasanya tersirat atau wajib.

Meskipun tidak ada definisi mengenai mutu yang diterima secara universal, namun dari beberapa definisi tersebut diatas terdapat beberapa persamaan, yaitu:

- a. Mutu mencakup usaha untuk memenuhi atau melebihi harapan pelanggan
- b. Mutu mencakup produk, tenaga kerja, proses dan lingkungan
- c. Mutu merupakan suatu kondisi yang berubah

#### 2.1.1.1. Sejarah Mutu

Menurut Dorothea (1999:10) mutu telah dikenal sejak empat ribu tahun yang lalu, ketika bangsa Mesir Kuno mengukur dimensi batu-batu yang digunakan untuk membangun piramida. Pada jaman modern fungsi mutu berkembang melalui beberapa tahap, yaitu:

##### a. Inspeksi (*Inspection*)

Pada masa ini ada beberapa orang ahli statistik antara lain Walter A. Shewhart (1924) yang menemukan konsep statistik untuk mengendalikan variabel-variabel produk seperti panjang, lebar, berat, tinggi dan lain sebagainya. Sedang H.F. Dodge dan H.G. Romig (akhir 1920) merupakan pelopor dalam pengambilan sampel untuk menguji penerimaan produk (*acceptance sampling*).

##### b. Pengendalian Mutu (*Quality Control*)

Pada tahun 1940an, kelompok inspeksi berkembang menjadi bagian pengendalian mutu. Adanya Perang Dunia II mengharuskan produk militer yang bebas cacat, karena merupakan salah satu faktor yang menentukan kemenangan dalam peperangan, hal ini harus dapat diantisipasi melalui pengendalian yang dilakukan selama proses produksi.

##### c. Pemastian Mutu (*Quality Assurance*)

Rekomendasi yang dihasilkan dari teknik-teknik statistik seringkali tidak dapat dilayani oleh struktur pengambilan keputusan yang ada. Bagian pemastian mutu difokuskan untuk memastikan proses dan

mutu produk melalui pelaksanaan audit operasi, pelatihan, analisis kinerja teknis dan petunjuk operasi peningkatan mutu.

d. **Manajemen Mutu (*Quality Management*)**

Pemastian mutu bekerja berdasarkan status quo, sehingga upaya yang dilakukan hanyalah memastikan pelaksanaan pengendalian mutu, tapi sangat sedikit pengaruhnya untuk meningkatkannya, karena itu untuk mengantisipasi persaingan, aspek mutu perlu selalu dievaluasi dan direncanakan perbaikannya melalui penerapan fungsi-fungsi manajemen mutu.

e. **Manajemen Mutu Terpadu (*Total Quality Management*)**

Dalam perkembangan manajemen mutu, ternyata bukan hanya fungsi produksi yang mempengaruhi kepuasan pelanggan terhadap mutu, tanggung jawab terhadap mutu tidak cukup hanya dibebankan kepada suatu bagian tertentu, tetapi sudah menjadi tanggung jawab seluruh individu di perusahaan. Pola inilah yang disebut *Total Quality Management*.

### **2.1.1.2. Manajemen Mutu**

a. Menurut J.M. Juran (1988)

Mutu menurut J.M. Juran dikemukakan lebih lanjut sebagai berikut: banyak arti tentang mutu, namun dua diantaranya sangat penting bagi manajer, meskipun tidak semua pelanggan menyadarinya, yaitu:

- Mutu sebagai keistimewaan produk. Di mata pelanggan, semakin baik keistimewaan produk, semakin tinggi mutunya.
- Mutu berarti bebas dari kekurangan (*deficiency*). Di mata pelanggan semakin sedikit kekurangan, semakin naik mutunya.

Keistimewaan produk yang memenuhi kebutuhan pelanggan, mutu yang lebih tinggi dari produk memungkinkan (memberikan manfaat) untuk:

- Meningkatkan kepuasan pelanggan
- Membuat produk mudah laku dijual
- Memenangkan persaingan

- Meningkatkan pangsa pasar
- Memperoleh pemasukan dari penjualan
- Menjamin harga premium
- Dampak yang terutama adalah terhadap penjualan
- Biasanya, mutu yang lebih tinggi membutuhkan biaya lebih banyak

Mutu yang bebas dari kekurangan, mutu yang lebih tinggi memungkinkan untuk:

- Mengurangi tingkat kesalahan
- Mengurangi pekerjaan ulang dan pemborosan
- Mengurangi kegagalan di lapangan, beban garansi
- Mengurangi ketidakpuasan pelanggan
- Mengurangi keharusan memeriksa dan menguji
- Memendekkan waktu guna melempar produk baru ke pasar
- Tingkatkan hasil/kapasitas
- Meningkatkan kinerja pengiriman
- Dampak utama pada biaya
- Biasanya mutu lebih tinggi biayanya lebih sedikit

Juran juga menyampaikan bahwa perencanaan mutu merupakan suatu bagian yang sangat diperlukan dalam Trilogi Juran yang berkaitan dengan Perencanaan Mutu (*Quality Planning*), Pengendalian Mutu (*Quality Control*), dan Peningkatan Mutu (*Quality Improvement*).

**Perencanaan Mutu**, memerlukan penyelenggaraan pelatihan khusus, suatu mutu seharusnya direncanakan dan dirancang, yang terdiri dari tahapan sebagai berikut:

- Menetapkan (identifikasi) siapa pelanggan
- Menetapkan (identifikasi) kebutuhan pelanggan
- Mengembangkan keistimewaan produk merespon kebutuhan pelanggan

- Mengembangkan proses yang mampu menghasilkan keistimewaan produk
- Mengarahkan perencanaan ke kegiatan-kegiatan operasional

**Pengendalian Mutu** adalah proses deteksi dan koreksi adanya penyimpangan atau perubahan segera setelah terjadi, sehingga mutu dapat dipertahankan. Menyesuaikan spesifikasi standar-standar dan meletakkan standar-standar serta prosedur-prosedur yang memerlukan segera tindakan koreksi dari berbagai masalah, sehingga keadaan status quo dapat diperbaiki. Langkah kegiatan yang dikerjakan antara lain:

- Evaluasi kinerja dan kontrol produk
- Membandingkan kinerja aktual terhadap tujuan produk
- Bertindak terhadap perbedaan dan penyimpangan yang ada

**Peningkatan mutu**, mencakup dua hal, yaitu *fitness for use* dan mengurangi tingkat kecacatan dan kesalahan. Keduanya menyangkut pelanggan internal maupun pelanggan eksternal. Meningkatkan *fitness for use* mempunyai beberapa manfaat, di antaranya:

- Mutu lebih baik bagi pengguna
- Pangsa pasar yang besar untuk manufaktur
- Harga premi bagi manufaktur
- Status di pasaran bagi manufaktur

Mengurangi tingkat kecacatan dan kesalahan mempunyai manfaat:

- Mengurangi biaya dan beberapa gesekan pengguna
- Mengurangi secara dramatis pembiayaan bagi manufaktur
- Meningkatkan produktivitas lebih mudah diproduksi
- Mengurangi inventaris dalam mendukung konsep tepat waktu

Kegiatan-kegiatan peningkatan mutu antara lain:

- Mengadakan infrastruktur yang diperlukan bagi upaya peningkatan mutu

- Identifikasi apa yang perlu ditingkatkan dan proyek peningkatan mutu
- Menetapkan tim proyek
- Menyediakan tim dengan sumberdaya, pelatihan, motivasi untuk mendiagnosa penyebab, merangsang perbaikan dan mengadakan pengendalian agar tetap tercapai perolehan.

b. Menurut Philip B. Crosby

Ada empat hal yang mutlak (absolut) menjadi bagian integral dari manajemen mutu, yaitu bahwa:

- Definisi mutu adalah kesesuaian terhadap persyaratan (*the definition of quality is conformance to requirement*).
- Sistem mutu adalah pencegahan (*the system of quality is prevention*)
- Standar penampilan adalah tanpa cacat (*the performance standar is zero defect*)
- Ukuran mutu adalah harga ketidaksesuaian (*the measurement of quality is the price of nonconformance*).

c. Menurut William Edwards Deming

Deming (1900) memberikan pedoman manajemen yang terkenal dengan 14 butir manajemen Deming, teori ini menetapkan langkah-langkah yang diperlukan untuk mentransformasi “budaya mutu” atau perubahan budaya organisasi, dan merupakan 14 langkah yang diperlukan untuk pelaksanaan rencana *zero defect*, yaitu:

- Komitmen manajemen (*Management Commitment*)
- Tim peningkatan mutu (*Quality Improvement Team*)
- Pengukuran-pengukuran Mutu (*Measurement*)
- Biaya Mutu (*Cost of Quality*)
- Sadar akan Mutu (*Quality Awareness*)
- Kegiatan Koreksi (*Corrective Action*)
- Rencana *Zero Defect* (*Zero Defect Planning*)
- Pelatihan Pekerja (*Employee Education*)
- Hari *Zero Defect* (*Zero defect day*)

- Menyusun tujuan (*Goal setting*)
- Mengganti penyebab kesalahan (*Error causal removal*)
- Pengakuan (*Recognition*)
- Dewan Mutu (*Quality Council*)
- Kerjakan sekali lagi (*Do it over again*)

## 2.1.2. Mutu Pelayanan Kesehatan

### 2.1.2.1. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Satuan kerja untuk reorganisasi sistem pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan medis (*The Task Force on The Reorganization of The Health Care System and Quality of Medical Services*) di Kanada, memberikan batasan mutu sebagai kemampuan aktivitas profesional dan pelayanan kedokteran untuk menimbulkan perbaikan yang mantap dalam kesehatan individu dan populasi, dengan memperhatikan harapan mereka dan kemutakhiran pengetahuan dalam bidang kesehatan.

*The Institute of Medicine* mendefinisikan mutu sebagai suatu derajat pelayanan kesehatan bagi individu dan populasi yang meningkatkan tercapainya luaran kesehatan yang diharapkan dan konsisten dengan pengetahuan profesional terkini (Lumenthal, 1996).

Menurut Azwar (1996), pengertian mutu pelayanan kesehatan bersifat multi dimensional, yaitu mutu menurut pemakai pelayanan kesehatan dan menurut penyelenggara pelayanan kesehatan dan dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Dari pihak pemakai jasa pelayanan, pengertian mutu terutama berhubungan erat dengan ketanggapan dan kemampuan petugas rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan pasien dan komunikasi petugas dengan pasien, termasuk di dalamnya keramahan dan kesungguhan.

- b. Dari pihak rumah sakit sendiri, termasuk di dalamnya dokter, tenaga kesehatan dan non kesehatan. Derajat mutu terkait pada pemakaian yang sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi.

Menurut Kotler (1994), kualitas harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Hal ini berarti bahwa citra kualitas yang baik bukanlah berdasarkan sudut pandang atau persepsi pihak penyedia jasa, melainkan berdasarkan sudut pandang atau persepsi pelanggan. Persepsi pelanggan terhadap kualitas jasa merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu jasa.

Departemen Kesehatan RI (1998) menyatakan bahwa mutu pelayanan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan penduduk, serta pada pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesional yang telah ditetapkan. Pengertian ini yang dijadikan pedoman untuk pelayanan bagi Departemen Kesehatan RI dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Bagi penyelenggara kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih pada dimensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Dengan kata lain, bagi penyedia layanan kesehatan yang dikatakan pelayanan berkualitas adalah kesempurnaan teknis yang diberikan serta karakteristik interaksi pemberi layanan dengan pasien. Kualitas teknis yang baik berupa melakukan tindakan yang benar dengan benar. Kualitas interaksi antara pemberi layanan, dalam hal ini adalah bidan, dengan pasien tergantung pada beberapa elemen dalam hubungannya yaitu kualitas komunikasi, kemampuan bidan untuk menjaga kepercayaan pasien, dan kemampuan bidan untuk memberikan asuhan kepada pasien dengan perhatian, empati, kejujuran, dan sensitivitas (Lumenthal, 1996).

Donabedian (Wijono, 2000) mendefinisikan pelayanan kesehatan dengan kualitas tinggi sebagai pelayanan yang diharapkan memaksimalkan kesejahteraan pasien dengan menyeimbangkan keuntungan dan kerugian yang dapat terjadi dalam proses tersebut dalam semua bagiannya. Dalam definisinya ini Donabedian menyatakan bahwa pelayanan yang berkualitas adalah yang mampu mencapai tujuan yang diinginkan dengan menggunakan cara yang logis, dan tujuan yang dimaksud adalah suatu keadaan kesehatan. Dengan definisi ini, maka kualitas hanya diperoleh jika dokter membantu pasiennya untuk dapat mencapai tingkat kesehatan secara tepat dan pasiennya menikmati hidup yang lebih sehat.

Definisi yang berbeda-beda tersebut semuanya mungkin dan dapat digunakan, tergantung pada posisi kita dalam sistem pelayanan dan tanggung jawabnya. Definisi dan perspektif yang berbeda ini akan mengakibatkan pendekatan yang berbeda untuk penilaian dan manajemennya. Definisi pelayanan kesehatan berkualitas ini berlaku untuk pelayanan kesehatan dalam bidang apapun.

#### **2.1.2.2. Dimensi Mutu Pelayanan**

Secara umum, terdapat dua komponen kualitas pelayanan yaitu kualitas teknis dan kualitas fungsional. Kualitas teknis didefinisikan terutama berdasarkan akurasi teknik dan prosedur, sedangkan kualitas fungsional merujuk pada cara pelayanan tersebut diberikan kepada pasien.

Pandangan medis tradisional yaitu yang disampaikan oleh Donabedian, membagi komponen kualitas pelayanan kesehatan ke dalam struktur, proses, dan luaran. Struktur merujuk kepada karakteristik fisik dan staf tempat pelayanan kesehatan diadakan, misalnya jam kerja, spesialisasi dokter atau kepemilikan rumah sakit. Faktor proses menunjukkan cara pelayanan kesehatan diberikan meliputi interaksi antara pengguna dan struktur pelayanan kesehatan. Komponen proses terdiri atas intervensi teknis dan interaksi interpersonal antara pengguna dan anggota pelayanan

kesehatan. Aspek intervensi teknis di sini berupa penerapan keterampilan klinis terhadap masalah kesehatan pasien yang berdasarkan teori yang dapat dievaluasi dan dapat distandardisasi. Untuk luaran, merujuk pada pengaruh pelayanan terhadap status kesehatan atau kesejahteraan pasien selanjutnya, misalnya perbaikan dalam gejala atau mobilitas.

Komponen kualitas yang didapatkan dari literatur pelayanan pemasaran agak mirip dengan yang diajukan oleh Donabedian, namun diutarakan lebih rinci. Dimensi mutu pelayanan jasa yang banyak dikemukakan di jurnal-jurnal ilmiah adalah dimensi mutu/ kualitas oleh Zeithaml, Parasuraman dan Berry (1990). Parasuraman, dkk mengembangkan model yang komprehensif dari mutu pelayanan kesehatan yang berfokus pada aspek fungsi dari pelayanan.

Parasuraman, Zeithaml, and Berry, mengidentifikasi 10 dimensi kualitas pelayanan yaitu:

1. keandalan (*reliability*).
2. daya tanggap (*responsiveness*).
3. kompetensi, mencakup kepemilikan keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan.
4. akses yaitu keterjangkauan dan kemudahan untuk dihubungi.
5. kesopansantunan meliputi kesopanan, perhatian, dan keramahan staf.
6. komunikasi yaitu memperhatikan dan mendengarkan konsumen.
7. kredibilitas artinya dapat dipercaya dan memiliki nama baik.
8. keamanan yaitu kebebasan dari bahaya dan risiko
9. memahami konsumen dengan mengetahui kebutuhan dan perhatian perorangan.
10. keberwujudan/*tangible* berupa tampilan fasilitas dan fisik.

Pada penelitian selanjutnya, dimensi-dimensi tersebut disederhanakan menjadi 5 kategori/ dimensi, yaitu: *Responsiveness*, *Assurance*, *Tangibles*, *Empathy* dan *Reliability* (RATER). Penjelasan beserta definisi

dan pernyataan dari kelima dimensi tersebut dikemukakan sebagai berikut:

1. *Responsiveness*

Merupakan dimensi yang mencakup keinginan untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat, selalu memperoleh definisi yang tepat dan segera mengenai pelanggan. Dimensi ketanggapan ini merefleksikan komitmen perusahaan untuk memberikan pelayanan tepat pada waktunya, dimensi ini berkaitan dengan keinginan dan atau kesiapan pekerja untuk melayani. Dimensi ini merefleksikan persiapan perusahaan sebelum memberikan pelayanan.

2. *Assurance*

Dimensi ini terdiri dari empat hal, yaitu: *Competency*, hal ini mencakup kepemilikan ketrampilan dan pengetahuan yang diperlukan; *Courtesy*, yaitu mencakup kesopanan, rasa hormat, perhatian dan keramahan pelayanan; *Credibility* mencakup kepercayaan, kejujuran dari si pemberi jasa pelayanan; dan *Security*, yaitu mencakup kebebasan dari bahaya, risiko atau keragu-raguan.

Dimensi ini mencakup pengetahuan dan kesopanan pekerja serta kemampuannya untuk memberikan kepercayaan kepada pelanggan.

Dimensi ini merefleksikan kompetensi perusahaan, keramahan kepada pelanggan dan keamanan operasinya.

3. *Tangible*

Dimensi ini mencakup kondisi fisik fasilitas, peralatan serta penampilan pekerja. Karena jasa tidak dapat diamati langsung, maka seringkali berpedoman pada kondisi yang terlihat mengenai jasa tersebut dalam melakukan evaluasi.

Kenyataan yang berkaitan dengan perusahaan tersebut mencakup objek yang sangat bervariasi, contohnya karpet, tempat duduk, pencahayaan, warna dinding, brosur, korespondensi, dll. Dimensi tersebut berkaitan dengan peralatan dan fasilitas yang digunakan, serta personel dan materi komunikasi yang digunakan.

#### 4. *Empathy*

Dimensi ini mencakup tiga hal, yaitu: *Accesibility* mencakup kemudahan untuk mendekati dan dihubungi; *Communication skills* mencakup pemberian informasi kepada pelanggan dengan bahasa yang dapat dimengerti, dan mendengarkan tanggapan juga pertanyaan dari pelanggan; *Understanding the costumer* adalah mencakup perlunya usaha untuk mengetahui pelanggan dan kebutuhan khususnya.

Dimensi ini menunjukkan derajat perhatian yang diberikan kepada setiap pelanggan. Dimensi ini juga merefleksikan kemampuan pekerja untuk menyelami perasaan pelanggan sebagaimana jika pekerja itu sendiri mengalaminya.

#### 5. *Reliability*

Dimensi ini menunjukkan kemampuan untuk memberikan pelayanan secara akurat, handal, dapat dipercaya, bertanggungjawab atas apa yang dijanjikan, tidak pernah memberikan janji yang berlebihan dan selalu memenuhi janjinya. Secara umum dimensi reliabilitas merefleksikan konsistensi dan kehandalan dari kinerja perusahaan.

Menurut Azwar (1996), suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila penerapan standar dan kode etik profesi dapat memuaskan pasien, ukuran-ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu hanya mengacu pada penerapan standar serta kode etik profesi saja. Ukuran yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai:

##### 1. Hubungan dokter-pasien (*Doctor-patient relationship*)

Terbinanya hubungan dokter-pasien yang baik adalah salah satu kewajiban dari kode etik, diharapkan setiap dokter dapat dan bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasiennya secara pribadi, menampung dan mendengarkan semua keluhan serta menjawab dan

memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya tentang segala hal yang ingin diketahui oleh pasiennya.

2. Kenyamanan pasien (*Amenities*)

Kenyamanan yang dimaksud di sini tidak hanya menyangkut pada fasilitas yang disediakan, tetapi yang terpenting lagi menyangkut sikap serta tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

3. Kebebasan melakukan pilihan (*Choice*)

Suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila kebebasan memilih ini dapat diberikan, dan area itu harus dapat dilaksanakan oleh setiap penyelenggara kesehatan.

4. Pengetahuan dan Kompetensi Teknis (*Scientific knowledge and technical skill*)

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan didukung oleh pengetahuan dan kompetensi teknis, bukan saja merupakan bagian dari kewajiban etik dan profesi, tetapi juga merupakan prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Secara umum disebut, makin tinggi pengetahuan dan kompetensi/ skill tersebut, maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

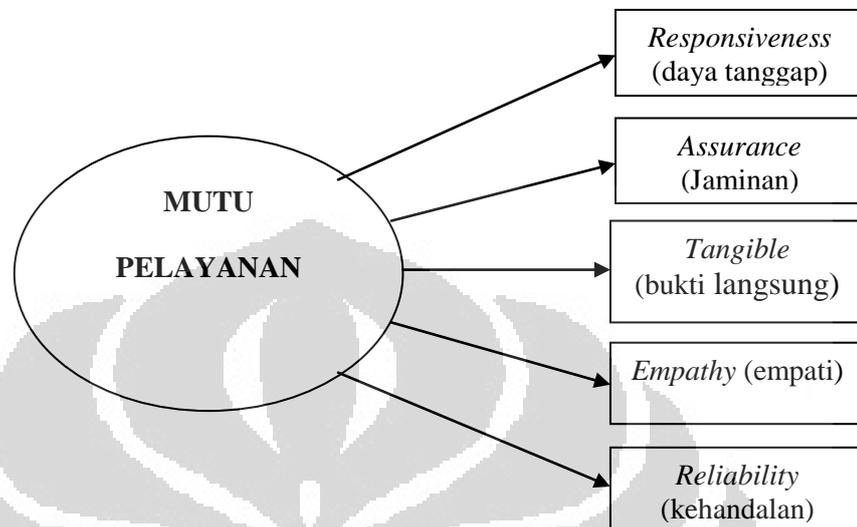
5. Efektifitas Pelayanan (*Effectiveness*)

Efektifitas pelayanan juga merupakan bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Secara umum disebutkan makin tinggi efektifitas pelayanan kesehatan tersebut, makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

6. Keamanan tindakan (*Safety*)

Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, aspek tindakan ini harus diperhatikan, pelayanan kesehatan yang membahayakan pasien bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

Dimensi mutu pelayanan yang dikemukakan oleh Zeithaml, Parasuraman dan Berry (1990) tersebut dapat digambarkan seperti berikut di bawah ini:



Sumber: Zeithaml, Parasuraman dan Berry (1990)

Gambar 2.1. Dimensi Mutu Pelayanan

#### **SINTESA:**

Berdasarkan teori-teori yang telah dikemukakan di atas, peneliti mengambil kesimpulan atau sintesa bahwa **Mutu Pelayanan Bidan** adalah tingkat kesempurnaan pelayanan yang diberikan oleh Bidan, yang dalam penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesional yang ditetapkan.

Dalam penelitian ini, yang dimaksud dengan Pelayanan Bidan adalah pelayanan yang diberikan oleh Bidan kepada pasien sesuai dengan uraian tugasnya di RSCM dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kebidanan. Dari 29 uraian tugas Bidan untuk peningkatan mutu pelayanan Kebidanan tersebut, peneliti mengambil 3 tugas yang banyak dan selalu dilakukan oleh Bidan pelaksana di IGD Kebidanan, yaitu:

- 1) pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, 2) pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium, 3) pemberian KIE/ pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga.

Sedangkan untuk pengukuran Mutu itu sendiri, peneliti menggunakan 5 dimensi mutu sebagai indikatornya, yaitu *Responsiveness* (daya tanggap), *Assurance* (jaminan), *Tangible* (bukti langsung), *Empathy* (empati) dan *Reliability* (kehandalan).

### 2.1.2.3. Faktor-Faktor Kunci Sukses dalam Meningkatkan Mutu Layanan (Tjiptono, 2003)

- 1) Mendengarkan suara pelanggan (*Listening the voices of Customer*)  
Riset terhadap pelanggan menyatakan bahwa kekuatan dan kelemahan pelayanan perusahaan berasal dari perspektif orang – orang yang merasakannya, sedangkan riset terhadap non pelanggan menyatakan bagaimana *competitor* memberikan pelayanan yang selanjutnya digunakan sebagai dasar perbandingan. Dengan mendengarkan suara pelanggan secara sistematis (*Systemic Listening*) akan mengarahkan pembuat keputusan untuk bisa membuat keputusan yang berhubungan dengan atribut pelayanan.
- 2) Memberikan pelayanan yang handal (*Service reliability*)  
Dari 5 dimensi mutu layanan yaitu *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty* dan *tangible*, maka *reliability* adalah karakteristik yang paling penting menilai kualitas pelayanan, sedangkan 4 faktor lain memberikan kerangka kerja memahami apa yang diharapkan pelanggan.
- 3) Memberikan *Basic Service*.  
*Basic service* sangat erat dengan *reliabilitas*. Pelanggan menginginkan *basic service*, mengharapkan pelayanan yang fundamental dan bukan sekadar janji-janji (Walgito,1997).
- 4) *Service Design*  
*Service design* melibatkan pandangan *holistic* terhadap system pelayanan disamping pengelolaan lebih akurat.
- 5) Pemulihan (*recovery*)  
Seringkali perusahaan kurang mendorong pelanggan mencoba memecahkan masalah yang ada, tidak memberikan otoritas karyawan

untuk memecahkan masalah dengan segera, tidak melakukan investasi sistem komunikasi dan informasi waktu resolusi masalah pelayanan. Banyak pelanggan tidak puas dan tidak mengadu secara langsung karena tidak mengetahui prosedurnya. Perusahaan dapat mengatasi keengganan dan memperbaiki *recovery service* dengan tiga cara :

- Mendorong pelanggan mengadu dan membuat mudah prosedurnya.
- Merespon secara cepat dan personal.
- Mengembangkan sistem resolusi masalah.

#### 6) *Surprising customer*

Dimensi-dimensi proses pelayanan memberikan *surprise* pada pelanggan dengan kecepatan penyampaian yang handal, kesopanan, keramahan, *competence*, komitmen atau pemahaman karyawan (*understanding*).

#### 7) *Fair play*

Pelanggan mengharapkan mereka diperlakukan secara jujur. Pelanggan akan merasa sakit hati dan kehilangan kepercayaan jika tidak menerima pelayanan seperti yang diharapkan atau seperti yang dijanjikan. Kejujuran mendasari semua harapan pelanggan.

#### 8) *Teamwork*

Perusahaan harus aktif membina *teamwork* yang melibatkan orang-orang dari berbagai bidang fungsional. Untuk itu diperlukan pertemuan-pertemuan untuk membangun komunikasi, memiliki tujuan bersama, berbagai pengalaman, penetapan sistem imbalan yang langsung dikaitkan dengan hasil/kinerja, sistem pelatihan *cross training employee* dari berbagai segi dalam rantai pelayanan.

#### 9) *Employee Research*

*Employee research* sama pentingnya dengan *customer research*, karena karyawan adalah pelanggan internal dan mereka orang-orang yang bisa menilai kualitas pelayanan internal. Karena kualitas pelayanan eksternal dipengaruhi oleh kualitas pelayanan internal, maka pengukuran kualitas pelayanan adalah sangat esensial, karyawan memberikan atau menawarkan pandangan-pandangan mengenai

kondisi-kondisi yang diperkirakan bisa menurunkan kualitas pelayanan organisasi serta *employee research* juga membantu sistim peringatan awal, karena pekerja lebih mengetahui rahasia sistim *delivery* pelayanan.

#### 10) *Servant Leadership*

Memperbaiki kualitas pelayanan melibatkan dan membutuhkan tipe kepemimpinan khusus yang disebut *servant leadership*. *Servant leader* dituntut mampu melayani, membantu para pekerja, mengarahkan para pekerja untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan.

#### 2.1.2.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan

Berbagai kajian dan hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan publik dipengaruhi oleh banyak faktor, variabel, dimensi dan indikator. Berbagai konsep dan teori yang berkaitan dengan kualitas pelayanan publik (termasuk di dalamnya adalah pelayanan kesehatan) telah digunakan oleh para peneliti dalam pembahasan kajiannya, baik dalam bentuk tesis maupun dalam bentuk disertasi.

Berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Hardiansyah (2012) pada Perpustakaan Pascasarjana Universitas Padjadjaran Bandung terhadap tesis dan disertasi yang berkaitan dengan tema “kualitas pelayanan publik,” baik kajian yang dilakukan secara kuantitatif maupun secara kualitatif, diperoleh berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan publik. Berbagai faktor tersebut adalah motivasi kerja, pengawasan masyarakat, implementasi kebijakan, perilaku aparat, kinerja, kemampuan atau kompetensi, pengalaman, tanggung jawab, komunikasi, budaya organisasi, kebijakan, kepemimpinan, pemanfaatan sistem teknologi dan informasi, perencanaan fasilitas. Dari kajian yang dilakukan oleh Hardiansyah tersebut, didapatkan bahwa faktor-faktor di atas berpengaruh secara signifikan terhadap mutu pelayanan publik.

Sedangkan menurut Departemen Kesehatan (1988) ada prasyarat yang harus dipenuhi dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan, prasyarat tersebut antara lain adanya pimpinan yang peduli dan mendukung, sadar mutu bagi seluruh staf, program diklat untuk peningkatan sumber daya manusia, sarana dan lingkungan yang mendukung dan yang terakhir adalah adanya standar.

Al-Assaf (2003) dalam bukunya yang berjudul “Mutu Pelayanan Kesehatan Perspektif Internasional” mengemukakan bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dibutuhkan adanya kepemimpinan, komitmen, fokus terhadap konsumen, fokus pada proses, partisipasi pimpinan, tanggung jawab perorangan, pemberdayaan pekerja, identifikasi dan solusi masalah secara proaktif, suatu sistem penghargaan pekerja serta dibutuhkan adanya pendidikan dan pelatihan, serta perbaikan yang berkesinambungan.

Siagian (2009) menambahkan perbaikan secara terus menerus yang dilakukan suatu perusahaan dalam rangka peningkatan produktivitas akan berdampak pula pada mutu pelayanan yang dihasilkan. Sehingga produktivitas yang tinggi akan berdampak pada peningkatan kualitas/mutu pelayanan.

#### **2.1.2.5. Kompetensi dan Mutu Pelayanan Kesehatan**

Parasuraman (dalam Tjiptono, 1996) telah berhasil mengidentifikasi sepuluh faktor yang dapat menentukan kualitas/mutu dari jasa pelayanan. Salah satu faktor yang dimaksud adalah faktor kompetensi. Dalam Azwar (1996) juga disebutkan bahwa makin tinggi pengetahuan dan kompetensi/skill tersebut, maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

### a. Pengertian Kompetensi

Cut Zurnali (2010) dalam bukunya yang berjudul "*Learning Organization, Competency, Organizational Commitment, dan Customer Orientation: Knowledge Worker - Kerangka Riset Manajemen Sumberdaya Manusia di Masa Depan*" merangkum beberapa pengertian kompetensi dari pakar. Berikut akan disajikan definisi kompetensi:

1. Richard E. Boyatzis (2008) mengemukakan: kompetensi merupakan karakteristik-karakteristik dasar seseorang yang menuntun atau menyebabkan keefektifan dan kinerja yang menonjol.
2. Menurut Glossary Our Workforce Matters (Sinnott. et.al: 2002), kompetensi adalah karakteristik dari karyawan yang berkontribusi kinerja pekerjaan yang berhasil dan pencapaian hasil organisasi. Hal ini mencakup pengetahuan, keahlian dan kemampuan ditambah karakteristik lain seperti nilai, motivasi, inisiatif dan control diri.
3. Le Boterf dalam Denise et al (2007) menyatakan: kompetensi merupakan sesuatu yang abstrak; hal ini tidak menunjukkan adanya material dan ketergantungan pada kegiatan kecakapan individu. Jadi kompetensi bukan keadaan tapi lebih pada hasil kegiatan dari pengkombinasian sumberdaya personal (pengetahuan, kemampuan, kualitas, pengalaman, kapasitas kognitif, sumberdaya emosional, dan lainnya) dan sumberdaya lingkungan (teknologi, database, buku, jaringan hubungan, dan lainnya).
4. Menurut Sinnott et.al (2002), kompetensi adalah alat pengkritisi dalam tugas kerja dan pergantian perencanaan. Di tingkat minimum, kompetensi berarti: a) mengenali kapabilitas, sikap dan atribut yang dibutuhkan untuk memenuhi staf saat ini dan dimasa depan sebagai prioritas organisasi dan pertukaran strategis; dan b) memfokuskan pada usaha pengembangan karyawan untuk

menghilangkan kesenjangan antara kapabilitas yang dibutuhkan dengan yang tersedia.

5. Menurut Watson Wyatt dalam Ruky (2003:106) competency merupakan kombinasi dari keterampilan (*skill*), pengetahuan (*knowledge*), dan perilaku (*attitude*) yang dapat diamati dan diterapkan secara kritis untuk suksesnya sebuah organisasi dan prestasi kerja serta kontribusi pribadi karyawan terhadap organisasinya.
6. Menurut Yodhia Antariksa (2007), secara general, kompetensi sendiri dapat dipahami sebagai sebuah kombinasi antara ketrampilan (*skill*), atribut personal, dan pengetahuan (*knowledge*) yang tercermin melalui perilaku kinerja (*job behavior*) yang dapat diamati, diukur dan dievaluasi. Dalam sejumlah literatur, kompetensi sering dibedakan menjadi dua tipe, yakni *soft competency* atau jenis kompetensi yang berkaitan erat dengan kemampuan untuk mengelola proses pekerjaan, hubungan antar manusia serta membangun interaksi dengan orang lain. Contoh *soft competency* adalah: *leadership, communication, interpersonal relation*, dll. Tipe kompetensi yang kedua sering disebut *hard competency* atau jenis kompetensi yang berkaitan dengan kemampuan fungsional atau teknis suatu pekerjaan. Dengan kata lain, kompetensi ini berkaitan dengan seluk beluk teknis yang berkaitan dengan pekerjaan yang ditekuni. Contoh *hard competency* adalah: *electrical engineering, marketing research, financial analysis, manpower planning*, dll.
7. Menurut UU No. 13/2003 tentang Ketenagakerjaan : pasal 1 (10), kompetensi adalah kemampuan kerja setiap individu yang mencakup aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja yang sesuai dengan standar yang ditetapkan.
8. Keputusan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 46A Tahun 2003 Tanggal 21 Nopember 2003 menyatakan bahwa, kompetensi adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki

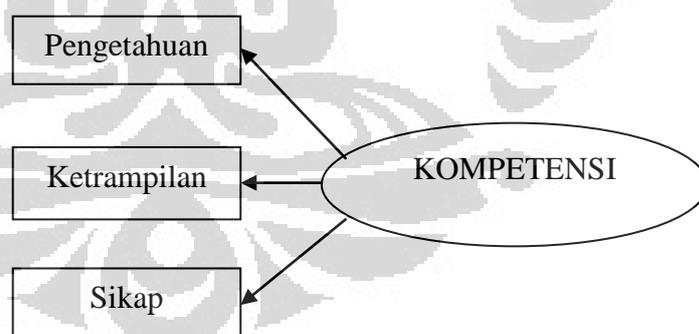
seorang Pegawai Negeri Sipil berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yg diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya, sehingga Pegawai Negeri Sipil tersebut dapat melaksanakan tugasnya secara professional, efektif, dan efisien.

9. Competency Standards Body Canberra 1994, *competency comprises knowledge and skills and the consistent application of that knowledge and skills to the standard of performance required in employment.* (Kompetensi terdiri dari pengetahuan dan keterampilan dan penerapan yang konsisten bahwa pengetahuan dan keterampilan dengan standar kinerja yang diperlukan dalam pekerjaan).
10. Association K.U. Leuven mendefinisikan bahwa pengertian kompetensi adalah peingintegrasian dari pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang memungkinkan untuk melaksanakan satu cara efektif.
11. Robert A. Roe (2001) mengemukakan definisi dari kompetensi yaitu: *Competence is defined as the ability to adequately perform a task, duty or role. Competence integrates knowledge, skills, personal values and attitudes. Competence builds on knowledge and skills and is acquired through work experience and learning by doing.* (Kompetensi didefinisikan sebagai kemampuan untuk melakukan tugas secara memadai, tugas atau peran. Mengintegrasikan kompetensi pengetahuan, keterampilan, nilai-nilai pribadi dan sikap. Kompetensi didasarkan pada pengetahuan dan keterampilan dan diperoleh melalui pengalaman kerja dan belajar dengan melakukan).
12. Menurut ICM – *Global Standards for Midwifery Regulation* (2011), *competence is the combination of knowledge, psychomotor, communication and decision-making skills that enable an individual to perform a specific task to a defined level of proficiency.* Kompetensi merupakan perpaduan antara pengetahuan, psikomotorik, keterampilan dalam komunikasi dan

pembuatan keputusan yang memungkinkan seorang individu (bidan) dapat melaksanakan suatu tugas tertentu untuk meraih suatu tingkat kecakapan.

Tahun 1960, konsep kompetensi mulai diterapkan di Amerika Serikat untuk program pendidikan guru. Pada tahun 1970, dikembangkan untuk program pendidikan profesional lainnya, untuk program pelatihan kejuruan di Inggris dan Jerman pada tahun 1980 serta untuk pelatihan kejuruan dan pengenalan keterampilan profesional di Australia pada tahun 1990. Konsep kompetensi mulai menjadi *trend* dan banyak dibicarakan sejak tahun 1993 dan saat ini menjadi sangat populer terutama di lingkungan perusahaan multinasional dan nasional yang modern (Centerpoint Technologies, 2011).

Dari berbagai macam pengertian di atas, peneliti dapat menyimpulkan bahwa kompetensi seseorang dapat dilihat atau diketahui dari pengetahuannya, keterampilannya dan sikap perilaku yang diperlukan dalam melaksanakan tugas atau pekerjaannya.



Sumber: UU No. 13/2003 tentang Ketenagakerjaan: pasal 1 (10); ICM (2011)

Gambar 2.2. Indikator Kompetensi

Dalam penelitian ini, peneliti hanya mengambil/ mengukur kompetensi melalui dua indikator saja, yaitu indikator pengetahuan dan keterampilan bidan, dikarenakan dua indikator tersebut sudah cukup mewakili dan lebih mudah dalam melakukan pengukuran.

## **b. Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari proses mencari tahu, dari yang tadinya tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat menjadi dapat. Dalam proses mencari tahu ini mencakup berbagai metode dan konsep-konsep, baik melalui proses pendidikan maupun melalui pengalaman (Notoatmodjo, 2005).

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan diperlukan sebagai dukungan dalam menumbuhkan rasa percaya diri maupun sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan fakta yang mendukung tindakan seseorang.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoadmojo, 2003).

- a. Pengetahuan dikatakan baik bila skor  $> 75\%$ -100%
- b. Pengetahuan dikatakan cukup bila skor 60%-75%
- c. Pengetahuan dikatakan kurang bila skor  $< 60\%$

Seorang Bidan, dalam melaksanakan tugasnya harus mempunyai pengetahuan tentang Ilmu Kebidanan. yaitu ilmu yang mempelajari tentang keilmuan dan seni yang mempersiapkan kehamilan, menolong persalinan, nifas dan menyusui, masa interval dan pengaturan kesuburan, klimakterium dan menopause, bayi baru lahir dan balita, fungsi-fungsi reproduksi manusia serta memberikan bantuan/dukungan pada perempuan, keluarga dan komunitasnya.

Dalam penelitian ini, peneliti menghubungkan antara pengetahuan yang harus dimiliki oleh Bidan dengan uraian tugasnya di RSCM. Sehingga yang diteliti di sini adalah pengetahuan Bidan dalam hal pemeriksaan kontraksi dan denyut jantung janin, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta pengetahuan Bidan dalam

hal pemberian KIE atau pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya.

### c. Keterampilan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, keterampilan berarti cakap, mampu dan cekatan dalam melaksanakan tugas.

Sedangkan di dalam Bahasa Inggris, keterampilan (*skill*) mempunyai beberapa pengertian, yaitu:

- *an ability that has been acquired by training (noun.cognition)* atau kemampuan yang didapat melalui suatu pelatihan.
- *ability to produce solutions in some problem domain (noun.cognition)* atau kemampuan untuk menghasilkan solusi atau pemecahan atas suatu masalah.

Keterampilan yang dimaksud peneliti dalam penelitian ini adalah keterampilan bidan sesuai dengan uraian tugasnya di RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kebidanan, yaitu keterampilan dalam hal: 1) pemeriksaan kontraksi dan denyut jantung janin, 2) pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta 3) keterampilan Bidan dalam hal pemberian KIE atau pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya.

#### SINTESA:

**Kompetensi Bidan** adalah kemampuan kerja setiap Bidan yang mencakup aspek pengetahuan dan keterampilan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan. Indikator yang digunakan untuk mengukur kompetensi Bidan adalah: pengetahuan dan keterampilan Bidan dalam hal: 1) pemeriksaan kontraksi dan denyut jantung janin, 2) pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium, serta 3) pemberian KIE atau pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya.

### 2.1.2.6. Produktivitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan

#### a. Pengertian Produktivitas

Sinungan (2003) menyebutkan bahwa belum ada kesepakatan umum tentang maksud dan pengertian produktivitas serta kriteria dalam mengukur petunjuk-petunjuk produktivitas. Secara umum, produktivitas diartikan sebagai hubungan antara hasil nyata maupun fisik (barang-barang dan jasa) dengan masuknya sebenarnya.

a. Greenberg (dalam Sinungan, 2003) mendefinisikan produktivitas sebagai perbandingan totalitas pengeluaran pada waktu tertentu dibagi totalitas masukan selama periode tersebut.

b. Dalam *Rome Conference European Productivity Agency* (1958) disebutkan bahwa produktivitas

- 1) Adalah tingkat efisiensi dan efektivitas dari penggunaan elemen produksi
- 2) Merupakan sikap mental, yang selalu mencari perbaikan terhadap apa yang telah ada, yang mementingkan usaha terus menerus untuk menyesuaikan aktivitas ekonomi terhadap kondisi yang sudah berubah, serta untuk menerapkan teori – teori dan metode – metode baru dan kepercayaan yang teguh akan kemajuan umat manusia.

c. Dewan produktivitas nasional (1983), merumuskan pengertian produktivitas sebagai berikut :

- 1) Produktivitas adalah sikap mental yang selalu mempunyai pandangan bahwa mutu kehidupan hari ini harus lebih baik daripada kemaren dan hari esok lebih baik daripada hari ini
- 2) Secara umum produktivitas adalah perbandingan atau rasio antara hasil yang dicapai dengan keseluruhan sumber daya yang digunakan
- 3) Produksi dan produktivitas merupakan dua pengertian yang berbeda. Peningkatan produksi menunjukkan pertambahan jumlah hasil yang dicapai, sedangkan peningkatan produktivitas mengandung pengertian pertambahan hasil dan perbaikan cara

pencapaian produksi. Peningkatan produksi tidak selalu disebabkan oleh peningkatan produktivitas, karena produksi dapat meningkat walaupun produktivitasnya tetap ataupun menurun.

- 4) Peningkatan produktivitas dapat dilihat dalam (tiga) bentuk, yaitu
    - Jumlah produksi meningkat dengan menggunakan sumber daya yang sama;
    - Jumlah produksi yang sama atau meningkat dicapai dengan menggunakan sumber daya yang lebih sedikit
    - Jumlah produksi yang jauh lebih besar diperoleh dengan penambahan sumber daya yang relatif lebih kecil
  - 5) Produktivitas dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik yang berhubungan dengan tenaga kerja itu sendiri maupun faktor lainnya, seperti pendidikan, keterampilan, disiplin, sikap dan etika kerja, motivasi, gizi dan kesehatan, tingkat penghasilan, jaminan sosial, lingkungan dan iklim kerja, hubungan industri Pancasila, teknologi, sarana produksi, manajemen, kesempatan kerja, dan kesempatan berprestasi.
- d. Piagam Produktivitas Oslo (1984), menyebutkan bahwa produktivitas adalah konsep yang universal, yang bertujuan untuk menyediakan lebih banyak barang dan jasa untuk lebih banyak manusia, dengan menggunakan sumber-sumber riil yang makin sedikit.
  - e. Lembaga produktivitas Norwegia menyatakan produktivitas adalah hubungan antara jumlah produk yang dihasilkan dan jumlah sumber daya yang diperlukan untuk menghasilkan produk tersebut, atau dengan rumusan yang lebih umum, rasio antara kepuasan kebutuhan dan pengorbanan yang diberikan.
  - f. Webster mendefinisikan bahwa produktivitas adalah keluaran fisik per unit dari usaha produktif.
  - g. Paul Mali mendefinisikan bahwa produktivitas adalah pengukuran seberapa baik sumber daya digunakan bersama di dalam organisasi untuk menyelesaikan suatu kumpulan hasil-hasil.

Menurut Sinungan (2003) pengukuran produktivitas berarti perbandingan yang dapat dibedakan dalam tiga jenis yang sangat berbeda, yaitu:

- a. Perbandingan antara pelaksanaan sekarang dengan pelaksanaan secara historis yang tidak menunjukkan apakah pelaksanaan sekarang ini memuaskan, namun hanya mengetengahkan apakah meningkat atau berkurang tingkatannya.
- b. Perbandingan pelaksanaan antara satu unit (perorangan, tugas, seksi, proses) dengan lainnya. Pengukuran seperti ini menunjukkan pencapaian relative.
- c. Perbandingan pelaksanaan sekarang dengan targetnya, dan inilah yang terbaik sehingga memusatkan perhatian pada sasaran / tujuan.

Dari berbagai pengertian dan rumusan yang dipaparkan di atas, sekalipun diungkapkan dalam struktur dan kata-kata yang berbeda, tetapi intinya semua mengarah kepada tujuan yang sama, yakni mencapai tingkat dan kualitas hidup hari ini yang lebih baik daripada kemarin dan hari esok yang lebih baik daripada hari ini.

Pengertian produktivitas dapat berbeda untuk tiap negara tergantung pada potensi dan kelemahan yang ada. Produktivitas mempunyai pengertian yang lebih luas dari ilmu pengetahuan, teknologi dan teknik manajemen, yaitu sebagai suatu filosofi dan sikap mental yang timbul dari motivasi yang kuat dari masyarakat, yang secara terus menerus berusaha meningkatkan kualitas kehidupan (Ravianto, 1990).

Ciri pegawai yang produktif menurut Dale Timpe (1989) antara lain:

- Cerdas dan dapat belajar dengan relatif cepat
- Kompeten secara profesional
- Kreatif dan inovatif
- Memahami pekerjaan
- Belajar dengan cerdas, menggunakan logika, efisien, tidak mudah macet dalam pekerjaan

- Selalu mencari perbaikan-perbaikan, tetapi tahu kapan harus berhenti
- Dianggap bernilai oleh atasannya
- Memiliki catatan prestasi yang baik
- Selalu meningkatkan diri.

#### **b. Produktivitas dan Mutu Pelayanan**

Pada konsep sebelumnya sudah dijelaskan bahwa produktivitas mempunyai tujuan untuk mencapai tingkat dan kualitas hidup yang lebih baik di masa mendatang. Pada tingkat nasional, produktivitas yang meningkat akan melengkapi posisi kita untuk meningkatkan standar hidup dan kualitas bangsa.

Dalam upaya peningkatan produktivitas, salah satu implikasinya adalah bahwa seluruh komponen organisasi harus melakukan perbaikan secara terus menerus. Pandangan ini bukan hanya merupakan salah satu kiat dalam mengelola organisasi dengan baik, akan tetapi merupakan salah satu etos kerja yang penting sebagai bagian dari manajemen. Dalam dunia bisnis di Jepang, etos kerja ini dikenal dengan istilah “Kaizen” (Siagian, 2009).

Begitu juga dalam bidang jasa pelayanan, produktivitas yang tinggi akan berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan. Berkaitan erat dengan upaya melakukan perbaikan secara terus menerus ialah peningkatan mutu hasil pekerjaan oleh semua orang dan segala komponen organisasi. Berarti mutu menyangkut semua jenis kegiatan yang dilakukan oleh semua satuan kerja, baik pelaksana tugas pokok maupun pelaksana tugas penunjang dalam organisasi.

Perbaikan terus menerus yang dilakukan suatu perusahaan dalam rangka peningkatan produktivitas, akan berdampak pula pada mutu pelayanan yang dihasilkan. Peningkatan mutu tersebut tidak hanya penting secara internal, akan tetapi juga secara eksternal karena akan tercermin dalam

interaksi organisasi dengan lingkungannya yang pada nantinya akan turut membentuk citra organisasi di mata masyarakat atau berbagai pihak di luar organisasi (Siagian, 2009).

#### **SINTESA:**

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teori atau pendapat dari Sinungan (2009) untuk mendefinisikan apa itu produktivitas, dan bagaimana cara mengukurnya. Dari pendapat Sinungan, produktivitas adalah perbandingan antara pelaksanaan sekarang dengan targetnya, maka peneliti mempunyai definisi konsep sebagai berikut:

**Produktivitas Bidan** adalah perbandingan antara pencapaian jumlah pasien yang diberikan asuhan oleh Bidan dengan target yang sudah ditetapkan.

Bidang Keperawatan RSCM menetapkan target bahwa setiap bidan/perawat yang bekerja di RSCM harus melaksanakan asuhan/memberikan tatalaksana kepada pasien sebanyak 200 pasien setiap bulannya.

#### **2.1.2.7. Kompetensi dan Produktivitas**

Kerja yang produktif memerlukan keterampilan kerja yang sesuai dengan isi kerja, sehingga bisa menimbulkan penemuan-penemuan baru untuk memperbaiki cara kerja atau minimal mempertahankan cara kerja yang sudah baik. Kerja produktif memerlukan prasyarat lain sebagai faktor pendukung, yaitu: kemauan kerja yang tinggi, kemampuan/ kompetensi yang sesuai dengan isi kerja, lingkungan kerja yang nyaman, penghasilan yang dapat memenuhi kebutuhan hidup minimum, jaminan sosial yang memadai, kondisi kerja yang manusiawi dan hubungan kerja yang harmonis (Sinungan, 2003).

Dengan demikian, hal-hal spesifik yang berpengaruh terhadap manusia sebagai tenaga kerja, akan menjadi faktor yang mempengaruhi hasil kerjanya. Kondisi fisik yang sangat ditentukan oleh gizi dan kesehatan,

sikap dan disiplin yang dilandasi oleh motivasi, serta keterampilan dan pengetahuan sebagai akibat dari pendidikan yang dimiliki, secara langsung akan menjadi faktor penentu dari tingkat produktivitas tenaga kerja bersangkutan.

Peningkatan pengetahuan, baik teknis maupun manajerial, serta peningkatan keterampilan yang lebih banyak bersifat teknis diharapkan akan mampu memberikan perubahan sikap mental ke arah positif, yang merupakan landasan pokok dalam upaya peningkatan produktivitas tenaga kerja (Sukmono dalam Ravianto, 1990).

### **2.1.3. Bidan**

#### **2.1.3.1. Definisi Bidan**

Merujuk pada definisi Bidan internasional yang dirumuskan oleh *International Confederation of Midwives* (ICM), diakui oleh *Federation International of Gynaecologist Obstetrician* (FIGO) dan WHO, Ikatan Bidan Indonesia (IBI) sebagai anggota mengadopsi definisi tersebut, dengan memperhatikan aspek sosial budaya dan kondisi masyarakat Indonesia sehingga ditetapkan bahwa bidan Indonesia adalah:

“Seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik bidan”.

Bidan adalah tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel, bermitra dengan perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan pertolongan kegawat-daruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini mencakup pendidikan antenatal, persiapan menjadi orang tua dan dikembangkan pada pendidikan kesehatan perempuan, kesehatan reproduksi dan asuhan anak.

Bidan dapat praktik diberbagai fasilitas pelayanan kesehatan termasuk di rumah, komunitas, rumah sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

#### 1. Bidan Terampil

Bidan Terampil (Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 1/2008 tentang Jabatan Fungsional Bidan dan Angka Kreditnya) meliputi lulusan Sekolah Bidan dan Diploma kebidanan, merupakan bidan pelaksana yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan dan mengelola pelayanan kebidanan pada kasus fisiologis dan kegawatdaruratan, baik di institusi maupun praktik perorangan, berlandaskan etika, kode etik, dan peraturan yang berlaku.

#### 2. Bidan Ahli

Bidan Ahli (Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 1/PER/M.PAN/1/2008 tentang Jabatan Fungsional Bidan dan Angka Kreditnya): Sarjana (S1) atau Diploma IV Kebidanan adalah bidan yang memiliki kompetensi untuk mengelola dan melaksanakan pelayanan kebidanan pada kasus fisiologis, asuhan pada kasus patologis kebidanan, asuhan pada kasus patologis dengan penyakit penyerta dan kegawatdaruratan, baik di institusi maupun praktik perorangan, berlandaskan etika, kode etik, dan peraturan yang berlaku.

### **2.1.3.2. Kualifikasi Bidan di Beberapa Tingkat Pelayanan**

Bidan sebagai tenaga kesehatan memiliki posisi penting dan strategis dalam mempersiapkan generasi yang berkualitas dan berperan dalam akselerasi penurunan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi, sehingga dibutuhkan bidan yang berkualitas diperoleh melalui jenjang pendidikan tinggi yang terstandar dengan jumlah yang mencukupi dan memiliki

kompetensi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan kebutuhan dan ketersediaan SDM, maka kualifikasi tenaga bidan sesuai dengan peran dan fungsinya di setiap tingkat fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan kebidanan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama meliputi : Puskesmas dan jaringannya termasuk Polindes/Poskesdes, Bidan Praktik Mandiri, Klinik Bersalin/Rumah Bersalin (RB) serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah maupun swasta.

a. Pelayanan yang diberikan

1) Pelayanan kebidanan secara mandiri yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi:

- a) Pelayanan kebidanan sesuai dengan ruang lingkup dan kewenangan: Asuhan kebidanan pada masa pra hamil, hamil, bersalin, nifas, menyusui, bayi baru lahir, bayi, balita dan anak pra sekolah serta pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b) Melakukan promotif dan preventif,
- c) Melakukan deteksi dini
- d) Melakukan rujukan
- e) Pertolongan pertama pada kegawat-daruratan obstetri neonatal (PPGDON) untuk tindakan pra rujukan
- f) Bidan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, khususnya di Puskesmas dan jaringannya (Polindes/Poskesdes): selain melakukan tugas pokoknya, juga berupaya meningkatkan peran aktif masyarakat melalui promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, memberikan pelayanan kesehatan dasar, melaksanakan kewaspadaan dini terhadap berbagai risiko dan masalah kesehatan masyarakat (surveilans sederhana), kesiap-siagaan kesehatan dan bencana, serta melakukan PWS KIA.

- g) Membina Posyandu dan menghimpun berbagai UKBM yang ada di desa.
  - h) Melaksanakan pengelolaan pelayanan KIA di Puskesmas dan jaringannya.
- 2) Pelayanan kebidanan kolaborasi dengan tim kesehatan lain difasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama : Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).

b. Kualifikasi bidan pada fasilitas pelayanan tingkat pertama adalah:

- 1) Bidan Ahli atau,
- 2) Bidan Terampil dengan sertifikat, antara lain PONED untuk bidan di puskesmas,
- 3) Bidan Terampil dengan sertifikat, antara lain PPGDON untuk bidan desa dan bidan praktik mandiri, atau
- 4) Bidan Terampil

2. Pelayanan Kebidanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua, meliputi: Rumah Sakit Umum dan Khusus baik milik Pemerintah maupun Swasta yang setara dengan RSUD Kelas D, C dan B Non Pendidikan, termasuk Rumah Sakit Bersalin (RSB), Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA)

a. Pelayanan yang diberikan

- 1) Pelayanan kebidanan sesuai dengan ruang lingkup dan kewenangan meliputi :
  - a) Asuhan kebidanan pada masa pra hamil, hamil, bersalin, nifas, menyusui, bayi baru lahir, bayi, balita dan anak pra sekolah serta pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
  - b) Melakukan promotif dan
  - c) Preventif.
  - d) Melakukan deteksi dini

2) Pelayanan kebidanan yang diberikan secara kolaborasi dengan tim kesehatan lain di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat kedua meliputi:

- a) Melakukan penapisan (skrining) awal kasus komplikasi rujukan untuk mencegah terjadinya keterlambatan penanganan.
- b) Asuhan kebidanan pada Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).
- c) Memberikan asuhan lanjut pada kasus komplikasi.

b. Kualifikasi bidan pada fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat Kedua adalah:

- 1) Bidan Ahli dengan sertifikat PONEK, atau
- 2) Bidan Ahli, atau
- 3) Bidan Terampil dengan sertifikat, PONEK, atau
- 4) Bidan Terampil

3. Pelayanan Kebidanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga meliputi: Rumah Sakit yang setara dengan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus Kelas A, kelas B pendidikan, milik Pemerintah maupun swasta.

a. Pelayanan yang diberikan

1) Pelayanan kebidanan secara mandiri di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga meliputi :

- a) Pelayanan kebidanan sesuai dengan ruang lingkup dan kewenangan: Asuhan kebidanan pada masa pra hamil, hamil, bersalin, nifas, menyusui, bayi baru lahir, bayi, balita dan anak pra sekolah serta pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b) Melakukan promotif dan preventif.
- c) Melakukan deteksi dini

2) Pelayanan kebidanan secara kolaborasi dengan tim kesehatan lain di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga meliputi:

- a) Melakukan penapisan (skrining) awal kasus komplikasi/rujukan yang kompleks untuk mencegah terjadinya keterlambatan penanganan.
- b) Asuhan kebidanan pada Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) pada kasus-kasus rujukan.
- c) Asuhan kebidanan/penatalaksanaan kegawat-daruratan pada kasus-kasus kompleks sebelum mendapat penanganan lanjut.

b. Kualifikasi bidan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga adalah:

- 1) Bidan Ahli dengan sertifikat lanjut, atau
- 2) Bidan Ahli dengan sertifikat PONEK, atau
- 3) Bidan Ahli, atau
- 4) Bidan Terampil dengan sertifikat, PONEK, atau
- 5) Bidan Terampil

### **2.1.3.3. Kebidanan (*Midwifery*)**

Kebidanan adalah salah satu bidang ilmu yang mempelajari keilmuan dan seni mempersiapkan kehamilan, menolong persalinan, nifas dan menyusui, masa interval dan pengaturan kesuburan, klimakterium dan menopause, bayi baru lahir dan balita, fungsi-fungsi reproduksi manusia serta untuk memberikan bantuan/dukungan pada perempuan, keluarga dan komunitasnya.

### **2.1.3.4. Pelayanan Kebidanan (*Midwifery Services*)**

Pelayanan kebidanan adalah bagian integral dalam sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan, dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Mengacu pada definisi bidan sebagaimana dijelaskan sebelumnya dan Permenkes 1464/2010, maka ruang lingkup pelayanan kebidanan, meliputi:

1. Pelayanan kesehatan ibu;
  - a. Masa pra hamil,
  - b. Kehamilan,
  - c. Masa persalinan,
  - d. Masa nifas,
  - e. Masa menyusui
  - f. Masa antara dua kehamilan.
2. Pelayanan kesehatan anak pada :
  - a. Bayi baru lahir,
  - b. Bayi, anak balita, dan
  - c. Anak pra sekolah.
  - d. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

#### **2.1.3.5. Praktik Kebidanan**

Praktik kebidanan adalah implementasi dari ilmu kebidanan oleh bidan yang bersifat otonom, kepada individu, keluarga dan kelompok, serta komunitasnya, didasari etika dan kode etik bidan.

#### **2.1.3.6. Standar Pelayanan Kebidanan**

Standar pelayanan kebidanan adalah acuan yang digunakan dalam pelayanan kebidanan untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan.

#### **2.1.3.7. Kompetensi Bidan**

Kompetensi inti yang harus dimiliki oleh bidan untuk dapat melaksanakan peran fungsinya dalam memberikan pelayanan kebidanan meliputi area kompetensi:

1. Memiliki pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, ilmu-ilmu dasar dan ilmu kesehatan masyarakat yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya serta menerapkan etika profesi (*General Competencies*)

2. Mampu memberikan asuhan kebidanan pada wanita prakonsepsi, Keluarga Berencana (KB).
3. Mampu memberikan asuhan dan konseling selama kehamilan
4. Mampu memberikan asuhan selama persalinan dan kelahiran
5. Mampu memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui
6. Mampu memberikan asuhan pada bayi baru lahir
7. Mampu memberikan asuhan pada bayi, balita dan anak prasekolah
8. Mampu memberikan asuhan pada keluarga, kelompok dan masyarakat dengan memperhatikan budaya setempat
9. Mampu memberikan asuhan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi

Menurut ICM – *Global Standards for Midwifery Regulation* (2011), *competence is the combination of knowledge, psychomotor, communication and decision-making skills that enable an individual to perform a specific task to a defined level of proficiency.* Kompetensi merupakan perpaduan antara pengetahuan, psikomotorik, keterampilan dalam komunikasi dan pembuatan keputusan yang memungkinkan seorang individu (bidan) dapat melaksanakan suatu tugas tertentu untuk meraih suatu tingkat kecakapan.

#### **2.1.3.8. Asuhan Kebidanan**

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan bersama dengan perempuan, yang dalam pengambilan keputusannya sesuai dengan kebutuhan perempuan, dalam upaya pencegahan, deteksi dini komplikasi termasuk pertolongan kegawat daruratan.

#### **2.1.3.9. Standar Asuhan Kebidanan**

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat

kebidanan, mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

Tujuan dari Standar Asuhan Kebidanan:

1. Adanya standar sebagai acuan dan landasan dalam melaksanakan tindakan/ kegiatan dalam lingkup tanggung jawab Bidan.
2. Mendukung terlaksananya Asuhan Kebidanan yang berkualitas
3. Parameter tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan Bidan
4. Perlindungan hukum bagi Bidan dan Klien/ pasien.

### **STANDAR I : Pengkajian**

#### **1. Pernyataan Standar**

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

#### **2. Kriteria Pengkajian**

- a. Mengumpulkan data secara tepat, akurat dan lengkap
- b. Mengumpulkan data Subjektif yang terdiri dari hasil Anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya.
- c. Mengumpulkan data Objektif yang terdiri dari hasil Pemeriksaan fisik, observasi dan pemeriksaan penunjang.

### **STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan**

#### **1. Pernyataan standar**

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegaskan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

#### **2. Kriteria Perumusan diagnosa dan atau Masalah**

- a. Merumuskan diagnosa sesuai dengan nomenklatur Kebidanan

- b. Merumuskan masalah dan kebutuhan sesuai dengan kondisi klien yang dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

### **STANDAR III : Perencanaan**

#### **1. Pernyataan Standar**

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

#### **2. Kriteria Perencanaan**

- a. Membuat rencana tindakan yang disusun berdasarkan prioritas kebutuhan, masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- b. Membuat rencana asuhan dengan melibatkan klien /pasien dan atau keluarga.
- c. Membuat rencana asuhan dengan mempertimbangkan kondisi psikologi dan sosial budaya klien/keluarga.
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan bukti ilmiah (*evidence based*).
- e. Membuat rencana asuhan dengan mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

### **STANDAR IV : Implementasi**

#### **1. Pernyataan standar**

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman sesuai standar berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, konsultasi dan rujukan.

## 2. Kriteria Implementasi

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b. Meminta persetujuan dari klien dan atau keluarga pada setiap asuhan yang diberikan (*informed consent*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan sesuai standar.
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- e. Menjaga dan menghargai privasi klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi dan keselamatan pasien (*patient safety*).
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai kebutuhan.
- i. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.
- j. Melaksanakan kolaborasi, konsultasi dan rujukan.

## STANDAR V : Evaluasi

### 1. Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

### 2. Kriteria Evaluasi

- a. Melakukan penilaian segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Mencatat hasil penilaian dan mengkomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
- c. Melakukan penilaian sesuai standar.
- d. Menindak lanjuti hasil penilaian sesuai kondisi klien/pasien

## **STANDAR VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan**

### **1. Pernyataan standar**

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai data subjektif, data objektif, keadaan/kejadian yang ditemukan dan tindakan yang dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

### **2. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan**

- a. Mencatat segera, asuhan yang akan dan telah dilaksanakan pada format baku yang digunakan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan.
- b. Menuliskan perkembangan klien dalam bentuk catatan **SOAP**
  - Mencatat data subyektif (S)
  - Mencatat data obyektif (O)
  - Mencatat hasil Analisa (A)
  - Mencatat seluruh penatalaksanaan (P) meliputi perencanaan, tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

#### **2.1.3.10. Uraian Tugas Bidan di RSCM**

Sesuai dengan yang tercantum dalam surat tugas Bidan Pelaksana di IGD Kebidanan, uraian tugas Bidan di IGD Kebidanan RSCM dapat dilihat seperti di bawah ini:

- a. Menyiapkan fasilitas dan sarana untuk pelayanan kebidanan IGD Kebidanan
- b. Memelihara peralatan kesehatan/kedokteran agar selalu dalam keadaan siap pakai
- c. Melakukan kerjasama dengan rekan kerja sesuai kebutuhan
- d. Melakukan kerja sama/koordinasi dengan instansi lain sesuai kebutuhan pelayanan
- e. Memelihara disiplin dan kelompok Tim Kerja
- f. Meningkatkan mutu pelayanan kebidanan, meliputi:

1. Mengambil spesimen untuk pemeriksaan laboratorium
  2. Memeriksa tanda-tanda vital
  3. Melakukan pemeriksaan CTG
  4. Melakukan pemeriksaan EKG
  5. Memasang infus
  6. Memasang catheter
  7. Melakukan *vulva hygiene*
  8. Melakukan *personal hygiene*
  9. Memberikan obat oral
  10. Memberikan obat parenteral
  11. Observasi kontraksi dan DJJ
  12. Memberikan transfusi darah
  13. Membantu pasien untuk eliminasi dan defikasi
  14. Menolong persalinan
  15. Memasang NGT
  16. Mempersiapkan pasien untuk operasi
  17. Menerima pasien post operasi
  18. Observasi ibu hamil dalam persalinan Kala I
  19. Observasi pada ibu nifas
  20. Memberikan KIE kepada pasien
  21. Memberikan pertolongan kepada bayi baru lahir
  22. Melakukan resusitasi bayi
  23. Mendampingi dokter melakukan tindakan kuret hisap
  24. Melakukan tata laksana pasien PEB/ eklampsi
  25. Melakukan pemasangan *syringe pump*
  26. Pemasangan *bed side monitor*
  27. Mengukur CVC
  28. Asistensi persalinan dengan tindakan (EF, EV, Sungsang)
  29. Asistensi pemasangan laminaria
- g. Memeriksa hasil kerja secara seksama dan bertanggung jawab
- h. Mengikuti pertemuan berkala yang dilaksanakan oleh DPJP dan ketua Tim

- i. Melaksanakan sistim pencatatan dan pelaporan yang tepat dan benar, sehingga tercipta sistim informasi Rumah Sakit yang dapat dipercaya dan akurat.
- j. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan di bidang kebidanan melalui pertemuan ilmiah, seminar dan pelatihan
- k. Menjadi *back up* tenaga jika dibutuhkan
- l. Melakukan tugas lain sesuai arahan pimpinan

## 2.2. Tinjauan Hasil Penelitian Lain

2.2.1. Penelitian Erni Nurrahmi Suprihatin Priatna tahun 2009, tentang Penilaian Pasien tentang Kualitas Pelayanan Obstetri dan Ginekologi di Rumah sakit Umum Pusat Nasional dokter Cipto Mangunkusumo Jakarta dan Faktor-faktor yang Berhubungan.

Hasil dari penelitian ini adalah dari 112 responden didapatkan 82 responden (73,2%) menilai pelayanan tidak baik, hanya 26,8% yang menilai baik. Dimensi keandalan mendapat skor harapan tertinggi diikuti oleh dimensi jaminan, daya tanggap, empati, dan keberwujudan dengan proporsi secara berurutan 21%, 20%, 20%, 20%, dan 19%. Kesenjangan antara persepsi dengan harapan terbesar didapatkan pada dimensi empati diikuti oleh daya tanggap, keandalan, jaminan, dan keberwujudan. Terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan penilaian kualitas pelayanan ( $p=0,036$ ). Tidak terdapat hubungan antara usia, sumber informasi, masalah kesehatan, frekuensi kunjungan dan pengalaman sebelumnya dengan penilaian kualitas pelayanan.

2.2.2. Penelitian Nirsetyo Wahdi tahun 2006 tentang Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepuasan Pasien sebagai Upaya Meningkatkan Loyalitas Pasien.

Penelitian ini memberikan dukungan yang signifikan terhadap konsep yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan memiliki pengaruh yang positif terhadap kepuasan pasien sebagai upaya integral meningkatkan kepuasan pasien. Kualitas pelayanan diukur dengan menggunakan

indikator: RATER, memberikan kontribusi berupa pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan pasien dalam bidang jasa rumah sakit.

- 2.2.3. Penelitian Dadang Hermanto tahun 2010 tentang Pengaruh Persepsi Mutu Pelayanan Kebidanan terhadap kepuasan Pasien Rawat Inap Kebidanan di RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Bulungan Kalimantan Timur.

Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dimensi mutu (RATER) dengan kepuasan pasien. Dari lima dimensi mutu tersebut, dimensi empati dan bukti langsung mempunyai pengaruh yang paling kuat. Sehingga apabila ada perbaikan pada dua dimensi tersebut secara bersamaan akan dapat memberikan dampak yang besar pada penilaian pasien terhadap mutu pelayanan dan berpengaruh juga terhadap kepuasan pasien.

- 2.2.4. Penelitian oleh Dhiyah Farida Ariyanti tahun 2010 tentang Analisis Kualitas Pelayanan Antenatal oleh Bidan di Puskesmas Kabupaten Purbalingga.

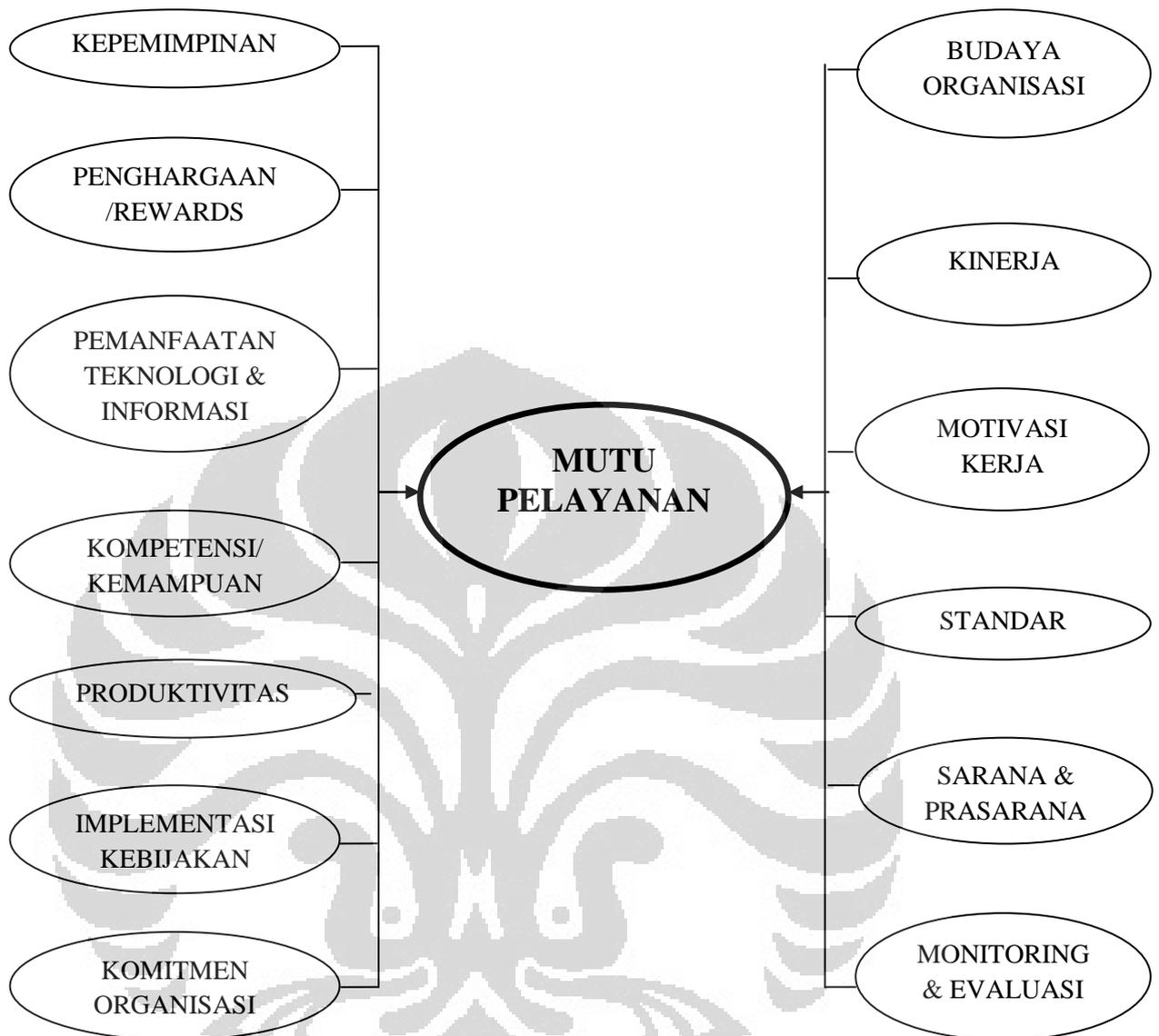
Penelitian yang dilakukan secara kualitatif tersebut mendapatkan hasil bahwa semua bidan sudah pernah dilatih tentang pelayanan antenatal antara tahun 1995-1996. Informan mengetahui tujuan dan manfaat dari standar pelayanan antenatal, yaitu memudahkan pelayanan antenatal, bekerja sesuai aturan, bekerja sesuai standar, meningkatkan pelayanan dan pelayanan menjadi aman. Dari delapan informan tujuh informan belum patuh terhadap standar pelayanan antenatal, ada bagian yang belum dilaksanakan di antaranya penyuluhan, pengukuran panggul, dan patela reflek. Untuk sarana dan prasarana sudah lengkap dan sesuai standar, hasil pengamatan tentang sarana dan prasarana yang ada di puskesmas yang mendukung pelaksanaan pelayanan antenatal sudah lengkap, dan hasil pengamatan yang dilakukan pada saat bidan melakukan pelayanan antenatal diperoleh hasil rata-rata keseluruhan 65,85%, masih di bawah standar yaitu 75%.

2.2.5. Penelitian Hilal Ariadi tahun 2005 tentang Persepsi Pasien terhadap Mutu Pelayanan Dokter ditinjau dari Karakteristik dan Mutu Pelayanan Dokter di Instalasi Rawat Jalan RSI Kudus tahun 2005.

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa pasien terbanyak pada kelompok usia dewasa, pasien laki-laki lebih banyak daripada perempuan, 94% responden bekerja, persentase responden terbanyak berpendidikan menengah, 31% berpenghasilan di bawah UMR dan 69% di atas UMR. Serta (81%) memiliki persepsi mutu pelayanan dokter rawat jalan tidak sesuai harapan; 76% berpersepsi bahwa dokter memiliki ketrampilan teknis yang biasa saja, 67% berpersepsi hubungan interpersonal dokter dan ketersediaan informasi cukup, 69% berpersepsi keterlibatan pasien dalam pengobatan cukup. Tidak ada perbedaan persepsi pasien tentang mutu pelayanan dokter rawat jalan berdasarkan kelompok usia dan jenis kelamin, tetapi ada perbedaan berdasarkan jenjang pendidikan, pekerjaan dan penghasilan. Semua faktor dimensi mutu terbukti berhubungan secara signifikan dengan persepsi pasien mengenai mutu pelayanan dokter rawat jalan, dan hasil analisis multivariat membuktikan bahwa persepsi pasien tentang mutu pelayanan dokter rawat jalan dipengaruhi oleh hubungan interpersonal, ketersediaan informasi dan keterlibatan pasien dalam pengobatan.

### 2.3. Kerangka Teori

Berdasarkan teori-teori, pendapat serta kajian yang dilakukan oleh para ahli hasil temuan pustaka dari peneliti mengenai mutu pelayanan, dapat disimpulkan oleh peneliti bahwa mutu pelayanan dipengaruhi oleh banyak faktor dan hubungan tersebut dapat dilihat pada kerangka teori sebagai berikut.



Kerangka Teori berdasarkan modifikasi dari Al-Assaf (2003), Siagian (2009), Hardiansyah (2012) dan Departemen Kesehatan (1988).

Gambar 2.3 Kerangka Teori

Berdasarkan kerangka teori di atas dan berdasarkan pada tujuan penelitian serta disesuaikan dengan kondisi tempat penelitian, maka pola pemikiran dari penelitian ini dapat disimpulkan dalam suatu kerangka pikir penelitian sebagai berikut:

Mutu pelayanan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan dipengaruhi oleh kompetensi dan produktivitas. Kompetensi yang dimiliki oleh bidan dapat dinilai atau diukur sesuai dengan analisa jabatan dan uraian tugasnya di IGD Kebidanan RSCM. Dari 29 uraian tugas yang dimiliki oleh Bidan di tempat penelitian, peneliti mengambil 3 uraian tugas yang dianggap dapat mewakili uraian tugas lainnya karena sering dan pasti dilakukan oleh semua Bidan di IGD. Tiga uraian tugas tersebut adalah pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta pemberian edukasi/pendidikan kesehatan kepada pasien.

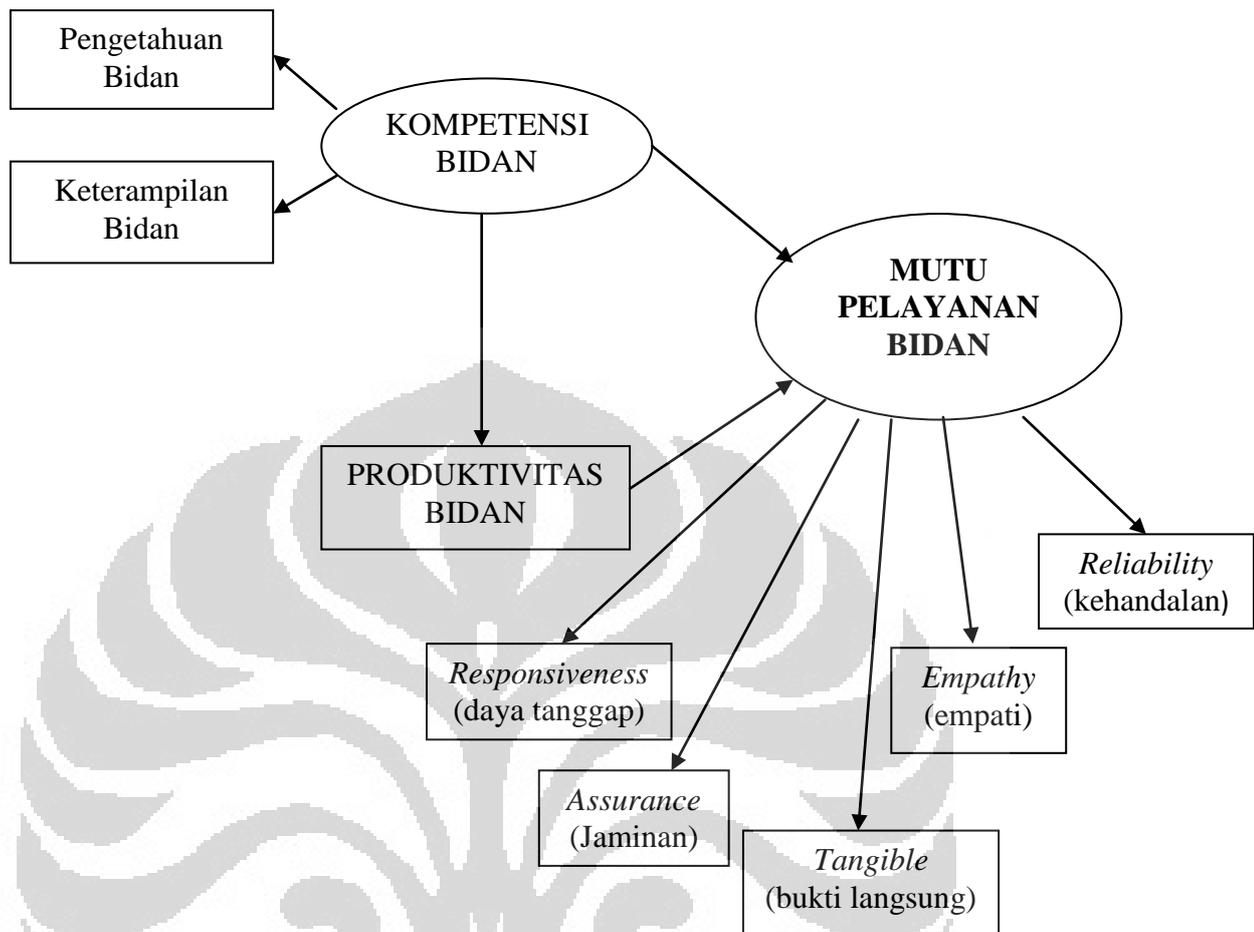
Sehingga, kompetensi yang dimaksud di dalam penelitian ini diukur atau dinilai melalui pengetahuan dan keterampilan Bidan di IGD dalam pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, pengambilan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium dan pemberian KIE/ pendidikan kesehatan kepada pasien.

Sedangkan untuk produktivitas, peneliti menggunakan pengertian bahwa produktivitas merupakan perbandingan pelaksanaan sekarang dengan targetnya. Sehingga, dalam penelitian ini, produktivitas Bidan dapat dinilai dari pencapaian target asuhan yang diberikan kepada pasien, yaitu dengan menghitung jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab untuk diberikan asuhan kebidanan dibandingkan dengan target yang harus dicapai.

Produktivitas sendiri juga dipengaruhi oleh kompetensi yang dimiliki oleh individu tersebut. Banyak buku yang menyebutkan bahwa makin tinggi kompetensi seseorang, maka makin tinggi pula produktivitasnya.

Mutu pelayanan bidan sendiri, selain dapat dilihat dari pengaruh kedua variabel di atas, juga harus dinilai atau diukur melalui persepsi atau pendapat atasan langsung serta teman sejawat. Penilaian tersebut dilakukan dengan menggunakan 5 dimensi mutu yaitu *Responsiveness, Assurance, Tangible, Empathy, Reliability* (RATER).

Berdasarkan kerangka pikir di atas, maka kerangka teori yang dibuat oleh peneliti dapat dilihat dalam bagan di bawah ini:



Kerangka Konsep berdasarkan modifikasi dari teori Zeithaml, Parasuraman and Berry (1990); Azwar (1996); UU No. 13/2003 tentang Ketenagakerjaan: pasal 1 (10); ICM (2011); Sinungan (2003)

Gambar 2.4 Kerangka Pikir

## BAB III

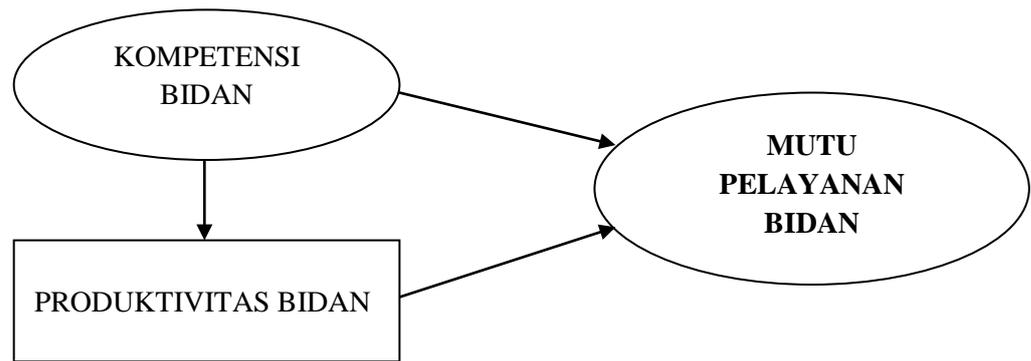
### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1. KERANGKA KONSEP

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dikemukakan sebelumnya serta kerangka teori yang telah dijelaskan di Bab II, maka peneliti membuat kerangka konsep untuk menilai mutu pelayanan bidan berdasarkan persepsi pelanggan internal (teman sejawat), dengan menggunakan lima dimensi yaitu *Responsiveness, Assurance, Tangible, Empathy, Reliability* (RATER) serta melihat pengaruh dari variabel kompetensi dan produktivitas Bidan terhadap mutu pelayanan bidan.

Untuk Variabel Kompetensi, peneliti mengukur dengan menggunakan indikator Pengetahuan Bidan serta Keterampilan Bidan. Sedangkan untuk Variabel Produktivitas, karena variabel tersebut bisa dapat langsung terukur, maka produktivitas akan diukur melalui jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab oleh Bidan yang dinilai dibandingkan dengan target yang seharusnya dicapai oleh Bidan tersebut.

Berdasarkan uraian tersebut, maka dapat digambarkan kerangka konsep yang digunakan adalah sebagai berikut:



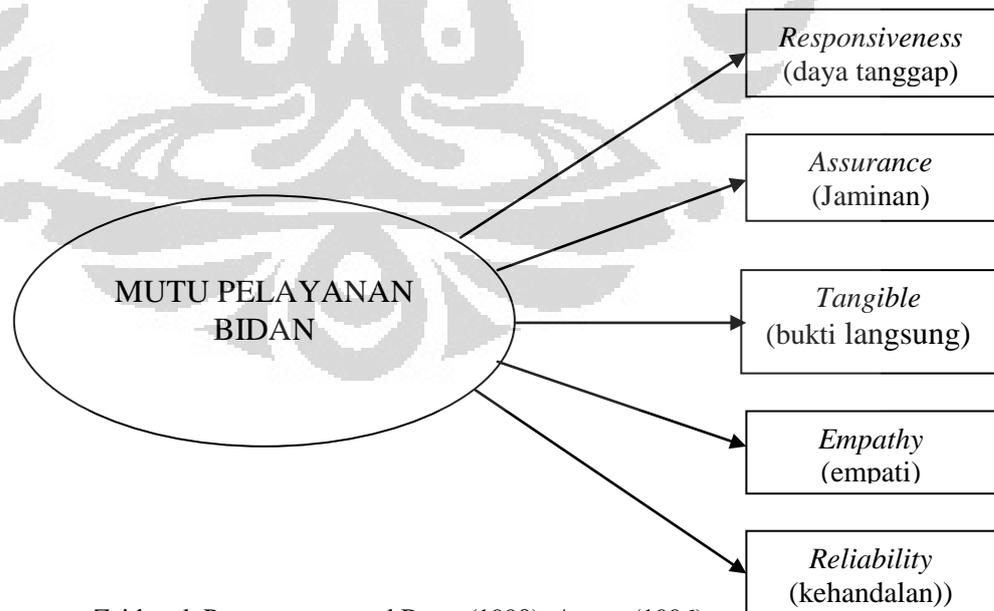
Kerangka Konsep berdasarkan modifikasi dari teori Zeithaml, Parasuraman and Berry (1990); Azwar (1996); UU No. 13/2003 tentang Ketenagakerjaan: pasal 1 (10); ICM (2011); Sinungan (2003)

Gambar 3.1

Kerangka Konsep Mutu Pelayanan Bidan di Kamar Bersalin RSUP

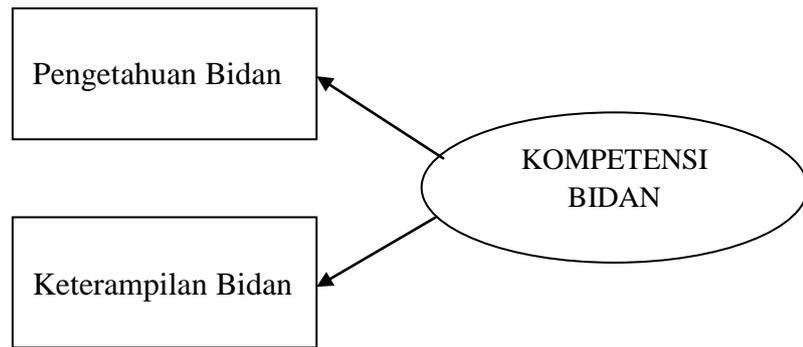
Nasional dr. Cipto Mangunkusumo

Untuk penjelasan per-variabelnya, dapat dilihat seperti di bawah ini:



Zeithaml, Parasuraman and Berry (1990); Azwar (1996)

Gambar 3.2 Variabel Mutu Pelayanan Bidan



Sumber: UU No. 13/2003 tentang Ketenagakerjaan: pasal 1 (10); ICM (2011)

Gambar 3.3 Variabel Kompetensi

### 3.2. HIPOTESIS

Dalam penelitian ini, hipotesis yang diajukan oleh peneliti, adalah: Mutu pelayanan bidan dipengaruhi baik secara langsung dan tidak langsung oleh kompetensi melalui produktivitas.

### 3.3. DEFINISI OPERASIONAL

Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Endogen</b>						
Mutu Pelayanan Bidan	Tingkat kesempurnaan pelayanan yang dalam penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesional yang ditetapkan. Mutu tersebut	Tingkat kesempurnaan pelayanan Bidan yang dalam penyelenggaraannya sesuai dengan standar pelayanan profesional yang dinilai berdasarkan persepsi dari teman sejawat dan atasan langsung. Penilaian ini diukur dengan	Penyebaran kuesioner, dinilai oleh Raters-3 orang, yaitu teman sejawat dan atasan langsung dari Bidan yang dinilai.	Kuesioner berisi daftar pertanyaan	Nilai riil yang didapatkan, yaitu penjumlahan dari nilai pilihan	Interval skala semantik <i>differensial</i>

Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	diukur dengan 5 dimensi mutu yaitu <i>Responsiveness</i> (daya tanggap), <i>Assurance</i> (jaminan), <i>Tangible</i> (bukti langsung), <i>Empathy</i> (empati) dan <i>Reliability</i> (kehandalan).	<p>menggunakan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Responsiveness</i>/ daya tanggap, yaitu: Kemauan untuk membantu pasien dan memberikan pelayanan yang cepat</li> <li>• <i>Assurance</i>/ jaminan, yaitu: Kemampuan para bidan untuk menimbulkan rasa percaya dan aman kepada pasien</li> <li>• <i>Tangibles</i>/ bukti langsung, yaitu: meliputi kondisi fasilitas fisik, peralatan, dan tampilan bidan</li> <li>• <i>Empathy</i>/ empati, yaitu: Kemauan bidan untuk peduli dan memperhatikan setiap pasien</li> <li>• <i>Reliability</i>/ keandalan, yaitu: Kemampuan untuk menjalankan pelayanan yang dijanjikan secara akurat.</li> </ul> <p>Pelayanan Bidan yang dimaksud adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan uraian tugas</p>				

Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
		Bidan di IGD Kebidanan RSCM, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemantuan Kontraksi dan Denyut Jantung Janin</li> <li>• Pengambilan Spesimen untuk Pemeriksaan Laboratorium</li> <li>• Memberikan Pendidikan Kesehatan kepada pasien &amp; keluarga</li> </ul>				
<b>Variabel Eksogen</b>						
Kompetensi Bidan	Kemampuan individu yang mencakup aspek pengetahuan dan keterampilan yang memungkinkan individu tersebut dapat melaksanakan suatu tugas tertentu.	Kemampuan Bidan yang mencakup aspek pengetahuan dan keterampilan yang memungkinkan Bidan tersebut dapat melaksanakan suatu tugas tertentu. - Pengetahuan Bidan yang dimaksud di sini adalah pengetahuan tentang pelayanan kebidanan sesuai dengan uraian tugasnya di RSCM, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemantuan Kontraksi dan Denyut Jantung Janin</li> <li>• Pengambilan Spesimen untuk Pemeriksaan Laboratorium</li> <li>• Memberikan</li> </ul>	Penyebaran Kuesioner, diisi oleh Bidan sendiri	Kuesioner berisi daftar pertanyaan	Pengetahuan: Baik: $\geq 4 - 5$ Cukup: $3 - <4$ Kurang : $< 3$	Ordinal – interval skala semantik <i>differensial</i>

Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
		<p>Pendidikan Kesehatan kepada pasien dan keluarga</p> <p>Keterampilan Bidan dalam melaksanakan tugasnya dinilai berdasarkan uraian tugas di RSCM, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemantuan Kontraksi dan Denyut Jantung Janin</li> <li>• Pengambilan Spesimen untuk Pemeriksaan Laboratorium</li> <li>• Memberikan Pendidikan Kesehatan kepada pasien dan keluarga</li> </ul>	<p>Observasi/ pengamatan yang dilakukan oleh Raters-3 orang, yaitu: atasan langsung dan teman sejawat berdasarkan SPO yang berlaku di tempat kerja</p>	<p>Daftar tilik</p>	<p>Keterampilan</p> <p>Kurang terampil = &lt; mean (4.6)</p> <p>Cukup terampil = mean (4.6)</p> <p>Terampil = &gt; mean (4.6)</p>	<p>Ordinal</p>
Produktivitas Bidan	<p>Perbandingan antara pelaksanaan sekarang dengan targetnya yang sudah ditetapkan oleh manajemen RSCM yaitu target pasien yang menjadi tanggung jawab oleh bidan di RSCM adalah 200 untuk setiap bulannya.</p>	<p>Perbandingan antara pelaksanaan tugas Bidan sekarang dengan target yang sudah ditetapkan oleh manajemen, yaitu target pasien yang menjadi tanggung jawab oleh bidan di RSCM adalah 200 untuk setiap bulannya.</p>	<p>Pengecekan hasil catatan/ dokumentasi kebidanan</p>	<p>Logbook Catatan asuhan kebidanan</p>	<p>Produktivitas:</p> <p>produktif: <math>\geq</math>mean (2.675)</p> <p>kurang produktif: &lt;mean (2.675)</p>	<p>Ordinal</p>

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini memiliki desain penelitian kuantitatif *cross sectional*.

#### 4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei-Juni 2012 yang dilakukan setiap hari pada pukul 08:00 sampai dengan pukul 16:00 WIB, ditambah dengan shift malam sesuai dengan jadwal dinas.

Lokasi penelitian adalah di IGD Kebidanan, Gedung Instalasi Gawat Darurat lantai 3, RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo.

#### 4.3 Variabel Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan *Structural Equation Modeling* (SEM), sehingga istilah untuk variabel penelitian yang digunakan adalah variabel laten dan variabel manifest.

Variabel laten disebut juga *unobserved variable* atau konstruk laten, yaitu variabel yang tidak bisa diukur secara langsung dan memerlukan beberapa indikator sebagai proksi. Sedangkan variabel manifest yang disebut juga dengan istilah *observed variable/ measured variable* adalah indikator-indikator dari variabel laten yang dapat diukur (Ghazali, 2008).

Variabel laten terdiri dari :

- 1) Variabel penyebab (eksogen)

Variabel eksogen adalah variabel independen yang mempengaruhi variabel dependen (endogen) (Singgih Santosa, 2011). Dalam penelitian ini menggunakan 2 variabel penyebab (eksogen), yaitu:

a. Kompetensi Bidan

Kompetensi Bidan diduga berpengaruh terhadap kualitas pelayanan Bidan. Kompetensi Bidan memiliki 2 indikator (variabel manifest), yaitu pengetahuan Bidan dan Keterampilan Bidan.

b. Produktivitas Bidan

Variabel produktivitas Bidan diduga dapat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan Bidan. Produktivitas Bidan tidak memiliki indikator, karena produktivitas ini dapat langsung terukur.

2) Variabel akibat (endogen)

Variabel endogen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain dalam penelitian (Imam Ghazali, 2008). Dalam penelitian ini variabel akibat (endogen) nya adalah mutu pelayanan Bidan di IGD kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo. Pada penelitian ini, mutu pelayanan Bidan dipengaruhi oleh kompetensi dan produktivitas Bidan. Mutu pelayanan Bidan diukur dengan menggunakan 5 (lima) dimensi mutu, yang meliputi, daya tanggap (*responsiveness*), kepastian/jaminan (*assurance*), berwujud (*tangibles*), empati (*emphaty*), dan kehandalan (*reliability*).

#### 4.4 Populasi dan Sampel

##### 4.3.1 Populasi

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh Bidan pelaksana, yang memberikan pelayanan di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo, yang mana pada saat proposal ini diajukan berjumlah 46 orang.

##### 4.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh total populasi (sampel jenuh). Seluruh total populasi diambil untuk dijadikan sampel karena jumlah populasi penelitian yang sedikit, sehingga peneliti

memutuskan untuk mengambil seluruh total populasi menjadi sampel.

Sedangkan teknik pengambilan sampelnya adalah dengan menggunakan teknik *accidental sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel yang kebetulan saat itu ada atau tersedia. Hal ini dilakukan karena penelitian dilakukan setiap hari pada waktu/jam tertentu, sedangkan responden (bidan pelaksana) terbagi menjadi 3 shift, sehingga dengan menggunakan teknik ini diharapkan akan dapat menjangkau semua sampel.

o Kriteria inklusi

1. Bidan Pelaksana yang bertugas memberikan pelayanan kebidanan di Kamar Bersalin RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
2. Bidan Pelaksana yang bersedia untuk ikut dalam penelitian

o Kriteria eksklusi

1. Bidan Pelaksana yang tidak bersedia ikut dalam penelitian.
2. Bidan Pelaksana yang tidak dalam masa tugas di IGD Kebidanan saat penelitian ini berlangsung (cuti, pindah, dan lain sebagainya).

## 4.5 Teknik Pengumpulan Data

### 4.4.1 Sumber Data

Sumber data pada penelitian ini adalah:

- Data primer

Data primer diperoleh melalui penyebaran angket/ kuesioner serta melalui observasi/pengamatan dengan menggunakan daftar tilik. Angket/ kuesioner adalah daftar pertanyaan yang diberikan kepada orang lain yang bersedia memberikan respon (responden) sesuai dengan permintaan pengguna (Riduwan, 2006).

Pada penelitian ini, kuesioner disebarkan kepada seluruh Bidan Pelaksana di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto

Mangunkusumo untuk mengetahui pengetahuan Bidan dalam hal pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta pemberian edukasi/pendidikan kesehatan.

Selain penyebaran kuesioner, observasi/pengamatan juga akan dilakukan oleh peneliti untuk menilai keterampilan Bidan dalam melakukan pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta pemberian KIE/pendidikan kesehatan. Penilaian keterampilan tersebut akan dilakukan dengan menggunakan daftar tilik sesuai dengan SPO dan instruksi kerja yang berlaku di Departemen Obgyn. Agar hasil penelitian lebih valid, bukan hanya peneliti sendiri yang melakukan penilaian, melainkan ada sumber informasi lain yang memberikan penilaian, yaitu teman sejawat dan atasan langsung. Sehingga total penilai adalah 3 orang.

Begitu juga dalam hal penilaian mutu pelayanan Bidan, penilaian tersebut tidak hanya dilakukan oleh peneliti saja, melainkan dinilai juga oleh teman sejawat dan atasan langsung.

- **Data Sekunder**

Selain menggunakan data primer yang berasal dari hasil kuesioner serta hasil dalam melakukan pengamatan terhadap Bidan, peneliti juga menggunakan data yang berasal dari Logbook Bidan untuk mendapatkan nilai total produktivitas Bidan setiap bulannya.

#### **4.4.2 Instrumen Penelitian**

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan instrumen, antara lain:

## 1. Kuesioner

- Kuesioner untuk mengetahui pengetahuan Bidan tentang pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium, serta pemberian KIE/pendidikan kesehatan.

Kuesioner ini dibuat berdasarkan SPO serta panduan pelayanan medis yang ada di Departemen Obstetri dan Ginekologi.

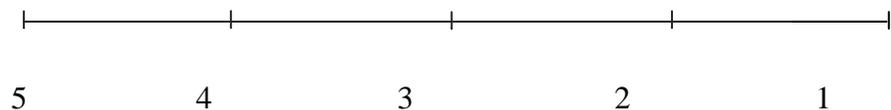
- Kuesioner untuk mengetahui pendapat/ persepsi teman sejawat/ atasan langsung terhadap mutu pelayanan bidan, yaitu kegiatan pelayanan dalam melaksanakan pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium, serta pemberian KIE/ pendidikan kesehatan.

Untuk setiap unsur kegiatan pelayanan, dibuatkan kuesioner yang mencakup lima (5) dimensi mutu, yaitu RATER (*responsiveness, assurance, tangible, empathy, reliability*). Kuesioner ini berisi 2 item pertanyaan untuk setiap dimensinya, sehingga untuk satu unsur kegiatan pelayanan terdapat 10 item pertanyaan.

Setiap responden menjawab pertanyaan dengan cara memberi tanda lingkaran (O) pada garis yang sesuai dengan pilihan. Pilihan jawaban dalam kuesioner untuk pertanyaan 5 (lima) dimensi mutu adalah sebagai berikut :

Sangat Positif  
Negatif

Sangat



Keterangan :

Makin kekiri jawaban maka makin bagus persepsi.

Skala yang digunakan dalam pengukuran dimensi mutu adalah skala semantik *differensial*. Skala semantik *differensial* digunakan untuk menilai persepsi seseorang terhadap objek sosial atau pribadi yang menarik dari berbagai dimensi (Riduwan, 2006).

## 2. Daftar tilik

Daftar tilik yang digunakan adalah berdasarkan SPO dan instruksi kerja yang berlaku di Departemen Obgyn. Untuk satu unsur kegiatan pelayanan, ada satu daftar tilik, dan setiap daftar tilik terdiri dari 10 item/ langkah kegiatan.

Untuk pengisian daftar tilik tersebut tergantung dari hasil pengamatan, apabila kegiatan/ langkah tersebut dilakukan oleh Bidan yang dinilai, maka hanya tinggal memberikan tanda cek/ centang (√) pada kolom yang disediakan (ya) atau sebaliknya.

## 3. Logbook Bidan

Dari logbook Bidan, akan dapat diambil data jumlah pasien yang diberikan asuhan/ yang menjadi tanggung jawab Bidan selama satu bulan. Dari data tersebut peneliti dapat menghitung produktivitas setiap Bidan pelaksana dengan cara membandingkannya dengan target yang harus dicapai.

### 4.4.3 Cara pengumpulan data

Pengumpulan data tentang pengetahuan dilakukan dengan cara:

- Menyebar kuesioner pengetahuan kepada Bidan-bidan di IGD Kebidanan
- Memberikan penjelasan kepada atasan langsung dan Bidan primer (teman sejawat) bagaimana cara pengisian daftar tilik dan cara melakukan pengamatan terhadap kegiatan pelayanan yang dilakukan Bidan untuk menilai keterampilan yang dimiliki.

- Memberikan penjelasan singkat tentang cara pengisian kuesioner untuk penilaian mutu pelayanan bidan sesuai dengan unsur kegiatan pelayanan yang dilakukan.
- Melakukan pengamatan/ observasi terhadap keterampilan Bidan sekaligus melakukan pengamatan / observasi untuk menilai mutu pelayanan Bidan.
- Pengambilan data mengenai mutu pelayanan ini adalah murni persepsi dari pasien tanpa dilakukan adanya intervensi atau pengaruh dari peneliti/ pengambil data.
- Pada akhir bulan Mei, dilakukan pengambilan data dari logbook yang dibuat oleh Bidan.

#### **4.6 Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen**

Untuk uji validitas dan reliabilitas, penelitian ini menggunakan menggunakan uji terpakai, dimana uji validitas dan reliabilitas dilakukan dengan menggunakan data yang telah terkumpul saat penelitian berlangsung. Jika ada pertanyaan yang diketahui tidak valid maka langsung dibuang dan tidak akan dipakai dalam pengujian hipotesis.

#### **4.7 Pengelolaan dan Analisis Data**

Data yang sudah dikumpulkan akan diolah melalui tahapan, antara lain:

##### **1. Editing**

Adalah kegiatan melakukan pengecekan terhadap isian kuesioner baik kuesioner kepada dosen maupun kepada mahasiswa, apakah pengisian kuesioner :

- a. Sudah lengkap dan jelas
- b. Tulisan cukup jelas dibaca
- c. Relevan sesuai pertanyaan
- d. Konsisten terhadap pertanyaan yang berkaitan dengan isi jawaban

2. *Coding* data/memberi tanda pada data

Adalah kegiatan memberi kode pada setiap pertanyaan penelitian. Tujuannya mempermudah pada waktu analisis data dan mempercepat pada saat mengentri data.

3. *Entry* data/memasukkan data

Adalah kegiatan mengentri data kuesioner (setelah diedit dan diberi kode) ke dalam komputer.

4. *Cleaning* data

Adalah kegiatan melakukan pengecekan kembali terhadap data yang telah dientri ke komputer apakah ada kesalahan.

Data yang sudah di-entry, kemudian diolah dengan menggunakan bantuan komputer. Untuk analisis data, pada awalnya akan dilakukan dengan menggunakan salah satu alat analisis SEM (*Structural Equation Modeling*) yaitu LISREL versi 8.80, namun karena ada keterbatasan jumlah data dan adanya perubahan pada kerangka konsep, maka teknik pengolahan datanya berubah dengan menggunakan pendekatan *Structural Equation Modeling* (SEM) menggunakan *software smart Partial Least Square* (PLS).

Tujuan dari PLS adalah prediksi. Menurut Wold (1985) *Partial Least Square* (PLS) merupakan metode analisis yang *powerfull* oleh karena tidak didasari banyak asumsi. Data tidak harus berdistribusi normal multivariate (indikator dengan skala kategori, ordinal, interval sampai ratio dapat digunakan pada model yang sama), sampel tidak harus besar. Walaupun PLS dapat juga digunakan untuk mengkonfirmasi teori, tetapi dapat juga digunakan untuk menjelaskan ada atau tidaknya hubungan antar variabel laten. *Partial Least Square* dapat menganalisis sekaligus konstruk yang dibentuk dengan indikator reflektif dan indikator formatif. Indikator reflektif arah hubungan kausalitas dari variabel laten ke indikator. Sedangkan indikator formatif hubungan kausalitas dari indikator ke variabel laten. Sesuai dengan kerangka konseptual yang dibuat maka hal inilah yang

menjadi alasan penggunaan *Partial Least Square* (PLS) untuk pengolahan data penelitian ini (Ghozali, 2008).

Tahapan dalam proses analisis data dengan *Partial Least Square* sebagai berikut : (Ghozali dan Fuad, 2008 ; Yamin & Kurniawan, 2011)

1. Merancang model struktural

Menggambarkan hubungan antar variabel laten berdasarkan pada substantif teori. Perancangan model struktural hubungan antar variabel laten didasarkan pada rumusan masalah atau hipotesis penelitian.

2. Merancang model pengukuran

Mendefinisikan bagaimana setiap blok indikator berhubungan dengan variabel latennya. Perancangan model pengukuran menentukan sifat indikator dari masing-masing variabel laten, apakah reflektif atau formatif, berdasarkan definisi operasional variabel.

3. Membuat Diagram Jalur

Berfungsi untuk visualisasi hubungan antara indikator dengan konstruksya serta antar konstruk yang akan mempermudah melihat model secara keseluruhan. Secara umum, variabel laten dalam PLS dikelompokkan menjadi variabel laten eksogen dan variabel laten endogen. Nama variabel laten eksogen sama halnya seperti variabel independen dalam regresi linier. Variabel laten endogen adalah variabel laten yang dijelaskan oleh variabel laten eksogen, sama halnya dengan variabel dependen dalam regresi linier. Variabel laten menggunakan lingkaran elips dan variabel manifest (indikator) menggunakan kotak. Arah panah dari variabel indikator menuju variabel laten disebut model pengukuran formatif, sebaliknya arah panah dari variabel laten menuju indikator disebut model pengukuran reflektif.

4. Mengkonversi diagram jalur ke sistem persamaan.

5. Estimasi model

6. Evaluasi model

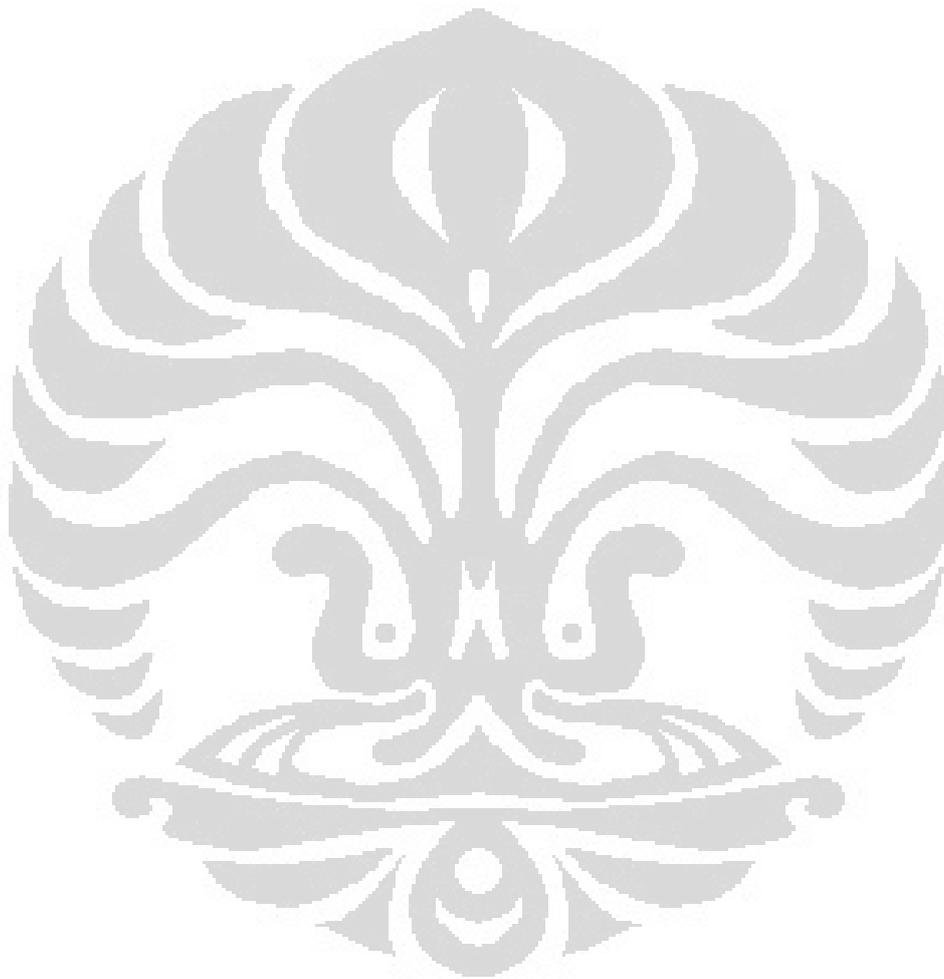
Evaluasi model meliputi evaluasi model pengukuran dan evaluasi model *structural*.

## 7. Interpretasi model

Interpretasi berdasarkan kepada hasil model yang dibangun oleh peneliti.

### 1.6. Penyajian Data

Data yang sudah diolah dan di analisa akan disajikan dalam bentuk tabular, chart serta diagram, kemudian diberikan interpretasi sesuai dengan tujuan penelitian.



## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di IGD Kebidanan RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo yang berada di lantai 3 Gedung Instalasi Gawat Darurat Terpadu. Kamar Bersalin atau yang sering disebut dengan IGD Kebidanan ini mempunyai 7 ruangan, yaitu: kamar akut/ pemeriksaan awal, kamar bersalin, kamar eklamsia, kamar observasi, kamar khusus, kamar bayi transisi dan kamar operasi. Dalam setiap shift jaga (pagi, sore, malam) ada satu bidan yang bertanggung jawab terhadap pasien di masing-masing ruangan tersebut.

Berikut ini adalah jumlah kunjungan pasien selama Bulan Mei 2012.

Tabel. 5.1  
Jumlah Kunjungan Pasien di Kamar Bersalin RSCM Bulan Mei 2012

NO	JENIS KASUS	JUMLAH
<b>OBSTETRI</b>		
1	Hiperemesis gravidarum	1
2	Hamil dengan BSC	38
3	Hamil dengan HAP, PPT	8
4	Hamil dengan PEB	47
5	Hamil dengan KP, aterm	32
6	Hamil dengan kontraksi	24
7	Hamil dengan IUFD	8
8	Hamil belum inpartu	28
9	Hamil aterm, inpartu	60
10	Hamil, inpartu dengan janin preterm	21
11	Hamil, inpartu dengan janin presentasi bokong	15
12	Hamil ketuban pecah, preterm	26

Tabel. 5.1  
 Jumlah Kunjungan Pasien di Kamar Bersalin RSCM Bulan Mei 2012  
 (lanjutan)

NO	JENIS KASUS	JUMLAH
13	Hamil dengan gemelli	8
14	Hamil dengan eklamsia	5
15	Hamil dengan janin makrosomia	3
16	Hamil dengan gawat janin	8
17	Inpartu dengan Kala II lama	4
18	Hamil dengan komplikasi	8
19	Hamil dengan janin lintang	10
20	Hamil dengan letak kaki, inpartu	1
21	Hamil dengan kelainan pada janin	2
22	Hamil dengan Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)	1
23	Hamil dengan Kista	1
24	Hamil dengan HIV	2
25	Hamil dengan Hepatitis	2
26	Kehamilan Ektopik Terganggu	5
27	Kematian Mudigah	5
28	Abortus	21
29	Post Partum PEB	2
30	Perdarahan Post Partum (HPP)	20
31	Retensio Plasenta	6
32	Post partum dengan retensio urine	4
33	Infeksi daerah operasi	2
34	Post Partum dengan vomitus	1
35	Post partum dengan anemia	3
	<b>Sub Total</b>	<b>531</b>
<b>GINEKOLOGI</b>		
36	Ca. Cancer	18

Tabel. 5.1  
 Jumlah Kunjungan Pasien di Kamar Bersalin RSCM Bulan Mei 2012  
 (lanjutan)

<b>NO</b>	<b>JENIS KASUS</b>	<b>JUMLAH</b>
37	Ca. Ovarium	4
38	Ca. Endometrium	1
39	Kista	3
40	Neoplasma Ovarium Kistik	6
41	Neoplasma Ovarium Padat	3
42	Pertumbuhan Tumor Ganas	1
43	Infeksi Menular Seksual	3
44	Adenomiosis	1
45	Abnormal Uterine Bleeding	5
46	Abdominal Pain	2
47	Robekan Hymen	1
48	Post Coital Bleeding	2
49	Korpus Alineum intra vagina	1
	<b>Sub Total</b>	<b>51</b>
	<b>Konsul dari Bagian/Unit Lain</b>	<b>8</b>
	<b>JUMLAH TOTAL PASIEN</b>	<b>690</b>

Sumber: Laporan Bulanan IGD Lantai Kebidanan Bulan Mei 2012



Sumber: Laporan Bulanan IGD Kebidanan Bulan Mei 2012

Diagram 5.1

Jumlah Persalinan Bulan Mei 2012

Tabel 5.2

Gambaran Tenaga Keperawatan di IGD Kebidanan Bulan Mei 2012

No	Profesi	Jumlah
1	Bidan	48
2	Perawat	4
	Jumlah Total	52

## 5.2. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan dalam kurun waktu kurang lebih satu bulan, yaitu dari Bulan Mei sampai dengan Juni 2012.

### 5.3. Karakteristik Responden

Subyek penelitian yang pada rencananya berjumlah 46 responden, pada pelaksanaannya hanya berjumlah 40 responden, karena ternyata ada 6 responden berada pada kriteria eksklusi, dengan perincian sebagai berikut:

- 1 responden sedang cuti besar
- 2 responden sedang cuti bersalin
- 3 responden sudah pindah ke unit kerja lain saat penelitian berlangsung

Sehingga total responden yang termasuk dalam kriteria inklusi ada 40 bidan.

Tabel 5.3

Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja, Pendidikan dan Status Kepegawaian

No	Uraian	Jumlah
1	Lama Kerja	
	< 5 tahun	19
	5 – 10 tahun	16
	>10 tahun	5
	Total	40
2	Pendidikan	
	D I Kebidanan	2
	D III Kebidanan	34
	D IV Kebidanan/ S1 Kesehatan	3
	S2 Kebidanan/ Kesehatan	1
	Total	40
No	Uraian	Jumlah
3	Status Kepegawaian	
	PNS	27
	Non PNS	13
	Total	40

#### 5.4. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang disusun dengan membuat daftar pertanyaan pada masing-masing dimensi mutu berkenaan dengan kualitas pelayanan kebidanan berdasarkan 3 uraian tugas bidan. Masing-masing dimensi mutu memiliki 2 pertanyaan, sehingga total pertanyaan untuk masing-masing tugas bidan adalah sebanyak 10 pertanyaan. Kategori jawaban dengan menggunakan skala semantik *differensial* dengan 5 bobot nilai. Jika jawaban responden sangat positif maka akan mendapatkan bobot 5, namun sebaliknya jika jawaban responden sangat negatif maka akan mendapatkan bobot 1.

Uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan “uji terpakai”, yaitu suatu uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan setelah data penelitian terkumpul. Jika pertanyaan valid, maka tetap dipakai dalam penelitian ini, namun jika terdapat pertanyaan yang hasilnya tidak valid, maka tidak akan digunakan dalam penelitian ini.

Uji validitas digunakan untuk melihat item pertanyaan mana yang dapat digunakan sebagai alat ukur sebuah subdimensi dalam penelitian ini. Ukuran valid atau tidaknya sebuah indikator (pertanyaan) dapat dilihat dari nilai korelasi pearson yang ditampilkan dari hasil analisisnya (*Corrected Item-Total Correlation*) yang nilainya harus lebih besar dari nilai r tabel. Untuk jumlah responden 40 orang, maka nilai r tabelnya adalah 0.304.

Uji reliabilitas pada penelitian ini adalah uji untuk melihat konsistensi jawaban responden dalam menjawab sebuah subdimensi. Uji ini menggunakan indikator nilai *alpha cronbach*. Sebuah subdimensi dikatakan reliabel jika nilai *alpha cronbach*  $> 0.5$ .

Tabel 5.4

Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dimensi *Responsiveness*

No	Pertanyaan	Nilai r	Keterangan	Alpha Cronbach	Keterangan
1	REKD1	0.674	Valid	0.935	Reliabel
2	REKD2	0.597	Valid		Reliabel
3	RESL1	0.668	Valid		Reliabel
4	RESL2	0.556	Valid		Reliabel
5	REPK2	0.698	Valid		Reliabel
6	REPK2	0.583	Valid		Reliabel

Dari hasil uji validitas pada dimensi *responsiveness* didapatkan hasil bahwa semua pertanyaan sudah valid (memiliki nilai  $r > 0.304$ ), dan reliabel (memiliki nilai alpha cronbach  $> 0.5$ ).

Tabel 5.5

Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dimensi *Assurance*

No	Pertanyaan	Nilai r	Keterangan	Alpha Cronbach	Keterangan
1	ASKD1	0.653	Valid	0.956	Reliabel
2	ASKD2	0.775	Valid		Reliabel
3	ASSL1	0.664	Valid		Reliabel
4	ASSL2	0.824	Valid		Reliabel
5	ASPK2	0.776	Valid		Reliabel
6	ASPK2	0.654	Valid		Reliabel

Dari hasil uji validitas pada dimensi *assurance* didapatkan hasil bahwa semua pertanyaan sudah valid (memiliki nilai  $r > 0.304$ ), dan reliabel (memiliki nilai alpha cronbach  $> 0.5$ ).

Tabel 5.6  
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dimensi *Tangible*

No	Pertanyaan	Nilai r	Keterangan	Alpha Cronbach	Keterangan
1	TAKD1	0.801	Valid	0.961	Reliabel
2	TAKD2	0.739	Valid		Reliabel
3	TASL1	0.766	Valid		Reliabel
4	TASL2	0.646	Valid		Reliabel
5	TAPK2	0.680	Valid		Reliabel
6	TAPK2	0.825	Valid		Reliabel

Dari hasil uji validitas pada dimensi *tangible*, didapatkan hasil bahwa seluruh pertanyaan tersebut valid (memiliki  $r > 0.304$ ) dan reliabel (memiliki nilai alpha cronbach  $> 0.5$ ).

Tabel 5.7  
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dimensi *Emphaty*

No	Pertanyaan	Nilai r	Keterangan	Alpha Cronbach	Keterangan
1	EMKD1	0.692	Valid	0.951	Reliabel
2	EMKD2	0.712	Valid		Reliabel
3	EMSL1	0.540	Valid		Reliabel
4	EMSL2	0.705	Valid		Reliabel
5	EMPK2	0.699	Valid		Reliabel
6	EMPK2	0.842	Valid		Reliabel

Dari hasil uji validitas pada dimensi *emphaty* didapatkan hasil bahwa semua pertanyaan sudah valid (memiliki nilai  $r > 0.304$ ), dan reliabel (memiliki nilai alpha cronbach  $> 0.5$ ).

Tabel 5.8  
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dimensi *Reliability*

No	Pertanyaan	Nilai r	Keterangan	Alpha Cronbach	Keterangan
1	RELKD1	0.769	Valid	0.968	Reliabel
2	RELKD2	0.853	Valid		Reliabel
3	RELSL1	0.738	Valid		Reliabel
4	RELSL2	0.658	Valid		Reliabel
5	RELPK2	0.778	Valid		Reliabel
6	RELPK2	0.876	Valid		Reliabel

Dari hasil uji validitas pada dimensi *reliability* didapatkan hasil bahwa semua pertanyaan sudah valid (memiliki nilai  $r > 0.304$ ) dan reliabel (memiliki nilai alpha cronbach  $> 0.5$ ).

### 5.5. Gambaran Pengetahuan Bidan

Dari penelitian yang dilakukan, didapatkan hasil bahwa rata-rata pengetahuan Bidan (berkaitan dengan pemantauan kontraksi dan djg, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta pemberian KIE) adalah baik yaitu sebanyak 70% (28 bidan), dengan nilai minimumnya adalah 3.33 dan nilai maksimumnya adalah 4.67 dengan nilai rata-ratanya adalah sebesar 4.08. Rentang nilai tersebut merupakan rentang nilai dengan menggunakan skala semantik *differensial* yaitu 1 sampai dengan 5.

Tabel 5.9

#### Gambaran Pengetahuan Bidan

No	Pengetahuan	Jumlah	Persentase
1	Baik	28	70%
2	Cukup	12	30%
3	Kurang	0	0
Jumlah		40	100%

Tabel di atas merupakan gambaran pengetahuan Bidan secara keseluruhan, sedangkan untuk hasil rinci pengetahuan Bidan sesuai dengan uraian tugas yang diteliti adalah sebagai berikut:

- Untuk tindakan pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, nilai rata-rata pengetahuan yang dimiliki adalah sebesar 4.17
- Untuk pengetahuan Bidan dalam tindakan pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium, rata-rata pengetahuan yang dimiliki oleh Bidan di IGD RSCM adalah sebesar 3.9
- Sedangkan untuk tindakan pemberian edukasi/pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, rata-rata pengetahuan yang dimiliki adalah 4.2.

#### 5.6. Gambaran Keterampilan Bidan

Dari penelitian yang dilakukan, didapatkan hasil bahwa rata-rata keterampilan Bidan (berkaitan dengan pemantauan kontraksi dan djj, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta pemberian KIE) adalah baik yaitu sebanyak 20 bidan (50%), dengan nilai minimumnya adalah 3 dan nilai maksimumnya adalah 4.8 serta mempunyai nilai rata-rata 4.6. Rentang nilai tersebut merupakan rentang nilai dengan menggunakan skala semantik *differensial* yaitu 1 sampai dengan 5.

Tabel 5.10

Gambaran Keterampilan Bidan

No	Keterampilan	Jumlah	Persentase
1	Terampil	20	50%
2	Cukup Terampil	11	27.5%
3	Kurang Terampil	9	22.5%
Jumlah		40	100%

Tabel di atas merupakan gambaran keterampilan Bidan secara keseluruhan, sedangkan untuk hasil penilaian keterampilan Bidan secara terperinci sesuai dengan uraian tugas yang diteliti adalah sebagai berikut:

- Untuk tindakan pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, nilai rata-rata keterampilan yang dimiliki adalah sebesar 4.97
- Untuk keterampilan Bidan dalam tindakan pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium, rata-rata keterampilan yang dimiliki oleh Bidan di IGD RSCM adalah sebesar 4.97
- Sedangkan untuk tindakan pemberian edukasi/pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, rata-rata keterampilan yang dimiliki adalah 4.95

### 5.7. Gambaran Produktivitas Bidan

Dari penelitian yang dilakukan, didapatkan hasil bahwa rata-rata produktivitas Bidan adalah kurang baik, yaitu sebanyak 21 Bidan (52.5%) mempunyai produktivitas yang kurang. Dengan nilai minimumnya adalah 1 dan nilai maksimumnya adalah 5 serta mempunyai nilai rata-rata 2.675. Rentang nilai tersebut merupakan rentang nilai dengan menggunakan skala semantik *differensial* yaitu 1 sampai dengan 5.

Tabel 5.11

Gambaran Produktivitas Bidan

No	Produktivitas	Jumlah	Persentase
1	Produktif	21	52.5%
2	Kurang Produktif	19	48.5%
Jumlah		40	100%

Penilaian produktivitas di atas berdasarkan pada jumlah pasien yang diberikan asuhan/ menjadi tanggung jawab Bidan di IGD Kebidanan RSCM selama Bulan Mei 2012. Apabila dibandingkan dengan target yang ditetapkan oleh Manajemen RSCM (Bidang Keperawatan) yaitu

sebanyak 200 pasien setiap bulannya, sebenarnya semua Bidan pelaksana di IGD Kebidanan RSCM memenuhi target tersebut.

Oleh karena semua Bidan berhasil mencapai target tersebut, maka peneliti mengasumsikan bahwa apabila target yang harus dicapai minimal adalah 200 pasien, maka angka 200 itu merupakan produktivitas terendah bagi Bidan di IGD RSCM atau apabila dikonversikan dengan menggunakan skala semantik differensial dengan rentang nilai 1 sampai dengan 5, maka Bidan yang mencapai 200 pasien mendapatkan nilai 1.

### 5.8. Gambaran Mutu Pelayanan Bidan

Dari tabel 5.12 dapat diketahui bahwa nilai rata-rata untuk masing-masing dimensi mutu di atas 4 (menggunakan skala Semantik Differensial dengan rentang nilai 1 sampai dengan 5), yang berarti bahwa dimensi tersebut dinilai bagus oleh penilai (peneliti, teman sejawat dan atasan langsung).

Tabel 5.12  
Gambaran Mutu Pelayanan Bidan

No	Indikator	N	Minimum	Maximum	Mean
1	<i>Responsiveness</i>	40	2.67	4.83	4.4083
2	<i>Assurance</i>	40	2.67	4.89	4.5569
3	<i>Tangible</i>	40	2.67	4.89	4.5264
4	<i>Emphy</i>	40	2.67	4.94	4.5722
5	<i>Reliable</i>	40	2.67	5.00	4.6153

Berikut di bawah ini akan disajikan secara rinci tiap hasil penilaian Mutu Pelayanan Bidan tiap dimensinya berdasarkan uraian tugas Bidan yang diteliti.

Tabel 5.13  
Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi *Responsiveness*

No	Tindakan yang dilakukan	N	Minimum	Maksimum	Mean
1	Pemantauan kontraksi dan djj	40	2.667	4.833	4.417
2	Pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium	40	2.667	4.667	4.446
3	Pemberian edukasi kepada pasien	40	2.667	4.833	4.362

Tabel 5.14  
Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi *Assurance*

No	Tindakan yang dilakukan	N	Minimum	Maksimum	Mean
1	Pemantauan kontraksi dan djj	40	2.667	4.833	4.538
2	Pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium	40	2.667	4.833	4.571
3	Pemberian edukasi kepada pasien	40	2.667	4.833	4.563

Tabel 5.15  
Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi *Tangible*

No	Tindakan yang dilakukan	N	Minimum	Maksimum	Mean
1	Pemantauan kontraksi dan djj	40	2.667	5	4.546
2	Pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium	40	2.667	5	4.5
3	Pemberian edukasi kepada pasien	40	2.667	5.833	4.533

Tabel 5.16  
Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi *Empathy*

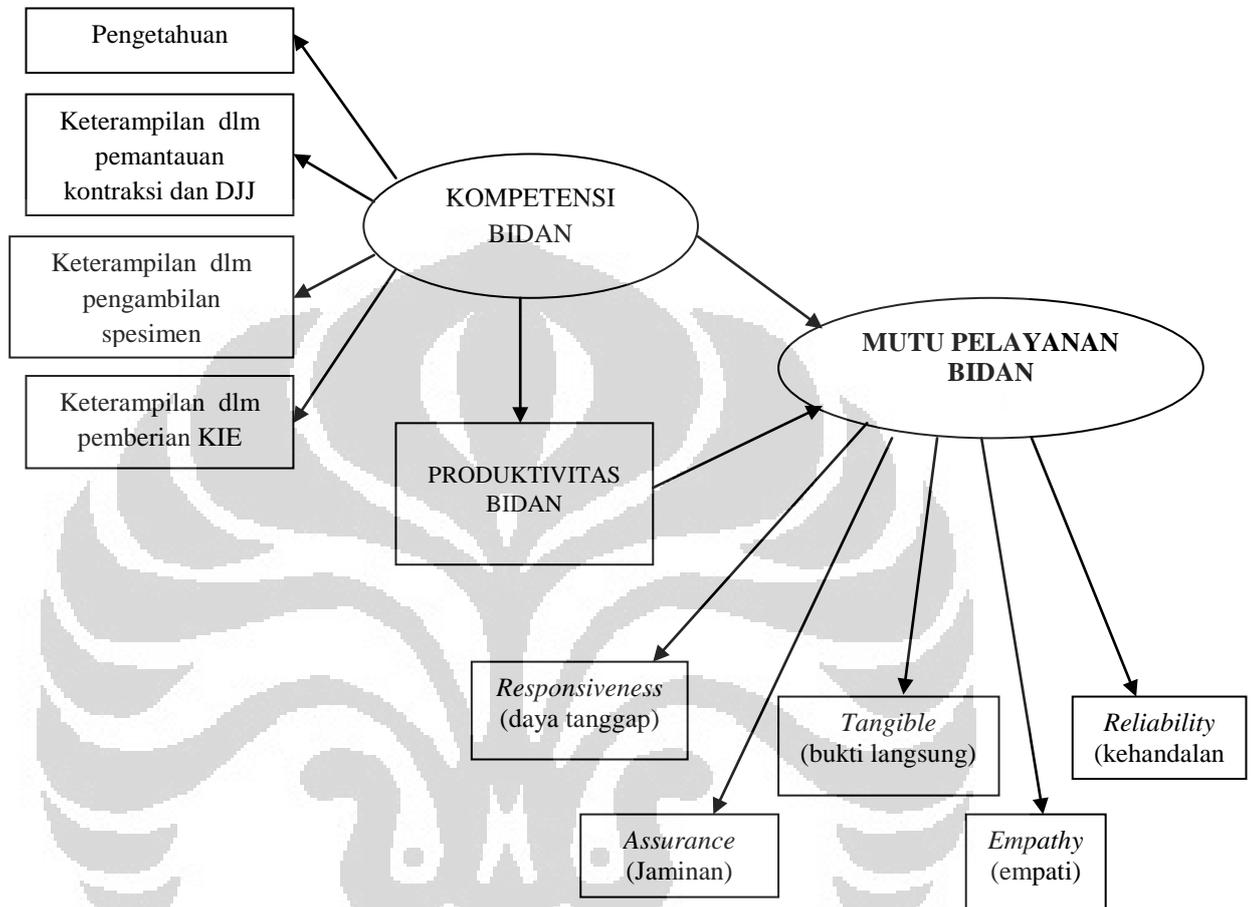
No	Tindakan yang dilakukan	N	Minimum	Maksimum	Mean
1	Pemantauan kontraksi dan djj	40	2.667	5	4.583
2	Pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium	40	2.667	5	4.517
3	Pemberian edukasi kepada pasien	40	2.667	5	4.617

Tabel 5.17  
Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi *Reliability*

No	Tindakan yang dilakukan	N	Minimum	Maksimum	Mean
1	Pemantauan kontraksi dan djj	40	2.667	5	4.633
2	Pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium	40	2.667	5	4.525
3	Pemberian edukasi kepada pasien	40	2.667	5	4.688

### 5.9. Hasil Analisis *Partial Least Square* (PLS)

Model Konseptual atau Model Awal Penelitian



Gambar 5.1

Model Awal Penelitian

Pada awal penelitian, peneliti bermaksud melakukan analisis data dengan menggunakan LISREL, namun karena pada variabel produktivitas tidak ada indikatornya (karena produktivitas merupakan nilai mutlak hanya satu), oleh sebab itu peneliti menggunakan *software Smart PLS* untuk melanjutkan pengembangan model karena software ini memiliki persyaratan yang lebih sesuai dengan kerangka konsep dan jumlah data yang dimiliki oleh peneliti.

Saat melakukan analisis dengan menggunakan Smart PLS, sampel penelitian yang berjumlah 40 dilakukan *bootstrapping* sampai dengan 300. Angka 300 tersebut didapatkan dengan asumsi bahwa ada 6 Rumah Sakit Pemerintah yang setara dengan RSCM (tipe A, RS. Pendidikan, ditargetkan untuk meraih akreditasi Internasional) yang kemungkinan mempunyai karakteristik Bidan yang sama juga dengan RSCM, sehingga apabila Bidan di ketujuh RS tersebut dijumlahkan, maka berjumlah kurang lebih 300 Bidan.

*Bootstrapping* merupakan salah satu metode umum dalam resampling data. Metode *Bootstrap* diciptakan oleh Bradley Efron pada tahun 1979. Metode *Bootstrap* ini merupakan suatu metode resampling untuk mengestimasi probabilitas suatu statistik dengan mendapatkan sampel baru.

#### **5.10. Pengukuran pada *Outer Model/Measurement Model***

Outer model sering juga disebut (*outer relation atau measurement model*) mendefinisikan bagaimana setiap blok indikator berhubungan dengan variabel latennya.

##### **5.9.1. *Analysis Convergent Validity***

Analisis ini bertujuan untuk melihat hasil pengujian pada bagian *outer loading*. Dasar interpretasi pengujian *outer loading factor* adalah bila perhitungan menghasilkan nilai *loading (factor loading)*  $<0.5$  maka perlu pengujian ulang dengan membuang indikator yang nilai loadingnya  $<0.5$  tersebut. Karena nilai faktor loading  $<0.5$  tersebut mengindikasikan bahwa indikator tersebut refleksinya terhadap variabelnya adalah kurang memadai. Atau dapat diartikan juga, bila nilai loadingnya ( $\lambda$ )  $>0.5$  maka indikator tersebut sudah valid untuk menyusun konstruksinya.

Hasil pengujian measurement model pada tiap-tiap variabel didapatkan *outer loadingnya* sebagai berikut:

Tabel 5.18 Hasil Pengujian *Outer Model* pada Tiap Variabel dengan Indikatornya

Indikator	Mutu Pelayanan Bidan	Kompetensi	Produktivitas
<i>Responsiveness</i>	0.974361		
<i>Assurance</i>	0.932738		
<i>Tangible</i>	0.886381		
<i>Empathy</i>	0.984061		
<i>Reliability</i>	0.974948		
Pengetahuan		0.505200	
K 1		0.729954	
K 2		0.692627	
K 3		0.554232	
Produktivitas			1.000000

Keterangan:

K 1: keterampilan dalam pemantauan kontraksi dan DJJ

K 2: keterampilan dalam pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium

K 3: keterampilan dalam melakukan KIE kepada pasien

Hasil tabel di atas menunjukkan bahwa semua indikator mempunyai nilai *outer loading* ( $\lambda$ )  $>0.5$ , yang berarti bahwa semua indikator dalam penelitian ini sudah valid atau mampu merefleksikan variabelnya.

#### 5.9.2. *Analysis Discriminant Validity*

*Analysis discriminant validity bertujuan* untuk melihat validitas suatu variabel dan tidak berkorelasi dengan variabel yang lain. *Discriminant validity* dari *outer model* dengan refleksif indikator dapat dinilai dengan dua metode, yang pertama adalah membandingkan nilai *square root of average variance extracted* (AVE) setiap konstruk dengan konstruk lainnya dalam model. Jika nilai akar kuadrat AVE setiap konstruk lebih besar daripada nilai korelasi antara konstruk dengan konstruk lainnya dalam model,

maka dikatakan memiliki nilai *discriminant validity* yang baik (Fornell dan Larcker, 1981).

Bukti bahwa keseluruhan indikator yang ada telah merefleksikan variabelnya masing-masing harus ditunjukkan dengan bukti nilai AVE untuk semua variabel berada lebih besar dari nilai 0.5. hasil pengujian AVE untuk ketiga variabel ditunjukkan pada tabel berikut.

Tabel 5.19 Nilai AVE untuk Ketiga Variabel

No	Variabel	AVE
1	Mutu Pelayanan Bidan	0.904790
2	Kompetensi	0.393741
3	Produktivitas	1.000000

Selain menggunakan AVE, *discriminant validity* juga dinilai dengan metode kedua, yaitu berdasarkan *cross loading* pengukuran dalam konstruk. Jika korelasi konstruk dengan item pengukuran lebih besar daripada ukuran konstruk yang lainnya, maka hal ini menunjukkan bahwa konstruk laten memprediksi ukuran pada blok mereka lebih baik daripada ukuran pada blok lainnya. Dari nilai *cross loading* ini dapat diketahui indikator tertentu yang merefleksikan variabel tertentu pula dengan melihat nilai *cross loading* yang terbesar, sebagaimana digambarkan pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.20  
 Nilai *Cross Loading* Masing-masing Indikator di Semua Variabel

Indikator	Mutu Pelayanan Bidan	Kompetensi	Produktivitas
<i>Responsiveness</i>	<b>0.974361</b>	0.338446	0.016809
<i>Assurance</i>	<b>0.932738</b>	0.229793	0.002480
<i>Tangible</i>	<b>0.886381</b>	0.282479	-0.054487
<i>Empathy</i>	<b>0.984061</b>	0.395404	0.083484
<i>Reliability</i>	<b>0.974948</b>	0.541587	0.033409
Pengetahuan	0.268468	<b>0.505200</b>	-0.293940
K1	0.300936	<b>0.729954</b>	-0.015558
K2	0.199351	<b>0.692627</b>	0.040967
K3	0.116511	<b>0.554232</b>	0.040829
Produktivitas	0.025822	-0.182960	<b>1.000000</b>

Keterangan:

K 1: keterampilan dalam pemantauan kontraksi dan DJJ

K 2: keterampilan dalam pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium

K 3: keterampilan dalam melakukan KIE kepada pasien

Dari gambaran tabel di atas terlihat pada nilai-nilai yang dicetak tebal merupakan nilai terbesar pada *crossing loading* atau persilangan antara variabel dengan indikatornya, sehingga dapat dijelaskan bahwa tidak ada indikator yang mewakili variabel lain selain variabelnya sendiri.

Hal ini menunjukkan bahwa variabel yang diteliti telah memiliki keterwakilan oleh temuan yang didapat pada pengukuran indikator masing-masing tanpa adanya kerancuan dengan variabel lain,

sehingga hasil ukur yang didapat pada indikator telah merefleksikan pengukuran terhadap variabelnya.

### 5.9.3. *Analysis of Composite Reliability*

Analisis ini ditujukan untuk melihat reliabilitas pengukuran *measurement* model ini dengan melihat hasil analisis terhadap nilai *composite reliability*-nya. Hasil analisis *composite reliability* dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.21 Nilai *Composite Reliability*

No	Variabel	<i>Composite Reliability</i>
1	Mutu Pelayanan Bidan	0.979358
2	Kompetensi	0.717540
3	Produktivitas	1.000000

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa semua indikator pada masing-masing variabel pada model memiliki kehandalan antara 0.7 hingga 1.0 yang berarti indikator memiliki kehandalan yang tinggi dalam merefleksikan variabelnya masing-masing karena memiliki nilai lebih besar dari 0.7. bila nilai *composite reliability* kurang dari 0.7 maka variabel tersebut dianjurkan untuk tidak dimasukkan ke dalam model.

Validitas indikator terhadap variabel perlu dilengkapi dengan tingkat reliabilitasnya agar penelitian sebagaimana lazimnya suatu pengukuran harus memiliki kedua faktor tersebut, yaitu faktor validitas dan reliabilitas yang tinggi atau handal. Di sini kedua faktor tersebut telah terpenuhi. Nilai validitas dan reliabilitas yang tinggi diperlukan agar data pada model dapat diinterpretasikan (Gozali, 2008).

Selanjutnya untuk menilai kekuatan refleksi variabel pengukuran variabel oleh indikator masing-masing ditunjukkan dengan nilai T statistik yang membandingkan nilai *original sample* dengan standar erornya.

Tabel 5.22  
Nilai T Statistik dari Setiap Refleksi Indikator terhadap Variabelnya

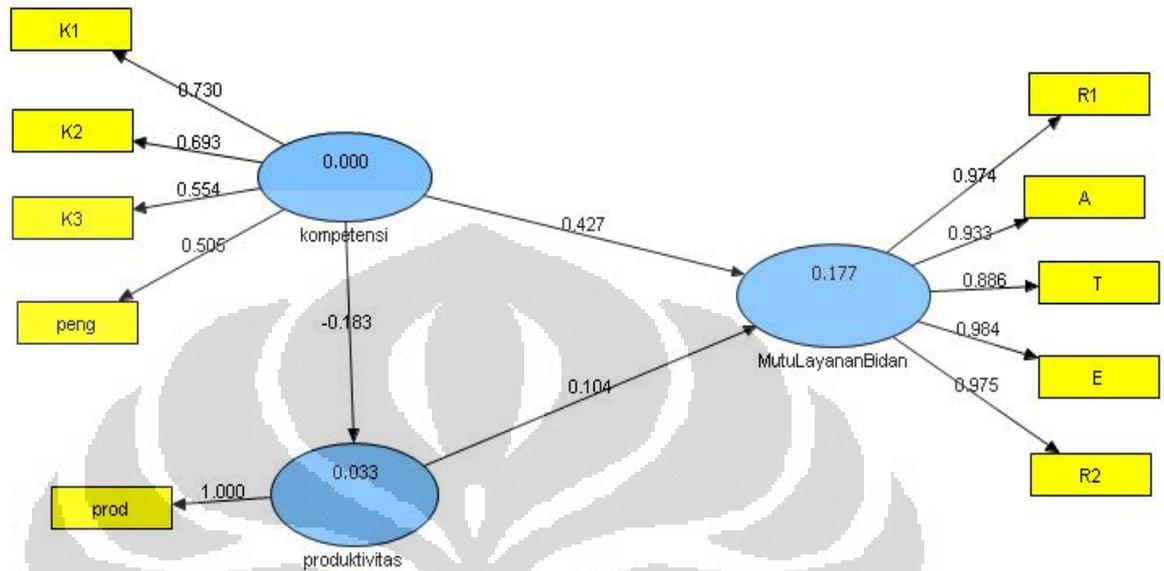
Refleksi Indikator terhadap Variabelnya	Original Sample (O)	T Statistics (  O/STERR  )
<i>Responsiveness</i> ← Mutu Pelayanan Bidan	0.974361	148.843760
<i>Assurance</i> ← Mutu Pelayanan Bidan	0.932738	52.509169
<i>Tangible</i> ← Mutu Pelayanan Bidan	0.886381	29.218058
<i>Empathy</i> ← Mutu Pelayanan Bidan	0.984061	257.059829
<i>Reliability</i> ← Mutu Pelayanan Bidan	0.974948	266.051258
Pengetahuan ← kompetensi	0.505200	2.095102
K 1 ← kompetensi	0.729954	4.085431
K 2 ← kompetensi	0.692627	3.566290
K 3 ← kompetensi	0.554232	2.623385
Produktivitas	1.000000	

Keterangan:

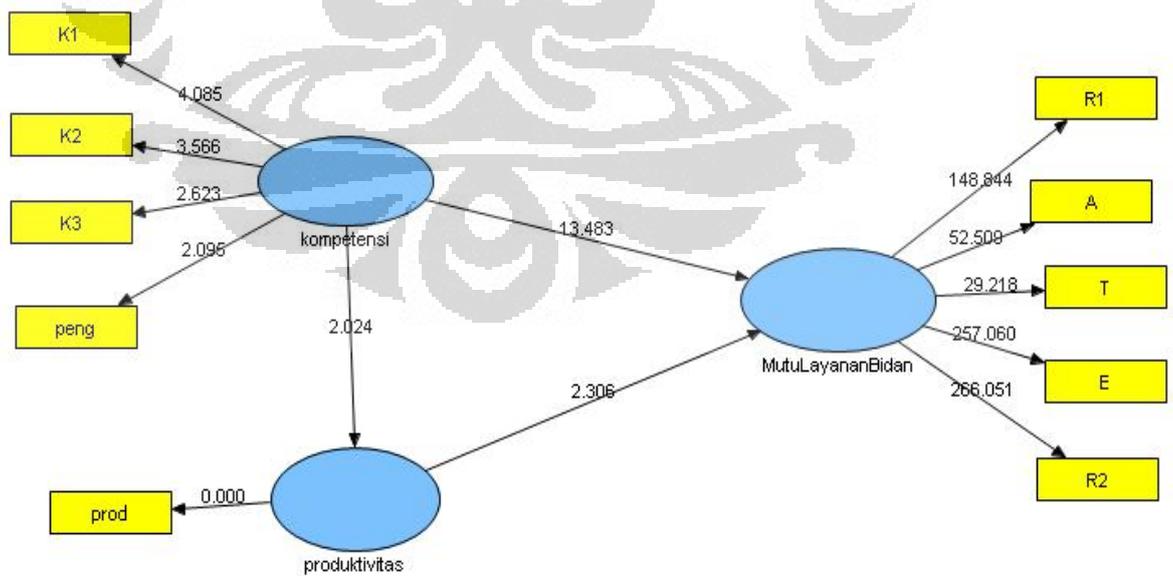
- K 1: keterampilan dalam pemantauan kontraksi dan DJJ
- K 2: keterampilan dalam pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium
- K 3: keterampilan dalam melakukan KIE kepada pasien
- Tabel di atas menunjukkan Nilai T refleksi indikator yang signifikan (lebih besar dari 1.96 – yaitu nilai T pada tingkat kesalahan 5%, atau tingkat kepercayaan 95%)

Semua hubungan antara indikator dengan variabelnya masing-masing memiliki hubungan yang kuat dan signifikan (Gozali, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa pemilihan indikator dimaksud sebagai refleksi dari pengukuran variabel tersebut telah sesuai.

Berikut di bawah ini adalah gambar uji statistik dengan menggunakan PLS.



Gambar 5.2 Uji Statistik dengan menggunakan PLS (nilai rho)



Gambar 5.3 Uji T-Statistik dengan menggunakan PLS

### 5.11. Pengukuran pada *Inner Model*

Inner model, yang kadang disebut juga dengan (*inner relation, structural model* dan *substantive theory*), menggambarkan hubungan antar variabel laten berdasarkan pada *substantive theory*.

Untuk mengetahui kesesuaian model yang diusulkan, dilihat dari nilai koefisien path ( $\rho$ ) nya dengan cara melihat besar origin sample (O) serta nilai T statistiknya sebagai suatu pernyataan nilai tingkat signifikansi hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya (tingkat signifikansi diambil pada level kesalahan 5% atau berada pada T lebih besar daripada 1.96).

Tabel 5.23

Nilai Path dengan T Statistiknya pada Hubungan antar Variabel pada Inner Model

No	Hubungan antar Variabel	Original Sample (O)	T Statistics (   O/STERR   )
1	Kompetensi → Mutu Pelayanan Bidan	0.427158	13.483362
2	Kompetensi → Produktivitas	-0.182960	2.023985
3	Produktivitas → Mutu Pelayanan Bidan	0.103975	2.305511

Untuk mengetahui pengaruh antar variabel, kita melihat dari nilai rhonya, sedangkan untuk melihat signifikansi pengaruh tersebut, kita melihat dari nilai T Statistiknya. Apabila T Statistik lebih besar dari 1.96, maka pengaruh yang terjadi antar variabel tersebut signifikan. Dari tabel di atas, dapat dilihat bahwa kompetensi berpengaruh secara signifikan terhadap mutu pelayanan Bidan. Selain itu, kompetensi juga secara signifikan berpengaruh negatif terhadap produktivitas. Produktivitas sendiri berpengaruh secara signifikan terhadap mutu pelayanan Bidan. Bentuk pengaruh yang terjadi dapat diketahui sebagai berikut:

- 1). Kompetensi Bidan berpengaruh positif terhadap mutu pelayanan, sehingga semakin tinggi kompetensi Bidan maka semakin baik pula mutu pelayanan yang diberikan.
- 2). Kompetensi Bidan berpengaruh negatif terhadap produktivitas, yang artinya semakin tinggi kompetensi Bidan, maka semakin rendah produktivitasnya.
- 3). Produktivitas, dari hasil uji statistik didapatkan mempunyai pengaruh positif terhadap mutu pelayanan, sehingga semakin tinggi produktivitas Bidan, maka makin baik pula mutu pelayanan yang diberikan.

Dari tabel tersebut menunjukkan bahwa pada variabel mutu pelayanan bidan dipengaruhi secara langsung dan signifikan oleh kompetensi dan produktivitas, serta dipengaruhi secara tidak langsung oleh kompetensi melalui produktivitas. Dengan demikian, variabel prediktor tersebut di atas membentuk persamaan model mutu pelayanan bidan yang signifikan dan dapat disampaikan sebagaimana persamaan matematis di bawah ini:

$$\text{Mutu} = 0.427 \text{ kompetensi} + 0.104 \text{ prod} + e \quad (e=1- 0.177 = 0.823)$$

Persamaan di atas dapat dibaca bahwa bila individu bidan di RSCM ingin meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan atau terjadi penurunan mutu pelayanan, secara meyakinkan dipengaruhi oleh satuan kompetensi sebesar 0.427 dan satuan produktivitas sebesar 0.104 serta pengaruh variabel lain di luar model.

Selanjutnya perlu dilihat seberapa besar kekuatan variabel-variabel eksogen berkontribusi dalam membangun variabel endogen yang bersifat dependen, yaitu dengan cara melihat besarnya nilai R square pada masing-masing variabel endogen tersebut dan digambarkan pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.24 Nilai R Square masing-masing Variabel

No	Variabel	R Square
1	Mutu Pelayanan Bidan	0.177023
2	Kompetensi	0
3	Produktivitas	0.033474

Tabel di atas menjelaskan bahwa pengaruh langsung variabel-variabel prediktif terhadap variabel Mutu Pelayanan Bidan adalah 17.7% dengan 82.3%nya dipengaruhi oleh variabel di luar model.

Selanjutnya perlu dihitung nilai *Q-Square* yang berfungsi untuk mengukur seberapa baik nilai observasi dihasilkan oleh model dan juga estimasi parameternya, sebagaimana perhitungan di bawah ini:

$$\begin{aligned}
 Q\text{-square predictive} &= 1 - (1 - R_1^2) (1 - R_2^2) \\
 &= 1 - (0.967) (0.823) \\
 &= 1 - 0.795 \\
 &= 0.205 \\
 &= 20.5 \%
 \end{aligned}$$

Dari hasil perhitungan tersebut dapat disimpulkan bahwa model hasil analisis dapat menjelaskan sebesar 20.5% terhadap fenomena yang dikaji, sedangkan sisanya 79.5% dijelaskan oleh variabel lain (yang belum terdapat di dalam model).

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menyadari adanya beberapa keterbatasan, baik itu dalam hal teknis pelaksanaan, keadaan subyek/ responden, maupun kemampuan peneliti sendiri, yang dijabarkan sebagai berikut:

1. Dalam penelitian ini menggunakan persepsi atasan langsung dan teman sejawat dalam menentukan kualitas pelayanan yang diberikan oleh Bidan. Padahal penilaian yang diberikan oleh atasan langsung mempunyai kelemahan, yaitu kemungkinan adanya penilaian dengan rasa subyektivitas yang tinggi maka akan berpengaruh terhadap hasil penilaiannya juga.
2. Keterbatasan dalam sumber data. Yaitu untuk pengukuran produktivitas, peneliti menggunakan logbook bidan sebagai dasar untuk menghitungnya, karena tidak ada hasil pengukuran produktivitas lain yang dapat digunakan oleh peneliti. Sedangkan logbook bidan dalam pengisiannya dilakukan oleh bidan itu sendiri, tanpa ada kontrol atau evaluasi dari atasan langsung. Sehingga ketidakjujuran dalam pengisian amat sangat mungkin terjadi, yang tentunya akan berpengaruh terhadap hasil penelitian.
3. Keterbatasan dalam pustaka temuan. Salah satu tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan/pengaruh produktivitas dengan mutu pelayanan. Namun, dalam kepustakaan, peneliti sangat sulit menemukan penelitian sejenis yang menghubungkan/meneliti tentang hubungan/pengaruh antara produktivitas dan mutu pelayanan, sehingga dalam pembahasan pengaruh kedua variabel tersebut, peneliti merasa kesulitan karena tidak ada pembandingnya.
4. Karena dalam penelitian ini peneliti hanya menggunakan 2 variabel saja, yaitu kompetensi dan produktivitas, terkait dengan mutu pelayanan, maka menyebabkan kurangnya data yang diperoleh dalam penelitian ini.

## 6.2. Pengaruh Kompetensi terhadap Mutu Pelayanan Bidan

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa kompetensi mempengaruhi mutu pelayanan bidan secara positif, yang dapat diartikan bahwa makin tinggi kompetensi yang dimiliki oleh Bidan, maka makin bagus pula mutu pelayanan yang diberikan.

Hasil dari penelitian ini sesuai dengan beberapa teori, seperti yang dikemukakan oleh Azwar (1996) bahwa makin tinggi kompetensi seseorang, maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. Kompetensi yang dimiliki seseorang, dapat diperoleh melalui pengalaman kerja dan dari belajar melakukan sesuatu.

Kompetensi dan penerapannya sesuai dengan standar kinerja sangat diperlukan, sehingga dalam melakukan tugas pekerjaannya seseorang itu dapat melakukan tugasnya secara profesional, efektif dan efisien. Kompetensi merupakan salah satu kunci suksesnya suatu organisasi dan prestasi kerja serta kontribusi pribadi karyawan terhadap organisasinya (Robert A. Roe, 2001).

Hal tersebut juga terjadi di RSCM, sebagai Rumah Sakit tersier dan pemberi pelayanan spesialisik dan subspealistik, Bidan di RSCM juga dituntut mempunyai kompetensi yang baik. Pendidikan minimal seorang Bidan di RSCM harus lulusan Diploma III Kebidanan, walaupun masih ada Bidan yang berpendidikan Diploma I (3 orang), itupun karena Bidan tersebut sudah akan habis masa tugasnya tahun ini, sehingga tidak ada tuntutan untuk melanjutkan sekolah lagi dari RSCM. Selain itu, banyak pendidikan dan pelatihan yang diberikan kepada Bidan dalam upaya untuk meningkatkan kompetensi tersebut, baik dalam bentuk seminar, *in house training* ataupun pelatihan-pelatihan di luar RSCM.

RSCM sendiri sebagai rumah sakit pusat, sering dipakai sebagai tempat belajar dan berlatih bagi tenaga kesehatan dari luar RSCM baik itu di sekitar

Jakarta maupun dari Luar Pulau Jawa. Dan sekaligus sebagai lahan praktik bagi mahasiswa dan peserta didik lainnya karena banyaknya kasus yang dapat ditemui di sini.

Sehingga Bidan di RSCM juga dituntut dapat memberikan bimbingan kepada peserta didik yang belajar di unit tempat mereka bekerja. Oleh karena itu, kompetensi dalam melaksanakan tugas dan pekerjaannya amat sangat diperlukan dalam memberikan pelayanan kepada pengguna jasanya (*user*), baik itu pasien maupun pimpinan bidan tersebut.

Terlebih lagi, Bidan yang bertugas di Unit Gawat Darurat Kebidanan/ Kamar Bersalin, kompetensi tersebut sangat diperlukan dalam upaya penyelamatan ibu dan bayinya. Apabila kompetensi Bidan tersebut baik maka Bidan tersebut juga pasti akan lebih responsif dalam menghadapi suatu kasus kebidanan, pelayanan yang diberikan pun lebih terjamin, dapat diandalkan dan mempunyai empati yang tinggi terhadap pasiennya, sehingga mutu pelayanan yang diberikan juga akan meningkat.

### **6.3. Pengaruh Produktivitas terhadap Mutu Pelayanan Bidan**

Dalam hal pengaruh produktivitas terhadap mutu pelayanan Bidan, dari penelitian ini didapatkan hasil bahwa produktivitas signifikan berpengaruh terhadap mutu pelayanan yang diberikan. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat beberapa ahli tentang produktivitas. Siagian (2009) mengemukakan bahwa produktivitas yang tinggi akan berdampak pada peningkatan kualitas pekerjaan. Karena dalam upaya peningkatan produktivitas, salah satu implikasi/dampaknya adalah seluruh komponen organisasi (baik itu pelaksana dan pimpinan) harus melakukan perbaikan secara terus menerus yang berdampak pula pada mutu pekerjaan yang dihasilkan.

Begitu juga dalam bidang jasa pelayanan, produktivitas yang tinggi akan berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan. Berkaitan erat dengan upaya melakukan perbaikan secara terus menerus ialah peningkatan mutu hasil pekerjaan oleh semua orang dan segala komponen organisasi. Berarti mutu menyangkut semua jenis kegiatan yang dilakukan oleh semua satuan kerja, baik pelaksana tugas pokok maupun pelaksana tugas penunjang dalam organisasi.

#### **6.4. Pengaruh Kompetensi terhadap Produktivitas Bidan**

Dari hasil penelitian dan analisa data, didapatkan bahwa kompetensi mempunyai pengaruh yang negatif terhadap produktivitas Bidan. Yang artinya, makin tinggi pengetahuan seorang bidan, maka makin rendah produktivitasnya.

Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Sukmono (Ravianto, 1990) yang menyatakan bahwa peningkatan pengetahuan baik teknis maupun manajerial, serta peningkatan keterampilan yang lebih banyak bersifat teknis diharapkan akan mampu memberikan perubahan sikap mental ke arah positif, yang merupakan landasan pokok dalam upaya peningkatan produktivitas kerja. Kerja produktif memerlukan prasyarat lain sebagai faktor pendukung, di antaranya adalah kompetensi yang sesuai dengan isi kerja (Sinungan, 2003).

Setelah dilakukan analisa oleh peneliti adanya pengaruh negatif kompetensi terhadap produktivitas tersebut kemungkinan disebabkan karena bidan-bidan yang kompetensinya bagus, adalah bidan-bidan yang senior, yang saat ini mempunyai tugas lain selain sebagai pelaksana, yaitu sebagai penanggungjawab untuk tiap-tiap ruangan di IGD Kebidanan. Selain itu, bidan-bidan senior tersebut juga hanya mempunyai satu shift saja, yaitu shift pagi, yang mana jam kerjanya hanya 8 jam, dan itupun hanya di hari kerja (sabtu-minggu libur). Dan juga, kadang ada juga Bidan yang mendapatkan tugas tambahan di luar tugasnya sebagai pelaksana pelayanan kebidanan,

yaitu sebagai anggota kelompok kerja di RSCM, sehingga kadang mereka harus meninggalkan dinas untuk menghadiri rapat koordinasi ataupun karena melaksanakan tugas tambahan tersebut.

Sedangkan bidan-bidan baru (junior) masih mempunyai kewajiban untuk dinas 3 shift (pagi, sore, malam) yang mana jam kerja saat malam lebih panjang dibandingkan pagi dan sore, yaitu 12 jam. Hal ini tentu saja berpengaruh terhadap produktivitas (dalam hal ini adalah jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab) bidan tersebut. Sehingga, makin lama jam kerja Bidan, makin banyak pula pasien yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga makin tinggi juga produktivitasnya.

Berdasarkan temuan tersebut, maka ada beberapa hal yang perlu dicermati bahwa seyogyanya penilaian produktivitas Bidan di IGD Kebidanan jangan hanya berdasarkan uraian tugas pokok dalam pelaksanaan pelayanan kebidanan saja, yaitu hanya berdasarkan jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab Bidan tersebut selama satu bulan. Melainkan perlu juga dipertimbangkan untuk membuat suatu alat ukur produktivitas yang juga memasukkan penilaian untuk unsur-unsur tugas tambahan yang dikerjakan oleh Bidan pelaksana tersebut. Sehingga penilaian produktivitas yang baru tersebut lebih spesifik, yaitu berdasarkan tupoksi utama dan tugas tambahan Bidan di IGD Kebidanan (memasukkan penilaian terhadap unsur-unsur penunjang).

#### **6.5. Mutu Pelayanan Bidan di IGD Kebidanan**

Pada penelitian ini, mutu pelayanan Bidan dipengaruhi oleh *responsiveness*, *assurance*, *tangible*, *emphaty* dan *reliability*. Pada hasil penelitian memperlihatkan bahwa kelima dimensi tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap mutu pelayanan bidan.

Dari hasil penelitian, dapat dilihat bahwa dimensi *emphaty*, *reliability* dan *responsiveness* memiliki nilai yang paling besar untuk memberikan

pengaruh terhadap mutu pelayanan di antara dimensi yang lain. Pada penelitian yang dilakukan oleh Dadang Hermanto (2010), didapatkan hasil bahwa dimensi empati dan bukti langsung mempunyai pengaruh yang paling kuat. Sehingga apabila ada perbaikan pada dua dimensi tersebut secara bersamaan akan dapat memberikan dampak yang besar pula pada penilaian pasien terhadap mutu pelayanan dan berpengaruh juga terhadap kepuasan pasien. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan Erni (2009), dimensi kehandalan/ *reliability* merupakan dimensi yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap mutu pelayanan kebidanan.

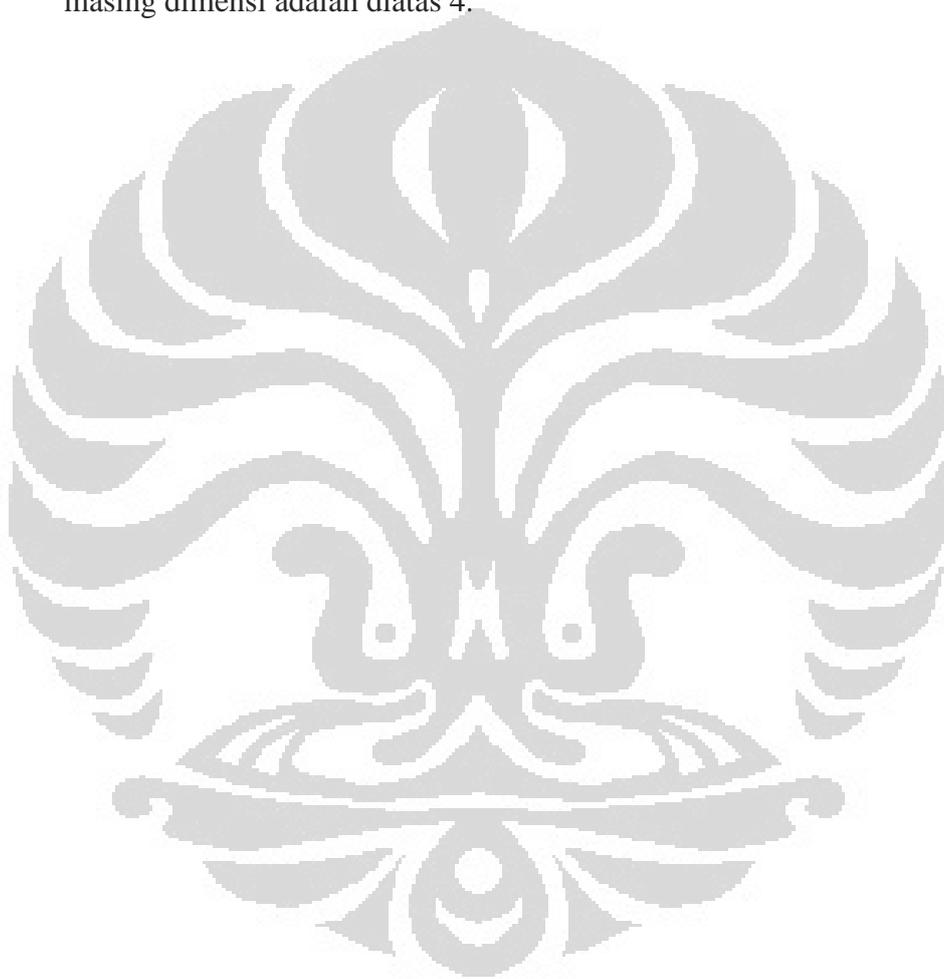
Dalam penelitian ini, dimensi *emphaty*, *reliability* dan *responsiveness* merupakan dimensi yang paling berpengaruh dalam pelayanan bidan, apalagi bidan yang bekerja di unit gawat darurat kebidanan. Dimensi empati menunjukkan adanya perhatian bidan kepada pasien, dan kemampuannya untuk menyelami perasaan pelanggan. Hal ini mungkin disebabkan karena antara bidan dan pasiennya mempunyai satu kesamaan, yaitu sama-sama perempuan, sehingga kemampuan bidan dalam menyelami perasaan pasien sebagaimana bidan itu sendiri mengalaminya sangat tinggi.

Dimensi *reliability* menunjukkan kemampuan bidan untuk dapat memberikan pelayanan secara akurat, handal, dapat dipercaya, bertanggungjawab atas apa yang dijanjikan. Misalnya, dalam pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan kontraksi dan denyut jantung janin, bidan dapat memberikan hasil tindakan/ pemantauan yang akurat dan dapat dipercaya. Secara umum dimensi reliabilitas merefleksikan konsistensi dan kehandalan dari kinerja perusahaan.

Sedangkan untuk dimensi *responsiveness* menunjukkan adanya keinginan bidan yang tinggi untuk membantu pelanggannya (baik itu pasien maupun tim dokter) dalam memberikan pelayanan secara cepat dan tepat. Apalagi di IGD Kebidanan, terlebih untuk kasus kegawatdaruratan kebidanan,

kesiapan, ketanggapan dan ketepatan waktu bidan dalam memberikan pelayanan sebagai bagian dari tim sangat dibutuhkan.

Penilaian responden dan sumber informasi yang berasal dari atasan langsung dan teman sejawat terhadap mutu pelayanan bidan secara keseluruhan memperlihatkan bahwa mutu pelayanan yang diberikan oleh Bidan di IGD Kebidanan sudah bagus, dengan nilai rata-rata untuk masing-masing dimensi adalah diatas 4.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Kesimpulan

1. Di RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo kompetensi Bidan yang direfleksikan oleh pengetahuan dan keterampilan dinilai baik.
2. Produktivitas Bidan di IGD Kebidanan RSCM dinilai kurang, hal ini mungkin dikarenakan pengukuran produktivitas yang hanya berdasarkan jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab Bidan tersebut.
3. Ada tiga (3) hubungan yang terbentuk/termodifikasi antar variabel yang signifikan, dengan 1 nilai negatif pada ketiga hubungan tersebut.
4. Persentase pengaruh variabel prediktor (kompetensi dan produktivitas) terhadap mutu pelayanan Bidan adalah : 17,7%
5. Model secara representatif mampu mengkaji fenomena yang terjadi di RSCM berkenaan dengan Mutu Pelayanan Bidan  $\rightarrow Q$  (*predictive relevance*) 20.5%
6. Mutu Pelayanan Bidan di IGD Kebidanan RSCM dipengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung oleh kompetensi melalui produktivitas
7. Di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo didapatkan hasil bahwa kompetensi Bidan berpengaruh negatif terhadap produktivitas Bidan.

Hal ini dikarenakan Bidan-bidan yang kompetensinya bagus adalah Bidan-bidan senior yang notabene mempunyai tanggung jawab/tugas tambahan lain selain memberikan pelayanan kepada pasien. Sehingga dengan adanya tupoksi lain tersebut menyebabkan mereka mempunyai waktu yang lebih sedikit untuk memberikan pelayanan kepada pasien, yang secara otomatis pasien yang menjadi tanggung jawab mereka tiap bulan lebih sedikit jumlahnya dibandingkan Bidan-bidan yang junior.

8. Mutu Pelayanan Bidan di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo dipengaruhi secara langsung dan tidak langsung oleh kompetensi melalui produktivitas.
9. Di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo dimensi *emphaty*, *reliability* dan *responsiveness* mempunyai pengaruh yang kuat terhadap mutu pelayanan Bidan.

## 7.2. Saran

1. Bagi Manajemen IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo
  - a. Agar melakukan penilaian mutu pelayanan secara prediktif terhadap Bidan secara berkala (misalnya tiap akhir tahun) sehingga dapat dilakukan perbaikan segera terhadap temuan dari variabel atau indikator manajemen dan klinis yang perlu adanya peningkatan atau perbaikan. Bandingkan hasil penilaian tersebut setiap tahunnya, serta hasilnya diberikan kembali kepada bidan sebagai umpan balik untuk peningkatan mutu pelayanan secara terus menerus.
  - b. Agar melakukan strategi pemantauan dan upaya berkesinambungan terhadap peningkatan kompetensi bidan seperti dengan menyelenggarakan pelatihan ataupun dengan cara yang lebih sederhana, misalnya dengan melakukan jurnal reading sebulan sekali atau melakukan ronde kebidanan internal di IGD Kebidanan dengan tujuan untuk memonitor kompetensi yang dimiliki oleh Bidan di IGD, serta dapat memberikan tambahan ilmu dan pengetahuan kepada Bidan-Bidan di IGD.
  - c. Agar melakukan suatu strategi dan upaya berkesinambungan terhadap peningkatan empati, kehandalan dan daya tanggap (*empathy*, *reliability* dan *responsiveness*) Bidan di IGD Kebidanan, misalnya saja dengan mengadakan pelatihan *service excellent*, komunikasi terapeutik, pemberian *reward* dan *punishment*, pelaksanaan uji

kompetensi secara berkala serta mengadakan pelatihan bersifat klinis untuk peningkatan kompetensi Bidan

- d. Agar merancang suatu alat ukur untuk penilaian produktivitas yang lebih spesifik.

Yaitu alat ukur yang menilai produktivitas tidak hanya berdasarkan jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab tiap bulannya, tapi juga memasukkan unsur penilaian lainnya misalnya saja penilaian terhadap hasil kerja dari tupoksi tambahan lainnya yang dibebankan kepada Bidan pelaksana. Sehingga penilaian tersebut dapat digunakan untuk mendukung (sebagai salah satu alat ukur) dalam penilaian dan pemantauan mutu pelayanan bidan.

## 2. Peneliti lain

Bagi peneliti lain yang ingin meneliti hal yang sama, yaitu mutu pelayanan Bidan, agar menambahkan pengukuran mutu tersebut dengan variabel-variabel yang lain yang lebih bervariasi. Misalnya saja dengan mencari hubungan atau pengaruh motivasi kerja, budaya organisasi, kinerja, implementasi kebijakan, standar pelayanan, kepemimpinan, pemanfaatan teknologi dan informasi, pemberian penghargaan, komitmen organisasi, sarana prasarana, serta monitoring dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang dihasilkan. Sehingga data penelitian yang dihasilkan lebih bervariasi dan kaya akan informasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Assaf, A.F.(2003).*Mutu Pelayanan Kesehatan Perspektif Internasional*. Jakarta:EGC
- Anderson, Tatum.(2010). *How Can Child and Maternal Mortality be Cut?*. British Medical Journal (BMJ), 30 January 2010, Volume 340, p: 240
- Anita. (2008). *Hubungan Kompetensi Bidan dalam Pelaksanaan Asuhan Persalinan Normal di kabupaten Aceh Besar tahun 2007*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Ariyanti, Dhiah Farida.(2010). *Analisis Kualitas Pelayanan Antenatal oleh Bidan di Puskesmas Kabupaten Purbalingga*. Semarang: UNDIP
- Ariadi, Hilal.(2005). *Persepsi Pasien terhadap Mutu Pelayanan Dokter ditinjau dari Karakteristik dan Mutu Pelayanan Dokter di Instalasi Rawat Jalan RSI Kudus tahun 2005*. Semarang: UNDIP
- Azwar, Azrul.(1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi ke tiga. Jakarta: Binarupa Aksara
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia.(1996). *Konsep Kebidanan*. Jakarta
- \_\_\_\_\_.(2002). *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta
- \_\_\_\_\_.(2005). *Standar Pelayanan Kebidanan di Rumah Sakit*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, JNPK-KR, MNH.(2006). *Asuhan Persalinan Normal edisi baru dengan resusitasi bayi baru lahir*. Jakarta
- Department of Reproductive Health and Research.(2007). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. WHO
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, JNPK-KR, MNH.(2008). *Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia.(2008). *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta
- \_\_\_\_\_.(2008). *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit*. Jakarta

- Gary Dessler. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi Kesepuluh Jilid I*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc
- \_\_\_\_\_. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi Kesepuluh Jilid II*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc
- Gasperz, Vincent.(2011). *Total Quality Management untuk Praktisi Bisnis dan Industri*. Bogor: Vinchristo Publication
- Gellermen, Saul W.(1984). *Motivasi dan Produktivitas*. Jakarta: PT. Pustaka Binaman Pressindo
- Ghozali, Imam.(2008). *Structural Equation Modeling Teori, Konsep, dan Aplikasi dengan Program LISREL 8.80 Edisi II*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Hardiyansyah.(2012). *Faktor-faktor Dominan yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Publik, Kajian terhadap Tesis dan Disertasi di Perpustakaan Pasca Sarjana Universitas Padjajaran*. Bandung: Unpad
- Haryani, Nani, Rossi Sanusi.(2006). *Kebijakan Praktek Bidan Kebijakan penegakan Registra dan Praktek Bidan Swasta di Kota Jambi*. Yogyakarta: KMPK-UGM
- Hermanto, Dadang.(2010). *Pengaruh Persepsi Mutu Pelayanan Kebidanan terhadap kepuasan Pasien Rawat Inap Kebidanan di RSUD Dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Bulungan Kalimantan Timur*. Semarang: UNDIP
- International Confederation of Midwives.(2005). *The Philosophy and Model of Midwifery Care*. ICM Document
- \_\_\_\_\_.(2008). *International Code Ethics for Midwives*. ICM Document
- \_\_\_\_\_.(2011). *ICM – Global Standards for Miwifery Regulation*. ICM Document
- \_\_\_\_\_.(2011). *Member Assoiaton Capacity Assesment Tool (MACAT) Guidelines for Use*. ICM Document
- \_\_\_\_\_.(2011). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010*. ICM Document
- \_\_\_\_\_.(2012). *International Day of the Midwives 2012 Resource Pack-Strengthening Midwifery Globally*. ICM Document

- Keputusan Menteri Kesehatan No. 369/Menkes/SK/III/2007 tentang *Standar Profesi Bidan*
- Keputusan Menteri Kesehatan No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang *Standar Asuhan Kebidanan*
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/ Menkes/II/2008 tentang *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*
- Kussriyanto, Bambang.(1993). *Meningkatkan Produktivitas Karyawan*. Jakarta: PT. Pustaka Binaman Pressindo
- Lawson, John B.(2003). *Maternity Care in Developing Countries*. London: RCOG Press
- Majelis Umum PBB.(10 Desember 1948). *Deklarasi Universal Hak-hak Asasi Manusia*. PBB
- Mali, Paul.(1978). *Improving Total Productivity*. New York: A Wiley-Interscience Publication
- Midwifery 2020 Programme. *Measuring Quality Workstream Final Report*. 31 March 2010
- Mikrajab, Muhammad Agus.(2011). *Determinan Kinerja Bidan di Puskesmas tahun 2006*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 14
- Moelyono, Mauled.(1993). *Penerapan Produktivitas dalam Organisasi*. Jakarta: Bumi Aksara
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_.(2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurmianto, Eko, Nurhadi Siswanto.(2006). *Perancangan penilaian Kinerja Karyawan Berdasarkan Kompetensi Spencer dengan Metode Analytical Hierarchy Process*. Jurnal Teknik Industri Vol. 8, No. 1, Juni 2006: 40-53
- Page, Lesley.(2012). *Midwives Hold the Future*. UK: Royal College of Midwives
- Palutturi, Sukri, dkk. (2007). *Determinan Kinerja Bidan di Puskesmas tahun 2006*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 10, 4 Desember 2007, hal: 195-200
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang *Izin dan Penyelenggaraan Praktek Bidan*

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 631/MENKES/PER/III/2011 tentang *Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan*
- Priatna, Erni Nurrahmi Suprihatin.(2010). *Penilaian Pasien tentang Kualitas Pelayanan Obstetri dan Ginekologi di Rumah sakit Umum Pusat Nasional dokter Cipto Mangunkusumo Jakarta dan Faktor-faktor yang Berhubungan*. Jakarta-FKUI
- Pribadiyono.(2006). *Aplikasi Sistem Pengukuran Produktivitas Kaitannya dengan Pengupahan*. Jurnal Teknik Industri Vol. 8, No. 2, Desember 2006: 114-121
- Ravianto, J. (1985). *Produktivitas dan Manajemen Seri Produktivitas IV*. Jakarta:Lembaga Sarana Informasi Usaha dan Produktivitas (SIUP)
- Ravianto, J. (1985). *Produktivitas dan Manusia Indonesia Seri Produktivitas III*. Jakarta:Lembaga Sarana Informasi Usaha dan Produktivitas (SIUP) dengan Dewan Produktivitas Nasional
- \_\_\_\_\_.(1985). *Produktivitas dan Pengukuran Seri Produktivitas*. Jakarta:Lembaga Sarana Informasi Usaha dan Produktivitas (SIUP)
- \_\_\_\_\_. (1990). *Produktivitas dan Tenaga Kerja Indonesia*. Jakarta:Lembaga Sarana Informasi Usaha dan Produktivitas (SIUP)
- Rohati, Eti. (2011). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Mutu Pelayanan Bidan dan Pengaruhnya terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Intervensi Asuhan Bayi Baru Lahir Kabupaten Garut tahun 2011*. Universitas Indonesia-Fakultas Kesehatan Masyarakat
- RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo.(1997). *Panduan Pelayanan Medis Departemen Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta
- Sabri, Luknis, Sutanto Priyo Hastono.(2010). *Statistika Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers
- Saifudin, Abdul Bari.(2001). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: JNPKKR-POGI-YBPSP
- Saifudin, Abdul Bari.(2001). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: JNPKKR-POGI-YBPSP
- Santoso, Singgih.(2011). *Structural Equation Modeling (SEM) Konsep dan Aplikasi dengan AMOS 18*. Jakarta: PT. Elex Media Komputerindo
- Shah, Archana, dkk. (2009). *Cesarean Delivery Outcomes from the WHO Global Survey on Maternal and perinatal Health in Africa*. International Journaln of Gynecology and Obstetrics: IJG-06410

- Siagian, Sondang P.(2009). *Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sinungan, Muchdarsyah.(2003). *Produktivitas Apa dan Bagaimana*. Jakarta: PT. Bumi Aksara
- Sofyan, Mustika. (2007). *50 Tahun IBI Ikatan Bidan Indonesia Bidan Menyongsong Masa Depan*. Jakarta: PP-IBI
- The Reproductive Health Response in Conflict Consortium. (2005). *Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*. New York: Women's Comissions for Refugee Women and Children-RHRC
- Time Magazine.(September 29, 2008). *Why Women are Still Dying in Childbirth*. USA
- Timpe, A. Dale.(1989). *Seri Ilmu dan Seni Manajemen Bisnis Produktivitas*. Jakarta: PT. Gramedia Asri Media
- Trisnantoro, Laksono.(2011). *Tenaga Kerja Kesehatan dalam Usaha Penurunan MDG4 dan MDG5: Sebuah Potret dan Harapan Aksi Segera*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 14
- Umar, Husein.(1998). *Riset Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- UNFPA Maternal Mortality Update 2006. *Expectation and Delivery: Investing in Midwives and Others with Midwifery Skills*. UNFPA
- UNFPA Annual Report 2009. *Strenghtening Midwifery, The Maternal Health Thematic Fund Accelerating Progress toward Millenium Development Goal 5*. UNFPA
- Varney, Helen, Jan M.Kriebs, Carolyn L.Gegor.(2002). *Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC
- Wahdi, Nirsetyo.(2006). *Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepuasan Pasien sebagai Upaya Meningkatkan Loyalitas Pasien*. Semarang: UNDIP
- Wijono, Djoko. (2000). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Vol.1*. Surabaya: Airlangga University Press
- \_\_\_\_\_. (2000). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Vol.2*. Surabaya: Airlangga University Press
- Wiknjosastro, Hanifa.(1999). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBPSP

Wiknjosastro, Gulardi, dkk. (2008). *Paket Pelatihan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emerensi Dasar (PONED)*. JNPK-KR

\_\_\_\_\_. (2008). *Paket Pelatihan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emerensi Komprehensif (PONEK)*. JNPK-KR

Yani, Ahmad, dkk.(2008). *Kompensasi - Kinerja Bidan: Hubungan Kompensasi dengan Kinerja Bidan dalam Upaya Pencapaian Program KIA di Kota Tanjung Pinang*. Yogyakarta: KMPK-UGM

Zeithaml, Parasuraman, Berry.(1990). *Delivering Quality Service*. New York: The Free Press A Division of MacMillan,Inc

Zumali, Cut. (2010). *Learning Organization, Competency, Organizational Commitment, dan Customer Orientation : Knowledge Worker - Kerangka Riset Manajemen Sumberdaya Manusia di Masa Depan*



Hasil PLS Bidan...sampel 40 dengan bootstrapping 300

Outer model...

### Outer Model T-Statistic

	MutuLayananBidan	kompetensi	produktivitas
A	52.509169		
E	257.059829		
K1		4.085431	
K2		3.566290	
K3		2.623385	
R1	148.843760		
R2	266.051258		
T	29.218058		
peng		2.095102	
prod			

Validitas

### Outer Loadings (lambda)

	MutuLayananBidan	kompetensi	produktivitas
A	0.932738		
E	0.984061		
K1		0.729954	
K2		0.692627	
K3		0.554232	
R1	0.974361		
R2	0.974948		
T	0.886381		
peng		0.505200	
prod			1.000000

### Cross Loadings

	MutuLayananBidan	kompetensi	produktivitas
A	0.932738	0.229793	0.002480
E	0.984061	0.395404	0.083484
K1	0.300936	0.729954	-0.015558
K2	0.199351	0.692627	0.040967
K3	0.116511	0.554232	0.040829

<b>R1</b>	0.974361	0.338446	0.016809
<b>R2</b>	0.974948	0.541587	0.033409
<b>T</b>	0.886381	0.282479	-0.054487
<b>peng</b>	0.268468	0.505200	-0.293940
<b>prod</b>	0.025822	-0.182960	1.000000

Relibilitas..

### Cronbachs Alpha

	Cronbachs Alpha
<b>MutuLayananBidan</b>	0.974162
<b>kompetensi</b>	0.577924
<b>produktivitas</b>	1.000000

### AVE

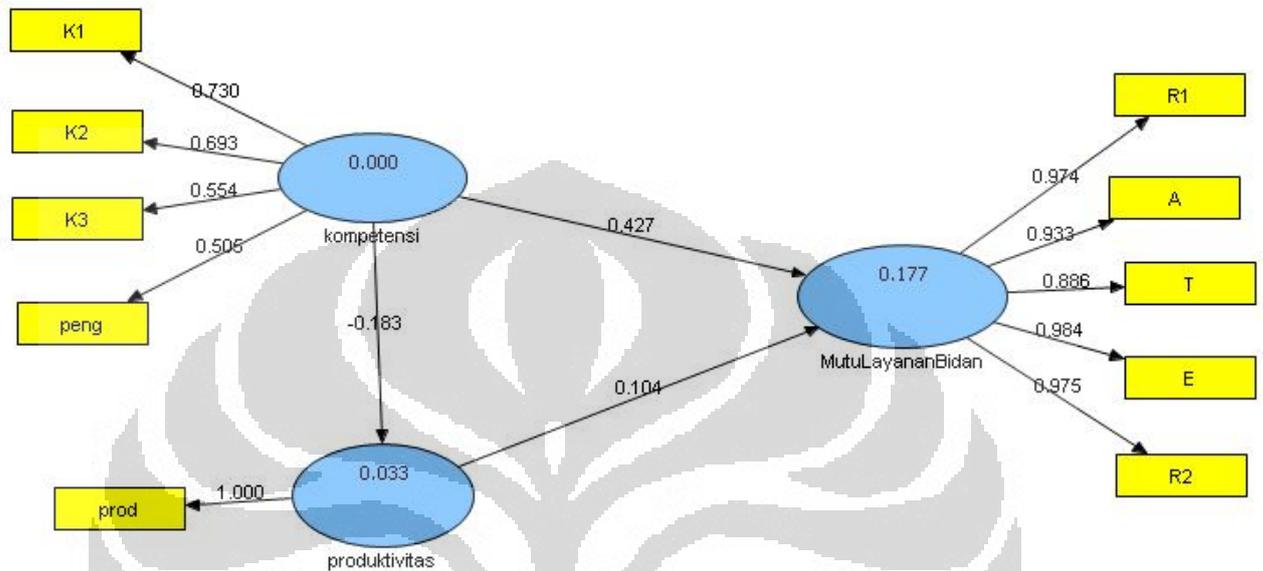
	AVE
<b>MutuLayananBidan</b>	0.904790
<b>kompetensi</b>	0.393741
<b>produktivitas</b>	1.000000

### Composite Reliability

	Composite Reliability
<b>MutuLayananBidan</b>	0.979358
<b>kompetensi</b>	0.717540
<b>produktivitas</b>	1.000000

## Path Coefficients

	MutuLayananBidan	kompetensi	produktivitas
MutuLayananBidan			
kompetensi	0.427158		-0.182960
produktivitas	0.103975		



Persamaan:

$$\text{Prod} = -0.183 \text{ kompetensi} + e \quad (e=1-0.033 = 0.967)$$

$$\text{Mutu} = 0.427 \text{ kompetensi} + 0.104 \text{ prod} + e \quad (e=1-0.177 = 0.823)$$

$$\begin{aligned} \text{q-pred values} &= 1 - (1 - R_1^2)(1 - R_2^2) \\ &= 1 - (0.967)(0.823) \\ &= 1 - 0.795 \\ &= 0.205 \\ &= 20.5\% \end{aligned}$$

Signifikasi...

Indikator ke var..

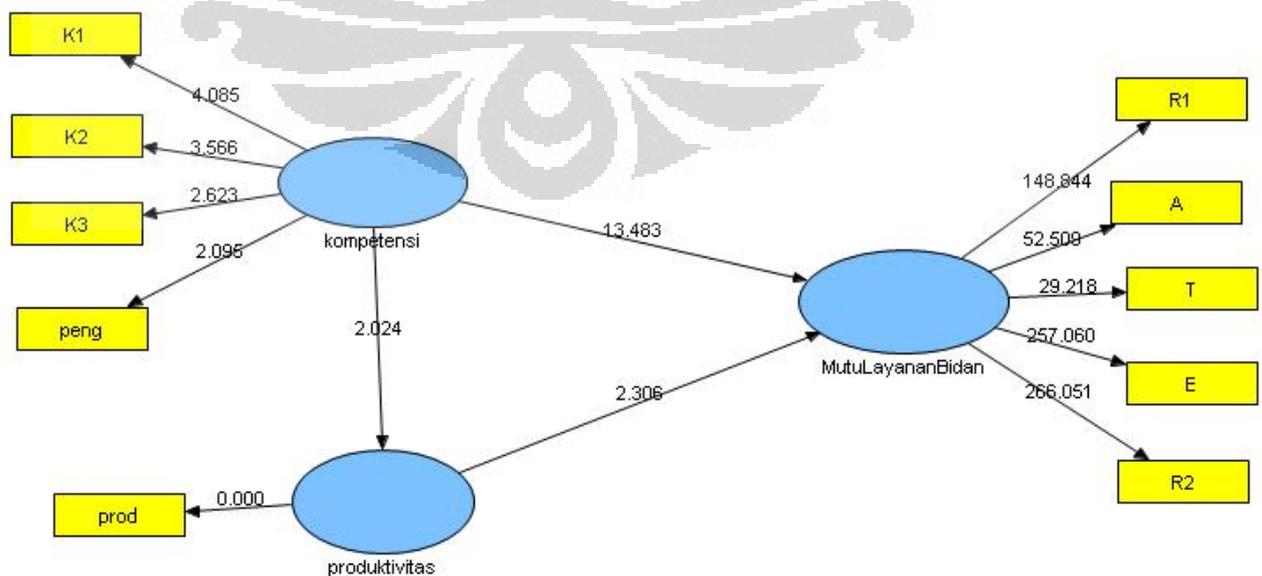
### Outer Model T-Statistic

	MutuLayananBidan	kompetensi	produktivitas
A	52.509169		
E	257.059829		
K1		4.085431	
K2		3.566290	
K3		2.623385	
R1	148.843760		
R2	266.051258		
T	29.218058		
peng		2.095102	
prod			

Antar var..

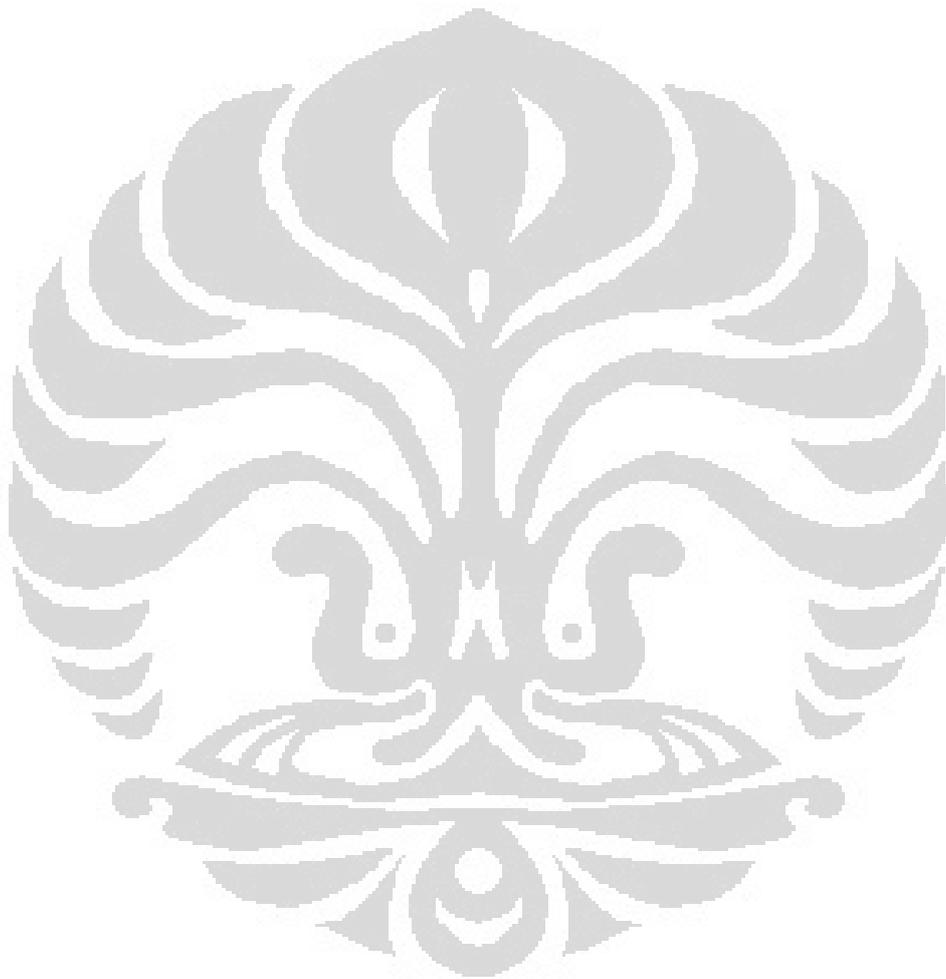
### Inner Model T-Statistic

	MutuLayananBidan	kompetensi	produktivitas
MutuLayananBidan			
kompetensi	13.483362		2.023985
produktivitas	2.305511		



## R Square

	R Square
MutuLayananBidan	0.177023
kompetensi	
produktivitas	0.033474



**PENELITIAN TESIS**  
**MUTU PELAYANAN BIDAN DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEBIDANAN**  
**DI IGD LANTAI III RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO TAHUN 2012**

---

UNTUK BIDAN

Assalammu'alaikum Wr. Wb.

Perkenalkan nama saya Yulia Astri, mahasiswi S2 Universitas Indonesia, Jurusan Mutu Layanan Kesehatan. Saya sedang melakukan penelitian di tempat Ibu bekerja yang terkait dengan Asuhan Kebidanan yang diberikan di IGD Kebidanan. Untuk itu, mohon bantuan dan kesediaan Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penelitian ini, dapat memberikan masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang Ibu lakukan, sehingga pelayanan yang diberikan lebih baik, dan akhirnya pasien dapat merasakan kepuasan atas pelayanan yang diberikan. Sehubungan dengan itu, saya harapkan ibu bersedia memberikan informasi sesuai keadaan yang ibu alami. Informasi yang ibu berikan akan terjaga kerahasiaannya, dan semata-mata dimanfaatkan untuk kebutuhan penelitian.

APABILA RESPONDEN BERSEDIA BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN INI, DAN SETUJU UNTUK DILAKUKAN PENGAMBILAN DATA, MAKA PENGAMBILAN DATA DAN PENGAMATAN AKAN DIMULAI. TETAPI APABILA RESPONDEN TIDAK SETUJU, MAKA AKHIRI DAN CARI RESPONDEN LAIN SESUAI RENCANA SAMPLING.

Saya menyatakan, bahwa saya telah membaca pernyataan di atas dan saya setuju untuk berpartisipasi dalam memberikan informasi untuk kepentingan penelitian ini.

Tanggal : -----

Tanda tangan Bidan : -----

**KUESIONER PENELITIAN**  
**MUTU PELAYANAN BIDAN DI KAMAR BERSALIN**  
**RSUP NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO TAHUN 2012**

**IDENTITAS RESPONDEN**

1. Nama Bidan .....
2. Umur .....
3. Pendidikan terakhir
  - D-I Kebidanan
  - D-III Kebidanan
  - D-IV/ S1 Kebidanan
  - S2 Kebidanan/ Kesehatan
4. Status kepegawaian
  - PNS
  - Non PNS
5. Lama Kerja ..... tahun

**DAFTAR PERTANYAAN**

No	Pertanyaan	B	S
<b>Pemantauan Kontraksi dan DJJ</b>			
1	Ambang batas normal denyut jantung janin di dalam uterus adalah pada kisaran 120-160 x/menit		
2	Kontraksi uterus dihitung selama 10 menit		
3	Denyut jantung janin dihitung selama 15 detik kemudian dikalikan empat		
4	Pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin pada saat persalinan fase aktif, dilakukan setiap satu jam sekali		
5	Pada saat intranatal, pemantauan denyut jantung janin hanya dilakukan saat tidak ada kontraksi		
<b>Pengambilan dan Pemeriksaan Spesimen Laboratorium</b>			
6	Untuk pemeriksaan analisa gas darah, pengambilan spesimen dilakukan melalui pembuluh darah vena		
7	Setiap pasien harus dilakukan keteterisasi untuk mengambil sampel urine		
8	Petugas tidak perlu mencuci tangan karena sudah memakai sarung tangan saat melakukan pengambilan spesimen		

9	Untuk pemeriksaan darah lengkap, pengambilan spesimen boleh dilakukan pada pembuluh darah vena manapun.		
10	Pemeriksaan urine esbach dilakukan dengan menampung urine selama 12 jam		
<b>Melakukan KIE atau Pendidikan Kesehatan</b>			
11	Ibu hamil dengan ketuban pecah dini harus diberikan KIE tentang bed rest dan risiko persalinan premature		
12	Pasien post operasi harus diberikan KIE tentang mobilisasi bertahap, mulai dari miring kiri-kanan, duduk dan kapan mulai berjalan		
13	Pemberian KIE merupakan tindakan rutin kepada semua pasien tanpa melihat diagnosa dan masalah pasien		
14	Komunikasi yang baik dan empati yang benar adalah komponen utama pelayanan pada seorang ibu yang mengalami kondisi kegawatdaruratan obstetri		
15	Pemberian KIE kepada pasien tidak perlu didokumentasikan ke dalam catatan perkembangan pasien, karena itu merupakan hal yang rutin.		

## DAFTAR TILIK

### KETERAMPILAN BIDAN

#### “PEMANTAUAN KONTRAKSI DAN DJJ”

Nama Bidan : .....

Tanggal/ waktu pengamatan : .....

Petunjuk: Berilah tanda (√) pada kolom YA, bila kegiatan dilakukan

Berilah tanda (√) pada kolom TIDAK, bila kegiatan tidak dilakukan

NO	ASPEK YANG DINILAI	YA	TIDAK	NILAI
1	Persiapan Alat - Formulir pemantauan/ rekam medis - Pulpen - Leanex/ doppler - Jam tangan dengan penunjuk detiknya			
2	Persiapan Pasien Memberitahukan kepada pasien tentang pemeriksaan yang akan dilakukan			
3	Siapkan formulir pemantauan, isi identitas pasien sesuai dengan dokumen medik			
4	Petugas mencuci tangan sesuai dengan prosedur			
5	Petugas memberi salam dan menjelaskan tujuan pemeriksaan			
6	Buka bagian perut ibu, lakukan palpasi, untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya dalam hitungan detik			
7	Lakukan penghitungan denyut jantung janin/ DJJ selama 1 menit penuh			
8	Berikan informasi tentang hasil pemeriksaan kepada pasien			
9	Petugas mencuci tangan sesuai prosedur			
10	Lakukan pencatatan hasil pemeriksaan di dalam rekam medis pasien			

## KETERAMPILAN BIDAN

### “PENGAMBILAN SPESIMEN PEMERIKSAAN LABORATORIUM”

Nama Bidan : .....

Tanggal/ waktu pengamatan : .....

Petunjuk: Berilah tanda (√) pada kolom YA, bila kegiatan dilakukan

Berilah tanda (√) pada kolom TIDAK, bila kegiatan tidak dilakukan

NO	ASPEK YANG DINILAI	YA	TIDAK	NILAI
1	Persiapan Alat - Formulir Laboratorium - Siapkan tempat sediaan dan alat pengambilan spesimen - Sarung tangan			
2	Persiapan Pasien - Beri penjelasan kepada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan			
3	Cek rencana pemeriksaan laboratorium pada status rekam medis			
4	Beri tanda pemeriksaan yang akan dilakukan dan lengkapi formulir dengan identitas pasien, diagnosis medis, tanggal pemeriksaan, nama dokter pengirim, ruangan serta jenis pemeriksaan			
5	Cuci tangan sesuai dengan prosedur			
6	Pakai sarung tangan			
7	Ambil bahan-bahan pemeriksaan sesuai kebutuhan dan jenis pemeriksaan			
8	Lepas sarung tangan dan cuci tangan sesuai prosedur			
9	Beri identitas pasien di setiap sediaan yang akan dikirim, kemudian kirim ke laboratorium			
10	Lakukan pencatatan tindakan yang dilakukan di status pasien			

## KETERAMPILAN BIDAN

### “PEMBERIAN KIE/ PENDIDIKAN KESEHATAN”

Nama Bidan : .....

Tanggal/ waktu pengamatan : .....

Petunjuk: Berilah tanda (√) pada kolom YA, bila kegiatan dilakukan

Berilah tanda (√) pada kolom TIDAK, bila kegiatan tidak dilakukan

NO	ASPEK YANG DINILAI	YA	TIDAK	NILAI
1	Persiapan alat - Alat bantu disiapkan sesuai dengan kebutuhan dan masalah pasien: <ul style="list-style-type: none"><li>• Flip Chart</li><li>• Phantoom, dsb</li></ul>			
2	Persiapan Klien Mempersiapkan dan memberitahu ibu bahwa akan dilakukan penyuluhan/ pendidikan kesehatan			
3	Memberi salam dan menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan			
4	Petugas menyiapkan alat bantu sesuai dengan kebutuhan dan masalah pasien			
5	Petugas mencuci tangan sesuai prosedur			
6	Metode KIE/ pendidikan kesehatan dilakukan secara interaktif/ dua arah			
7	Melakukan peragaan dengan alat peraga, sesuai dengan kebutuhan KIE yang disampaikan			
8	Memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya			
9	Melakukan evaluasi apakah pasien mengerti dengan apa yang telah disampaikan			
10	Bereskan alat, cuci tangan sesuai prosedur, lakukan pencatatan tentang KIE yang dilakukan di rekam medis			

**Yulia Astri Fitri Dwi Hapsari**  
**1006747334**  
**Program Magister Ilmu Kesehatan**  
**Masyarakat**  
**Mutu Pelayanan Bidan di Instalasi**  
**Gawat Darurat Kebidanan RSUP**  
**Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo**  
**tahun 2012**

**ABSTRAK**

Tesis ini membahas tentang mutu pelayanan Bidan di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Penelitian menggunakan survey deskriptif dengan desain *cross sectional*, untuk mendapatkan gambaran tentang mutu pelayanan Bidan. Dimensi-dimensi RATER (*responsiveness, assurance, tangible, empathy, realibility*) digunakan untuk menilai mutu pelayanan yang diberikan dan juga dilihat dari aspek kompetensi dan produktifitas bidan yang dianggap mempengaruhi mutu pelayanan yang diberikan.

Hasil penelitian didapatkan bahwa mutu pelayanan dipengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung oleh kompetensi melalui produktivitas. Kompetensi dan produktivitas secara signifikan berpengaruh terhadap mutu pelayanan, sedangkan kompetensi berpengaruh secara negatif terhadap produktivitas. Dari lima dimensi mutu, dimensi *empathy, responsiveness* dan *reliability* yang memberikan pengaruh paling tinggi. Model hasil analisis prediktif terhadap mutu pelayanan bidan di RSCM ini dapat menjelaskan sebesar 20.5% terhadap fenomena yang dikaji, sedangkan sisanya 79.5% dijelaskan oleh variabel lain (yang belum terdapat di dalam model).

Kata kunci:  
Mutu pelayanan bidan, kompetensi, produktivitas

**ABSTRACT**

The focus of this study is the quality of midwife care at Emergency Room of Obstetric and Gynaecology RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo. The study used a descriptive survey with cross sectional design, to get an idea of the quality of midwife care. RATER

dimensions (*responsiveness, assurance, tangible, empathy, reliability*) was used to assess the quality of services provided and also viewed from the aspect of competence and productivity are considered to affect the quality of midwifery services provided.

The study found that service quality is affected either directly or indirectly by the competence through productivity. Competence and productivity significantly affect the quality of service, while competence in a negative effect on productivity. Of the five dimensions of quality, dimensions of *empathy, responsiveness* and *reliability* that delivers the highest impact. Model predictive analysis of the quality of midwifery care in the RSCM can be explained by 20.5% of the studied phenomenon, while the remaining 79.5% is explained by another variable (which is not contained in the model).

Key Word:  
Quality of midwife care, competence, productivity

**PENDAHULUAN**

**Latar Belakang**

Pelayanan kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia. Seperti yang tercantum dalam Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia pasal 25 ayat (1), yang berbunyi “Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya” (Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa, 1948).

Begitu pula di negara kita, rakyat Indonesia berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, seperti tercantum dalam Pasal 28 ayat (1) Perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, pada pasal 5 ayat

(1) menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Selanjutnya pada ayat (2) ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Kemudian pada ayat (3) bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Selanjutnya pada pasal 6 ditegaskan bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.

Salah satu indikator kesejahteraan masyarakat adalah derajat kesehatan masyarakat, yaitu di antaranya adalah Angka Kematian Ibu (AKI). WHO menyebutkan bahwa di seluruh dunia, setiap 1 menit ada 380 perempuan yang hamil, 190 wanita mengalami kehamilan yang tidak diinginkan, 110 wanita mengalami kehamilan dengan komplikasi, 40 wanita melakukan aborsi yang tidak aman, 1 wanita meninggal. Paling tidak, setiap menit ada 1 wanita yang meninggal karena komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan, yang artinya 529.000 ibu per tahunnya (*International Confederation of Midwife*, 2010). Di Indonesia sendiri saat ini kondisinya masih memprihatinkan, antara lain dengan ditandai masih tingginya AKI yaitu 228/100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 34/1000 kelahiran hidup. Pada Konferensi Tingkat Tinggi Perserikatan Bangsa-Bangsa pada tahun 2000 disepakati bahwa terdapat 8 Tujuan Pembangunan Millenium (*Millenium Development Goals*) pada tahun 2015. Dua diantara tujuan tersebut mempunyai sasaran dan indikator yang terkait dengan kesehatan ibu, bayi dan anak yaitu : 1) Mengurangi angka kematian bayi dan balita sebesar dua per tiga dari AKB pada tahun 1990 menjadi 20 dari 25/1000 kelahiran hidup. 2) Mengurangi angka kematian ibu sebesar tiga per empat dari AKI pada tahun 1990 dari 307 menjadi 125/100.000 kelahiran hidup. Dunia Internasional dan Pemerintah mengharapakan Indonesia dapat mencapai target *Millenium Development Goals* (MDG's) tersebut.

Di Indonesia, upaya untuk mengatasi masalah penyebab kematian ibu juga sudah dilakukan, antara lain melalui upaya mendekatkan jangkauan pelayanan kebidanan kepada masyarakat dengan pengadaan Poskesdes/Polindes di setiap desa, pemberian kewenangan tambahan pada

Puskesmas untuk penanganan kegawatdaruratan pada kasus obstetri dan neonatal (PONED), pemberdayaan rumah sakit sebagai sarana rujukan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal (PONEK), pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan, upaya standarisasi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kebidanan (Depkes, 2010), dan upaya Pemerintah yang sekarang ini sedang gencar-gencarnya dilakukan adalah dengan melaksanakan Program Jaminan Persalinan (Jampersal) kepada ibu-ibu yang hamil, bersalin dan nifas. Melalui upaya-upaya tersebut, diharapkan penyebab langsung dan tidak langsung dari kematian Ibu dapat teratasi, serta dapat memudahkan dalam sistem rujukan kasus-kasus kebidanan (Kementerian Kesehatan, 2011).

Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) sebagai rumah sakit rujukan nasional, rumah sakit tersier, rumah sakit pendidikan, rumah sakit percontohan, beragam pasien dan kasus yang ditangani, serta jenis masyarakat yang ditangani merupakan *mixed*, yaitu berasal dari berbagai kalangan/lapisan masyarakat dengan berbagai harapan dan keinginan terhadap RSCM, dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas yang sesuai dengan standar pelayanan dan dapat memenuhi keinginan dan harapan pelanggannya. Hal ini dibuktikan dengan adanya tuntutan RSCM untuk mendapatkan akreditasi baik itu dari lembaga akreditasi nasional maupun internasional, seperti KARS, ISO dan JCI. Oleh karena itu, diperlukan tenaga kesehatan dalam jumlah, jenis dan kualitas yang tepat dan dapat diandalkan agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu kepada pasien-pasien tersebut.

Bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis dalam memberikan pelayanan dan tindakan terhadap kegawatdaruratan obstetri. Bidan memberikan pelayanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan melalui pendidikan kesehatan dan konseling, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan perempuan, serta melakukan deteksi dini, pertolongan pertama pada kasus kegawatdaruratan dan rujukan. Melihat peran dan fungsi Bidan yang sangat penting dalam pelayanan kebidanan, tentu saja hal tersebut akan mempengaruhi mutu pelayanan yang diberikan, baik itu mutu pelayanan RSCM secara umum dan

mutu pelayanan kebidanan khususnya. Melihat pentingnya fungsi Bidan di IGD Kebidanan RSCM serta belum adanya suatu model untuk menilai mutu pelayanan yang diberikan oleh Bidan di RSCM, maka peneliti ingin melakukan penelitian tentang Mutu Pelayanan Bidan, dan faktor apa saja yang mempengaruhinya ditinjau dari kompetensi dan produktivitas Bidan di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.

### **Pertanyaan Penelitian**

Bagaimanakah pengaruh kompetensi baik secara langsung maupun tidak langsung melalui produktivitas terhadap mutu pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012?

### **Tujuan penelitian**

#### **Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh kompetensi baik secara langsung maupun tidak langsung melalui produktivitas terhadap mutu pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.

#### **Tujuan Khusus**

1. Mengetahui gambaran kompetensi (pengetahuan dan ketrampilan) Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.
2. Mengetahui gambaran produktivitas Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.
3. Mengetahui pengaruh kompetensi terhadap Mutu Pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.
4. Mengetahui pengaruh produktivitas terhadap Mutu Pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.
5. Mengetahui pengaruh kompetensi terhadap produktivitas Bidan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo tahun 2012.

### **Manfaat Penelitian**

#### **Bagi RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan mutu pelayanan yang diberikan oleh Bidan terutama melalui perbaikan faktor kompetensi dan produktivitas Bidan.

### **Bagi profesi Bidan**

Menjadi bahan masukan tentang gambaran mutu pelayanan Bidan, sehingga dapat menjadi bahan acuan dalam rangka memfasilitasi peningkatan dan pengembangan profesi Bidan.

### **Ruang Lingkup Penelitian**

**Lingkup Masalah:** Masalah dalam penelitian ini hanya dibatasi pada pengaruh kompetensi dan produktivitas dosen terhadap mutu pelayanan Bidan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo.

**Lingkup Keilmuan:** Bidang penjaminan mutu khususnya sumber daya manusia (bidan) di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo.

**Lingkup Tempat:** Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo.

**Lingkup Metode:** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penyebaran kuesioner untuk memperoleh data primer dan pengecekan dokumen untuk memperoleh data sekunder, dengan pendekatan secara *cross sectional*.

**Lingkup Sasaran:** Sasaran dari penelitian ini adalah seluruh Bidan pelaksana dan pasien kebidanan (obstetri) yang ada di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo.

**Lingkup Waktu:** Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei - Juni 2012

### **KERANGKA TEORI**

Berbagai kajian dan hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan publik dipengaruhi oleh banyak faktor, variabel, dimensi dan indikator. Berbagai konsep dan teori yang berkaitan dengan kualitas pelayanan publik (termasuk di dalamnya adalah pelayanan kesehatan) telah digunakan oleh

para peneliti dalam pembahasan kajiannya, baik dalam bentuk tesis maupun dalam bentuk disertasi.

Berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Hardiansyah (2012) pada Perpustakaan Pascasarjana Universitas Padjadjaran Bandung terhadap tesis dan disertasi yang berkaitan dengan tema “kualitas pelayanan publik,” baik kajian yang dilakukan secara kuantitatif maupun secara kualitatif, diperoleh berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan publik. Berbagai faktor tersebut adalah motivasi kerja, pengawasan masyarakat, implementasi kebijakan, perilaku aparat, kinerja, kemampuan atau kompetensi, pengalaman, tanggung jawab, komunikasi, budaya organisasi, kebijakan, kepemimpinan, pemanfaatan sistem teknologi dan informasi, perencanaan fasilitas. Dari kajian yang dilakukan oleh Hardiansyah tersebut, didapatkan bahwa faktor-faktor di atas berpengaruh secara signifikan terhadap mutu pelayanan publik.

Sedangkan menurut Departemen Kesehatan (1988) ada prasyarat yang harus dipenuhi dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan, prasyarat tersebut antara lain adanya pimpinan yang peduli dan mendukung, sadar mutu bagi seluruh staf, program diklat untuk peningkatan sumber daya manusia, sarana dan lingkungan yang mendukung dan yang terakhir adalah adanya standar. Al-Assaf (2003) dalam bukunya yang berjudul “Mutu Pelayanan Kesehatan Perspektif Internasional” mengemukakan bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dibutuhkan adanya kepemimpinan, komitmen, fokus terhadap konsumen, fokus pada proses, partisipasi pimpinan, tanggung jawab perorangan, pemberdayaan pekerja, identifikasi dan solusi masalah secara proaktif, suatu sistem penghargaan pekerja serta dibutuhkan adanya pendidikan dan pelatihan, serta perbaikan yang berkesinambungan.

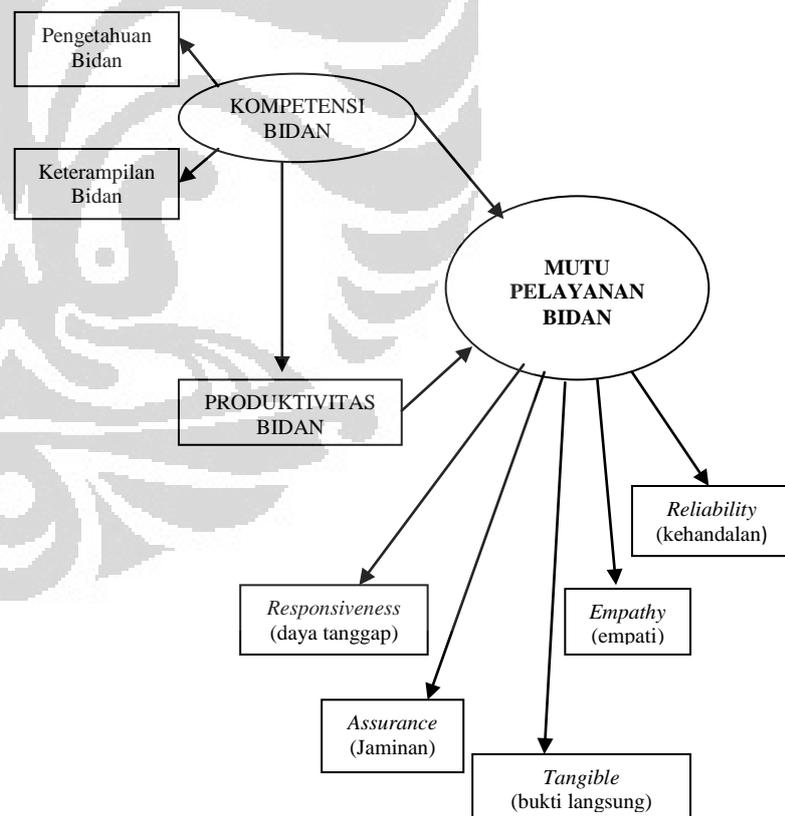
Siagian (2009) menambahkan perbaikan secara terus menerus yang dilakukan suatu perusahaan dalam rangka peningkatan produktivitas akan berdampak pula pada mutu pelayanan yang dihasilkan. Sehingga produktivitas yang tinggi akan berdampak pada peningkatan kualitas/mutu pelayanan.

**KERANGKA KONSEP**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dikemukakan sebelumnya serta kerangka teori yang telah dijelaskan di atas, maka peneliti membuat kerangka konsep untuk menilai mutu pelayanan bidan berdasarkan persepsi pelanggan internal (teman sejawat), dengan menggunakan lima dimensi yaitu *Responsiveness, Assurance, Tangible, Empathy, Reliability* (RATER) serta melihat pengaruh dari variabel kompetensi dan produktivitas Bidan terhadap mutu pelayanan bidan.

Untuk Variabel Kompetensi, peneliti mengukur dengan menggunakan indikator Pengetahuan Bidan serta Keterampilan Bidan. Sedangkan untuk Variabel Produktivitas, karena variabel tersebut bisa dapat langsung terukur, maka produktivitas akan diukur melalui jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab oleh Bidan yang dinilai dibandingkan dengan target yang seharusnya dicapai oleh Bidan tersebut.

Berdasarkan uraian tersebut, maka dapat digambarkan kerangka konsep yang digunakan adalah sebagai berikut:



Kerangka Konsep berdasarkan modifikasi dari teori Zeithaml, Parasuraman and Berry (1990); Azwar (1996); UU No. 13/2003 tentang Ketenagakerjaan: pasal 1 (10); ICM (2011); Sinungan (2003)

**HIPOTESIS**

Mutu pelayanan bidan dipengaruhi baik secara langsung dan tidak langsung oleh kompetensi melalui produktivitas.

## METODOLOGI PENELITIAN

### Desain Penelitian

Penelitian ini memiliki desain penelitian kuantitatif *cross sectional*.

### Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei-Juni 2012 yang dilakukan setiap hari pada pukul 08:00 sampai dengan pukul 16:00 WIB, ditambah dengan shift malam sesuai dengan jadwal dinas.

Lokasi penelitian adalah di IGD Kebidanan, Gedung Instalasi Gawat Darurat lantai 3, RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo.

### Variabel Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan *Structural Equation Modeling* (SEM), sehingga istilah untuk variabel penelitian yang digunakan adalah variabel laten dan variabel manifest.

Variabel laten disebut juga *unobserved variable* atau konstruk laten, yaitu variabel yang tidak bisa diukur secara langsung dan memerlukan beberapa indikator sebagai proksi. Sedangkan variabel manifest yang disebut juga dengan istilah *observed variable/ measured variable* adalah indikator-indikator dari variabel laten yang dapat diukur (Ghazali, 2008).

Variabel laten terdiri dari :

1) Variabel penyebab (eksogen) adalah variabel independen yang mempengaruhi variabel dependen (endogen) (Singgih Santosa, 2011). Dalam penelitian ini menggunakan 2 variabel penyebab (eksogen), yaitu:

a. Kompetensi Bidan

Kompetensi Bidan diduga berpengaruh terhadap kualitas pelayanan Bidan. Kompetensi Bidan memiliki 2 indikator (variabel manifest), yaitu pengetahuan Bidan dan Keterampilan Bidan.

b. Produktivitas Bidan

Variabel produktivitas Bidan diduga dapat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan Bidan. Produktivitas Bidan tidak memiliki indikator, karena produktivitas ini dapat langsung terukur.

2) Variabel akibat (endogen) adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain dalam penelitian

(Imam Ghazali, 2008). Dalam penelitian ini variabel akibat (endogen) nya adalah mutu pelayanan Bidan di IGD kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo. Pada penelitian ini, mutu pelayanan Bidan dipengaruhi oleh kompetensi dan produktivitas Bidan. Mutu pelayanan Bidan diukur dengan menggunakan 5 (lima) dimensi mutu, yang meliputi, daya tanggap (*responsiveness*), kepastian/jaminan (*assurance*), berwujud (*tangibles*), empati (*emphaty*), dan kehandalan (*reliability*).

### Populasi dan Sampel

**Populasi:** Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh Bidan pelaksana, yang memberikan pelayanan di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo, yang mana pada saat proposal ini diajukan berjumlah 46 orang.

**Sampel:** Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh total populasi (sampel jenuh). Seluruh total populasi diambil untuk dijadikan sampel karena jumlah populasi penelitian yang sedikit, sehingga peneliti memutuskan untuk mengambil seluruh total populasi menjadi sampel.

Sedangkan teknik pengambilan sampelnya adalah dengan menggunakan teknik *accidental sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel yang kebetulan saat itu ada atau tersedia. Hal ini dilakukan karena penelitian dilakukan setiap hari pada waktu/jam tertentu, sedangkan responden (bidan pelaksana) terbagi menjadi 3 shift, sehingga dengan menggunakan teknik ini diharapkan akan dapat menjangkau semua sampel.

o Kriteria inklusi

1. Bidan Pelaksana yang bertugas memberikan pelayanan kebidanan di Kamar Bersalin RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo
2. Bidan Pelaksana yang bersedia untuk ikut dalam penelitian

o Kriteria eksklusi

1. Bidan Pelaksana yang tidak bersedia ikut dalam penelitian.
2. Bidan Pelaksana yang tidak dalam masa tugas di IGD Kebidanan saat penelitian ini berlangsung (cuti, pindah, dan lain sebagainya).

### Teknik Pengumpulan Data Sumber Data

- **Data primer** diperoleh melalui penyebaran angket/kuesioner serta melalui observasi/pengamatan dengan menggunakan daftar tilik. Angket/kuesioner adalah daftar pertanyaan yang diberikan kepada orang lain yang bersedia memberikan respon (responden) sesuai dengan permintaan pengguna (Riduwan, 2006).

Pada penelitian ini, kuesioner disebarikan kepada seluruh Bidan Pelaksana di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo untuk mengetahui pengetahuan Bidan dalam hal pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta pemberian edukasi/pendidikan kesehatan.

Selain penyebaran kuesioner, observasi/pengamatan juga akan dilakukan oleh peneliti untuk menilai keterampilan Bidan dalam melakukan pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta pemberian KIE/pendidikan kesehatan. Penilaian keterampilan tersebut akan dilakukan dengan menggunakan daftar tilik sesuai dengan SPO dan instruksi kerja yang berlaku di Departemen Obygn. Agar hasil penelitian lebih valid, bukan hanya peneliti sendiri yang melakukan penilaian, melainkan ada sumber informasi lain yang memberikan penilaian, yaitu teman sejawat dan atasan langsung. Sehingga total penilai adalah 3 orang.

Begitu juga dalam hal penilaian mutu pelayanan Bidan, penilaian tersebut tidak hanya dilakukan oleh peneliti saja, melainkan dinilai juga oleh teman sejawat dan atasan langsung.

- **Data Sekunder**  
Berasal dari Logbook Bidan untuk mendapatkan nilai total produktivitas Bidan setiap bulannya.

### Cara pengumpulan data

- Menyebarkan kuesioner pengetahuan kepada Bidan-bidan di IGD Kebidanan
- Memberikan penjelasan kepada atasan langsung dan Bidan primer (teman sejawat) bagaimana cara pengisian daftar tilik dan cara melakukan pengamatan terhadap kegiatan pelayanan yang dilakukan Bidan untuk menilai keterampilan yang dimiliki.
- Memberikan penjelasan singkat tentang cara pengisian kuesioner untuk penilaian mutu

pelayanan bidan sesuai dengan unsur kegiatan pelayanan yang dilakukan.

- Melakukan pengamatan/ observasi terhadap keterampilan Bidan sekaligus melakukan pengamatan / observasi untuk menilai mutu pelayanan Bidan.
- Pengambilan data mengenai mutu pelayanan ini adalah murni persepsi dari pasien tanpa dilakukan adanya intervensi atau pengaruh dari peneliti/ pengambil data.
- Pada akhir bulan Mei, dilakukan pengambilan data dari logbook yang dibuat oleh Bidan.

### Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen

Penelitian ini menggunakan uji terpakai, dimana uji validitas dan reliabilitas dilakukan dengan menggunakan data yang telah terkumpul saat penelitian berlangsung. Jika ada pertanyaan yang diketahui tidak valid maka langsung dibuang dan tidak akan dipakai dalam pengujian hipotesis.

### Analisis Data

Untuk analisis data, pada awalnya akan dilakukan dengan menggunakan salah satu alat analisis SEM (*Structural Equation Modeling*) yaitu LISREL versi 8.80, namun karena ada keterbatasan jumlah data dan adanya perubahan pada kerangka konsep, maka teknik pengolahan datanya berubah dengan menggunakan pendekatan *Structural Equation Modeling* (SEM) menggunakan *software smart Partial Least Square* (PLS).

Tujuan dari PLS adalah prediksi. Menurut Wold (1985) *Partial Least Square* (PLS) merupakan metode analisis yang *powerfull* oleh karena tidak didasari banyak asumsi. Data tidak harus berdistribusi normal multivariate (indikator dengan skala kategori, ordinal, interval sampai ratio dapat digunakan pada model yang sama), sampel tidak harus besar. Walaupun PLS dapat juga digunakan untuk mengkonfirmasi teori, tetapi dapat juga digunakan untuk menjelaskan ada atau tidaknya hubungan antar variabel laten. *Partial Least Square* dapat menganalisis sekaligus konstruk yang dibentuk dengan indikator reflektif dan indikator formatif. Indikator reflektif arah hubungan kausalitas dari variabel laten ke indikator. Sedangkan indikator formatif hubungan kausalitas dari indikator ke variabel laten. Sesuai

dengan kerangka konseptual yang dibuat maka hal inilah yang menjadi alasan penggunaan *Partial Least Square* (PLS) untuk pengolahan data penelitian ini (Ghozali, 2008).

## HASIL PENELITIAN

### Gambaran Lokasi Penelitian

- ☐ Jumlah pasien di IGD Kebidanan pada bulan Mei 2012 : 690 pasien (531 obstetri, 51 ginekologi, 8 pasien konsul)
- ☐ Jumlah persalinan : 317 (186 normal, 117 Sectio Caesaria, 7 sungsang, 6 Ekstraksi Forcep, 1 Ekstraksi Vakum)

### Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan dalam kurun waktu kurang lebih satu bulan, yaitu dari Bulan Mei sampai dengan Juni 2012.

### Karakteristik Responden

Subyek penelitian yang pada rencananya berjumlah 46 responden, pada pelaksanaannya hanya berjumlah 40 responden, karena ternyata ada 6 responden berada pada kriteria eksklusi, dengan perincian sebagai berikut:

- 1 responden sedang cuti besar
- 2 responden sedang cuti bersalin
- 3 responden sudah pindah ke unit kerja lain saat penelitian berlangsung

Sehingga total responden yang termasuk dalam kriteria inklusi ada 40 bidan.

### Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang disusun dengan membuat daftar pertanyaan pada masing-masing dimensi mutu berkenaan dengan kualitas pelayanan kebidanan berdasarkan 3 uraian tugas bidan. Masing-masing dimensi mutu memiliki 2 pertanyaan, sehingga total pertanyaan untuk masing-masing tugas bidan adalah sebanyak 10 pertanyaan. Kategori jawaban dengan menggunakan skala semantik *differensial* dengan 5 bobot nilai. Jika jawaban responden sangat positif maka akan mendapatkan bobot 5, namun sebaliknya jika jawaban responden sangat negatif maka akan mendapatkan bobot 1.

Uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan “uji terpakai”, yaitu suatu uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan setelah data penelitian terkumpul. Jika pertanyaan valid, maka tetap dipakai dalam penelitian ini, namun jika terdapat pertanyaan yang hasilnya tidak valid, maka tidak akan digunakan dalam penelitian ini.

Uji validitas digunakan untuk melihat item pertanyaan mana yang dapat digunakan sebagai alat ukur sebuah subdimensi dalam penelitian ini. Ukuran valid atau tidaknya sebuah indikator (pertanyaan) dapat dilihat dari nilai korelasi pearson yang ditampilkan dari hasil analisisnya (*Corrected Item-Total Correlation*) yang nilainya harus lebih besar dari nilai r tabel. Untuk jumlah responden 40 orang, maka nilai r tabelnya adalah 0.304.

Uji reliabilitas pada penelitian ini adalah uji untuk melihat konsistensi jawaban responden dalam menjawab sebuah subdimensi. Uji ini menggunakan indikator nilai *alpha cronbach*. Sebuah subdimensi dikatakan reliabel jika nilai *alpha cronbach* > 0.5.

Dari hasil uji validitas dan reliabilitas didapatkan bahwa semua pertanyaan dalam kuesioner adalah valid dan reliabel, sehingga semua data digunakan dalam pengolahan data.

### Gambaran Pengetahuan Bidan

Dari penelitian yang dilakukan, didapatkan hasil bahwa rata-rata pengetahuan Bidan (berkaitan dengan pemantauan kontraksi dan djj, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta pemberian KIE) adalah baik yaitu sebanyak 70% (28 bidan), dengan nilai minimumnya adalah 3.33 dan nilai maksimumnya adalah 4.67 dengan nilai rata-ratanya adalah sebesar 4.08. Rentang nilai tersebut merupakan rentang nilai dengan menggunakan skala semantik *differensial* yaitu 1 sampai dengan 5.

Sedangkan untuk hasil rinci pengetahuan Bidan sesuai dengan uraian tugas yang diteliti adalah sebagai berikut:

- Untuk tindakan pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, nilai rata-rata pengetahuan yang dimiliki adalah sebesar 4.17.
- Untuk pengetahuan Bidan dalam tindakan pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium, rata-rata pengetahuan yang

dimiliki oleh Bidan di IGD RSCM adalah sebesar 3.9.

- Sedangkan untuk tindakan pemberian edukasi/pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, rata-rata pengetahuan yang dimiliki adalah 4.2.

### Gambaran Keterampilan Bidan

Dari penelitian yang dilakukan, didapatkan hasil bahwa rata-rata keterampilan Bidan (berkaitan dengan pemantauan kontraksi dan djj, pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium serta pemberian KIE) adalah baik yaitu sebanyak 20 bidan (50%), dengan nilai minimumnya adalah 3 dan nilai maksimumnya adalah 4.8 serta mempunyai nilai rata-rata 4.6. Rentang nilai tersebut merupakan rentang nilai dengan menggunakan skala semantik *differensial* yaitu 1 sampai dengan 5. sedangkan untuk hasil penilaian keterampilan Bidan secara terperinci sesuai dengan uraian tugas yang diteliti adalah sebagai berikut:

- Untuk tindakan pemantauan kontraksi dan denyut jantung janin, nilai rata-rata keterampilan yang dimiliki adalah sebesar 4.97.
- Untuk keterampilan Bidan dalam tindakan pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium, rata-rata keterampilan yang dimiliki oleh Bidan di IGD RSCM adalah sebesar 4.97.
- Sedangkan untuk tindakan pemberian edukasi/pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, rata-rata keterampilan yang dimiliki adalah 4.95.

### Gambaran Produktivitas Bidan

Dari penelitian yang dilakukan, didapatkan hasil bahwa rata-rata produktivitas Bidan adalah kurang baik, yaitu sebanyak 21 Bidan (52.5%) mempunyai produktivitas yang kurang. Dengan nilai minimumnya adalah 1 dan nilai maksimumnya adalah 5 serta mempunyai nilai rata-rata 2.675. Rentang nilai tersebut merupakan rentang nilai dengan menggunakan skala semantik *differensial* yaitu 1 sampai dengan 5. Penilaian produktivitas di atas berdasarkan pada jumlah pasien yang diberikan asuhan/ menjadi tanggung jawab Bidan di IGD Kebidanan RSCM selama Bulan Mei 2012. Apabila dibandingkan dengan target yang ditetapkan oleh Manajemen RSCM

(Bidang Keperawatan) yaitu sebanyak 200 pasien setiap bulannya, sebenarnya semua Bidan pelaksana di IGD Kebidanan RSCM memenuhi target tersebut.

Oleh karena semua Bidan berhasil mencapai target tersebut, maka peneliti mengasumsikan bahwa apabila target yang harus dicapai minimal adalah 200 pasien, maka angka 200 itu merupakan produktivitas terendah bagi Bidan di IGD RSCM atau apabila dikonversikan dengan menggunakan skala semantik *differensial* dengan rentang nilai 1 sampai dengan 5, maka Bidan yang mencapai 200 pasien mendapatkan nilai 1.

### Gambaran Mutu Pelayanan Bidan

Dari tabel 5.12 dapat diketahui bahwa nilai rata-rata untuk masing-masing dimensi mutu di atas 4 (menggunakan skala Semantik *Differensial* dengan rentang nilai 1 sampai dengan 5), yang berarti bahwa dimensi tersebut dinilai bagus oleh penilai (peneliti, teman sejawat dan atasan langsung).

Gambaran Mutu Pelayanan Bidan

No	Indikator	N	Min	Max	Mean
1	<i>Responsiveness</i>	40	2.67	4.83	4.4083
2	<i>Assurance</i>	40	2.67	4.89	4.5569
3	<i>Tangible</i>	40	2.67	4.89	4.5264
4	<i>Emphy</i>	40	2.67	4.94	4.5722
5	<i>Reliable</i>	40	2.67	5.00	4.6153

### Gambaran Mutu Pelayanan tiap Dimensi berdasarkan uraian tugas Bidan

Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi *Responsiveness*

No	Tindakan yang dilakukan	N	Min	Maks	Mean
1	Pemantauan kontraksi dan djj	40	2.667	4.833	4.417
2	Pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium	40	2.667	4.667	4.446
3	Pemberian edukasi kepada pasien	40	2.667	4.833	4.362

Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi *Assurance*

No	Tindakan yang dilakukan	N	Min	Maks	Mean
1	Pemantauan kontraksi dan djj	40	2.667	4.833	4.538
2	Pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium	40	2.667	4.833	4.571
3	Pemberian edukasi kepada	40	2.667	4.833	4.563

	pasien				
--	--------	--	--	--	--

### Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi *Tangible*

No	Tindakan yang dilakukan	N	Min	Maks	Mean
1	Pemantauan kontraksi dan dij	40	2.667	5	4.546
2	Pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium	40	2.667	5	4.5
3	Pemberian edukasi kepada pasien	40	2.667	5.833	4.533

### Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi *Empathy*

No	Tindakan yang dilakukan	N	Min	Maks	Mean
1	Pemantauan kontraksi dan dij	40	2.667	5	4.583
2	Pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium	40	2.667	5	4.517
3	Pemberian edukasi kepada pasien	40	2.667	5	4.617

### Gambaran Mutu Pelayanan Bidan Dimensi *Reliability*

No	Tindakan yang dilakukan	N	Min	Maks	Mean
1	Pemantauan kontraksi dan dij	40	2.67	5	4.633
2	Pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium	40	2.67	5	4.525
3	Pemberian edukasi kepada pasien	40	2.67	5	4.688

### Hasil Analisis *Partial Least Square (PLS)*

Saat melakukan analisis dengan menggunakan Smart PLS, sampel penelitian yang berjumlah 40 dilakukan *bootstrapping* sampai dengan 300. Angka 300 tersebut didapatkan dengan asumsi bahwa ada 6 Rumah Sakit Pemerintah yang setara dengan RSCM (tipe A, RS. Pendidikan, ditargetkan untuk meraih akreditasi Internasional) yang kemungkinan mempunyai karakteristik Bidan yang sama juga dengan RSCM, sehingga apabila Bidan di ketujuh RS tersebut dijumlahkan, maka berjumlah kurang lebih 300 Bidan.

*Bootstrapping* merupakan salah satu metode umum dalam resampling data. Metode *Bootstrap* diciptakan oleh Bradley Efron pada tahun 1979. Metode *Bootstrap* ini merupakan suatu metode resampling untuk mengestimasi probabilitas suatu statistik dengan mendapatkan sampel baru.

### Pengukuran pada *Outer Model/Measurement Model*

Outer model sering juga disebut (*outer relation atau measurement model*) mendefinisikan bagaimana setiap blok indikator berhubungan dengan variabel latennya.

#### *Analysis Convergent Validity*

Analisis ini bertujuan untuk melihat hasil pengujian pada bagian *outer loading*. Dasar interpretasi pengujian *outer loading factor* adalah bila perhitungan menghasilkan nilai *loading (factor loading)*  $<0.5$  maka perlu pengujian ulang dengan membuang indikator yang nilai *loadingnya*  $<0.5$  tersebut. Karena nilai faktor *loading*  $<0.5$  tersebut mengindikasikan bahwa indikator tersebut refleksinya terhadap variabelnya adalah kurang memadai. Atau dapat diartikan juga, bila nilai *loadingnya* ( $\lambda$ )  $>0.5$  maka indikator tersebut sudah valid untuk menyusun konstruksinya.

Hasil pengujian *measurement model* pada tiap-tiap variabel didapatkan *outer loadingnya* sebagai berikut:

#### Hasil Pengujian *Outer Model* pada Tiap Variabel dengan Indikatornya

Indikator	Mutu Pelayanan Bidan	Kompetensi	Produktivitas
<i>Responsiveness</i>	0.974361		
<i>Assurance</i>	0.932738		
<i>Tangible</i>	0.886381		
<i>Empathy</i>	0.984061		
<i>Reliability</i>	0.974948		
Pengetahuan		0.505200	
K 1		0.729954	
K 2		0.692627	
K 3		0.554232	
Produktivitas			1.000000

Keterangan:

K1: keterampilan dalam pemantauan kontraksi dan DJJ

K2: keterampilan dalam pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium

K3: keterampilan dalam melakukan KIE kepada pasien

Hasil tabel di atas menunjukkan bahwa semua indikator mempunyai nilai *outer loading* ( $\lambda$ )  $>0.5$ , yang berarti bahwa semua indikator dalam penelitian ini sudah valid atau mampu merefleksikan variabelnya.

#### *Analysis Discriminant Validity*

*Analysis discriminant validity* bertujuan untuk melihat validitas suatu variabel dan tidak berkorelasi dengan variabel yang lain.

*Discriminant validity* dari outer model dengan reflektif indikator dapat dinilai dengan dua metode, yang pertama adalah membandingkan nilai *square root of average variance extracted* (AVE) setiap konstruk dengan konstruk lainnya dalam model. Jika nilai akar kuadrat AVE setiap konstruk lebih besar daripada nilai korelasi antara konstruk dengan konstruk lainnya dalam model, maka dikatakan memiliki nilai *discriminant validity* yang baik (Fornell dan Larcker, 1981).

Bukti bahwa keseluruhan indikator yang ada telah merefleksikan variabelnya masing-masing harus ditunjukkan dengan bukti nilai AVE untuk semua variabel berada lebih besar dari nilai 0.5. hasil pengujian AVE untuk ketiga variabel ditunjukkan pada tabel berikut.

Nilai AVE untuk Ketiga Variabel

No	Variabel	AVE
1	Mutu Pelayanan Bidan	0.904790
2	Kompetensi	0.393741
3	Produktivitas	1.000000

Selain menggunakan AVE, *discriminant validity* juga dinilai dengan metode kedua, yaitu berdasarkan *cross loading* pengukuran dalam konstruk. Jika korelasi konstruk dengan item pengukuran lebih besar daripada ukuran konstruk yang lainnya, maka hal ini menunjukkan bahwa konstruk laten memprediksi ukuran pada blok mereka lebih baik daripada ukuran pada blok lainnya. Dari nilai *cross loading* ini dapat diketahui indikator tertentu yang merefleksikan variabel tertentu pula dengan melihat nilai *cross loading* yang terbesar, sebagaimana digambarkan pada tabel di bawah ini:

Nilai *Cross Loading* Masing-masing Indikator di Semua Variabel

Indikator	Mutu Pelayanan Bidan	Kompetensi	Produktivitas
<i>Responsiveness</i>	<b>0.974361</b>	0.338446	0.016809
<i>Assurance</i>	<b>0.932738</b>	0.229793	0.002480
<i>Tangible</i>	<b>0.886381</b>	0.282479	-0.054487
<i>Empathy</i>	<b>0.984061</b>	0.395404	0.083484
<i>Reliability</i>	<b>0.974948</b>	0.541587	0.033409
Pengetahuan	0.268468	<b>0.505200</b>	-0.293940
K1	0.300936	<b>0.729954</b>	-0.015558

K2	0.199351	<b>0.692627</b>	0.040967
K3	0.116511	<b>0.554232</b>	0.040829
Produktivitas	0.025822	-0.182960	1.000000

Keterangan:

K1: keterampilan dalam pemantauan kontraksi dan DJJ

K2: keterampilan dalam pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium

K 3: keterampilan dalam melakukan KIE kepada pasien

Dari gambaran tabel di atas terlihat pada nilai-nilai yang dicetak tebal merupakan nilai terbesar pada *cross loading* atau persilangan antara variabel dengan indikatornya, sehingga dapat dijelaskan bahwa tidak ada indikator yang mewakili variabel lain selain variabelnya sendiri.

Hal ini menunjukkan bahwa variabel yang diteliti telah memiliki keterwakilan oleh temuan yang didapat pada pengukuran indikator masing-masing tanpa adanya kerancuan dengan variabel lain, sehingga hasil ukur yang didapat pada indikator telah merefleksikan pengukuran terhadap variabelnya.

#### *Analysis of Composite Reliabilitas*

Analisis ini ditujukan untuk melihat reliabilitas pengukuran *measurement* model ini dengan melihat hasil analisis terhadap nilai *composite reliability*nya. Hasil analisis *composite reliability* dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Nilai *Composite Reliability*

No	Variabel	<i>Composite Reliability</i>
1	Mutu Pelayanan Bidan	0.979358
2	Kompetensi	0.717540
3	Produktivitas	1.000000

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa semua indikator pada masing-masing variabel pada model memiliki kehandalan antara 0.7 hingga 1.0 yang berarti indikator memiliki kehandalan yang tinggi dalam merefleksikan variabelnya masing-masing karena memiliki nilai lebih besar dari 0.7. bila nilai *composite reliability* kurang dari 0.7 maka variabel tersebut dianjurkan untuk tidak dimasukkan ke dalam model.

Validitas indikator terhadap variabel perlu dilengkapi dengan tingkat reliabilitasnya agar penelitian sebagaimana lazimnya suatu

pengukuran harus memiliki kedua faktor tersebut, yaitu faktor validitas dan reliabilitas yang tinggi atau handal. Di sini kedua faktor tersebut telah terpenuhi. Nilai validitas dan reliabilitas yang tinggi diperlukan agar data pada model dapat diinterpretasikan (Gozali, 2008).

Selanjutnya untuk menilai kekuatan refleksi variabel pengukuran variabel oleh indikator masing-masing ditunjukkan dengan nilai T statistik yang membandingkan nilai *original sample* dengan standar erornya.

### Nilai T Statistik dari Setiap Refleksi Indikator terhadap Variabelnya

Refleksi Indikator terhadap Variabelnya	Original Sample (O)	T Statistics ( O/STERR )
<i>Responsiveness</i> ← Mutu Pelayanan Bidan	0.974361	148.843760
<i>Assurance</i> ← Mutu Pelayanan Bidan	0.932738	52.509169
<i>Tangible</i> ← Mutu Pelayanan Bidan	0.886381	29.218058
<i>Empathy</i> ← Mutu Pelayanan Bidan	0.984061	257.059829
<i>Reliability</i> ← Mutu Pelayanan Bidan	0.974948	266.051258
Pengetahuan ← kompetensi	0.505200	2.095102
K 1 ← kompetensi	0.729954	4.085431
K 2 ← kompetensi	0.692627	3.566290
K 3 ← kompetensi	0.554232	2.623385
Produktivitas	1.000000	

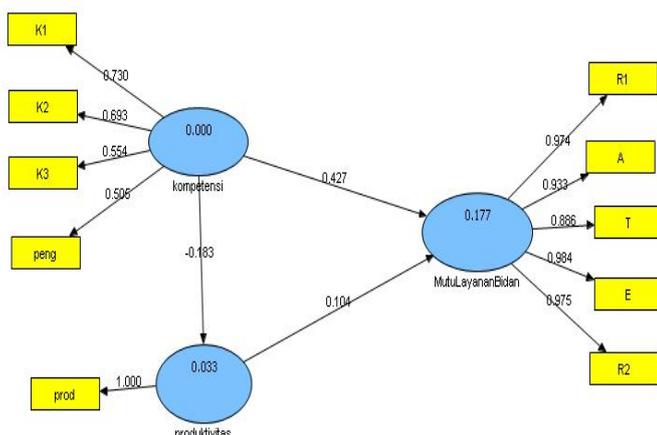
Keterangan:

- K 1: keterampilan dalam pemantauan kontraksi dan DJJ
  - K 2: keterampilan dalam pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium
  - K 3: keterampilan dalam melakukan KIE kepada pasien
- Tabel di atas menunjukkan Nilai T refleksi indikator yang signifikan (lebih besar dari 1.96 – yaitu nilai T pada tingkat kesalahan 5%, atau tingkat kepercayaan 95%)

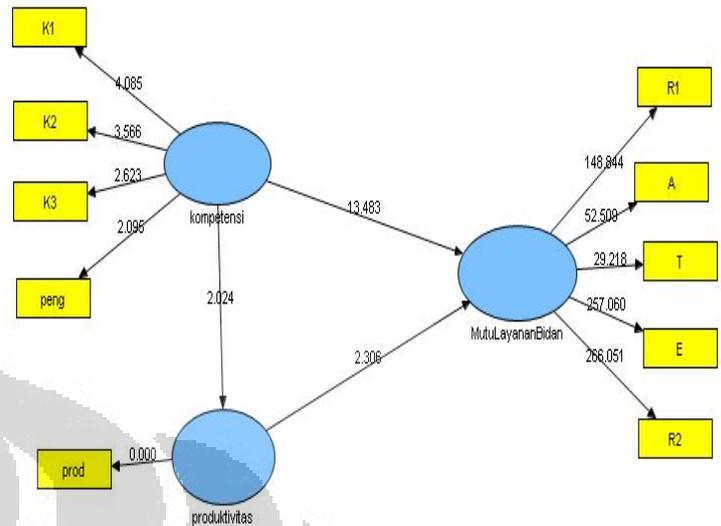
Semua hubungan antara indikator dengan variabelnya masing-masing memiliki hubungan yang kuat dan signifikan (Gozali, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa pemilihan indikator dimaksud sebagai refleksi dari pengukuran variabel tersebut telah sesuai.

Berikut di bawah ini adalah gambar uji statistik dengan menggunakan PLS.

### Uji Statistik dengan menggunakan PLS (nilai rho)



### Uji T-Statistik dengan menggunakan PLS



### Pengukuran pada Inner Model

Inner model, yang kadang disebut juga dengan (*inner relation, structural model* dan *substantive theory*), menggambarkan hubungan antar variabel laten berdasarkan pada *substantive theory*.

Untuk mengetahui kesesuaian model yang diusulkan, dilihat dari nilai koefisien path ( $\rho$ ) nya dengan cara melihat besar origin sample (O) serta nilai T statistiknya sebagai suatu pernyataan nilai tingkat signifikansi hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya (tingkat signifikansi diambil pada level kesalahan 5% atau berada pada T lebih besar daripada 1.96).

### Nilai Path dengan T Statistiknya pada Hubungan antar Variabel pada Inner Model

No	Hubungan antar Variabel	Original Sample (O)	T Statistics ( O/STERR )
1	Kompetensi → Mutu Pelayanan Bidan	0.427158	13.483362
2	Kompetensi → Produktivitas	-0.182960	2.023985
3	Produktivitas → Mutu Pelayanan Bidan	0.103975	2.305511

Untuk mengetahui pengaruh antar variabel, kita melihat dari nilai rhonya, sedangkan untuk melihat signifikansi pengaruh tersebut, kita melihat dari nilai T Statistiknya. Apabila T Statistik lebih besar dari 1.96, maka pengaruh yang terjadi antar variabel tersebut signifikan. Dari tabel di atas, dapat dilihat bahwa kompetensi

berpengaruh secara signifikan terhadap mutu pelayanan Bidan. Selain itu, kompetensi juga secara signifikan berpengaruh negatif terhadap produktivitas. Produktivitas sendiri berpengaruh secara signifikan terhadap mutu pelayanan Bidan. Bentuk pengaruh yang terjadi dapat diketahui sebagai berikut:

- 1). Kompetensi Bidan berpengaruh positif terhadap mutu pelayanan, sehingga semakin tinggi kompetensi Bidan maka semakin baik pula mutu pelayanan yang diberikan.
- 2). Kompetensi Bidan berpengaruh negatif terhadap produktivitas, yang artinya semakin tinggi kompetensi Bidan, maka semakin rendah produktivitasnya.
- 3). Produktivitas, dari hasil uji statistik didapatkan mempunyai pengaruh positif terhadap mutu pelayanan, sehingga semakin tinggi produktivitas Bidan, maka makin baik pula mutu pelayanan yang diberikan.

Dari tabel tersebut menunjukkan bahwa pada variabel mutu pelayanan bidan dipengaruhi secara langsung dan signifikan oleh kompetensi dan produktivitas, serta dipengaruhi secara tidak langsung oleh kompetensi melalui produktivitas. Dengan demikian, variabel prediktor tersebut di atas membentuk persamaan model mutu pelayanan bidan yang signifikan dan dapat disampaikan sebagaimana persamaan matematis di bawah ini:

$$\text{Mutu} = 0.427 \text{ kompetensi} + 0.104 \text{ prod} + e$$

$$(e=1- 0.177 = 0.823)$$

Persamaan di atas dapat dibaca bahwa bila individu bidan di RSCM ingin meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan atau terjadi penurunan mutu pelayanan, secara meyakinkan dipengaruhi oleh satuan kompetensi sebesar 0.427 dan satuan produktivitas sebesar 0.104 serta pengaruh variabel lain di luar model.

Selanjutnya perlu dilihat seberapa besar kekuatan variabel-variabel eksogen berkontribusi dalam membangun variabel endogen yang bersifat dependen, yaitu dengan cara melihat besarnya nilai R square pada masing-masing variabel endogen tersebut dan digambarkan pada tabel di bawah ini:

Nilai R Square masing-masing Variabel

No	Variabel	R Square
----	----------	----------

1	Mutu Pelayanan Bidan	0.177023
2	Kompetensi	0
3	Produktivitas	0.033474

Tabel di atas menjelaskan bahwa pengaruh langsung variabel-variabel prediktif terhadap variabel Mutu Pelayanan Bidan adalah 17.7% dengan 82.3%nya dipengaruhi oleh variabel di luar model.

Selanjutnya perlu dihitung nilai *Q-Square* yang berfungsi untuk mengukur seberapa baik nilai observasi dihasilkan oleh model dan juga estimasi parameternya, sebagaimana perhitungan di bawah ini:

$$Q\text{-square predictive} = 1 - (1 - R_1^2) (1 - R_2^2)$$

$$= 1 - (0.967) (0.823)$$

$$= 1 - 0.795$$

$$= 0.205$$

$$= 20.5 \%$$

Dari hasil perhitungan tersebut dapat disimpulkan bahwa model hasil analisis dapat menjelaskan sebesar 20.5% terhadap fenomena yang dikaji, sedangkan sisanya 79.5% dijelaskan oleh variabel lain (yang belum terdapat di dalam model).

## PEMBAHASAN

### Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menyadari adanya beberapa keterbatasan, baik itu dalam hal teknis pelaksanaan, keadaan subyek/ responden, maupun kemampuan peneliti sendiri, yang dijabarkan sebagai berikut:

1. Dalam penelitian ini menggunakan persepsi atasan langsung dan teman sejawat dalam menentukan kualitas pelayanan yang diberikan oleh Bidan. Padahal penilaian yang diberikan oleh atasan langsung mempunyai kelemahan, yaitu kemungkinan adanya penilaian dengan rasa subyektivitas yang tinggi maka akan berpengaruh terhadap hasil penilaiannya juga.
2. Keterbatasan dalam sumber data. Yaitu untuk pengukuran produktivitas, peneliti menggunakan logbook bidan sebagai dasar untuk menghitungnya, karena tidak ada hasil pengukuran produktivitas lain yang dapat

digunakan oleh peneliti. Sedangkan logbook bidan dalam pengisiannya dilakukan oleh bidan itu sendiri, tanpa ada kontrol atau evaluasi dari atasan langsung. Sehingga ketidakjujuran dalam pengisian amat sangat mungkin terjadi, yang tentunya akan berpengaruh terhadap hasil penelitian.

3. Keterbatasan dalam pustaka temuan. Salah satu tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan/pengaruh produktivitas dengan mutu pelayanan. Namun, dalam kepustakaan, peneliti sangat sulit menemukan penelitian sejenis yang menghubungkan/meneliti tentang hubungan/pengaruh antara produktivitas dan mutu pelayanan, sehingga dalam pembahasan pengaruh kedua variabel tersebut, peneliti merasa kesulitan karena tidak ada pembandingnya.
4. Karena dalam penelitian ini peneliti hanya menggunakan 2 variabel saja, yaitu kompetensi dan produktivitas, terkait dengan mutu pelayanan, maka menyebabkan kurangnya data yang diperoleh dalam penelitian ini.

### **Pengaruh Kompetensi terhadap Mutu Pelayanan Bidan**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa kompetensi mempengaruhi mutu pelayanan bidan secara positif, yang dapat diartikan bahwa makin tinggi kompetensi yang dimiliki oleh Bidan, maka makin bagus pula mutu pelayanan yang diberikan.

Hasil dari penelitian ini sesuai dengan beberapa teori, seperti yang dikemukakan oleh Azwar (1996) bahwa makin tinggi kompetensi seseorang, maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. Kompetensi yang dimiliki seseorang, dapat diperoleh melalui pengalaman kerja dan dari belajar melakukan sesuatu.

Kompetensi dan penerapannya sesuai dengan standar kinerja sangat diperlukan, sehingga dalam melakukan tugas pekerjaannya seseorang itu dapat melakukan tugasnya secara profesional, efektif dan efisien. Kompetensi merupakan salah satu kunci suksesnya suatu organisasi dan prestasi kerja serta kontribusi pribadi karyawan terhadap organisasinya (Robert A. Roe, 2001).

Hal tersebut juga terjadi di RSCM, sebagai Rumah Sakit tersier dan pemberi pelayanan spesialis dan subspeialistik, Bidan di RSCM juga dituntut mempunyai kompetensi yang baik.

Pendidikan minimal seorang Bidan di RSCM harus lulusan Diploma III Kebidanan, walaupun masih ada Bidan yang berpendidikan Diploma I (3 orang), itupun karena Bidan tersebut sudah akan habis masa tugasnya tahun ini, sehingga tidak ada tuntutan untuk melanjutkan sekolah lagi dari RSCM. Selain itu, banyak pendidikan dan pelatihan yang diberikan kepada Bidan dalam upaya untuk meningkatkan kompetensi tersebut, baik dalam bentuk seminar, *in house training* ataupun pelatihan-pelatihan di luar RSCM.

RSCM sendiri sebagai rumah sakit pusat, sering dipakai sebagai tempat belajar dan berlatih bagi tenaga kesehatan dari luar RSCM baik itu di sekitar Jakarta maupun dari Luar Pulau Jawa. Dan sekaligus sebagai lahan praktik bagi mahasiswa dan peserta didik lainnya karena banyaknya kasus yang dapat ditemui di sini.

Sehingga Bidan di RSCM juga dituntut dapat memberikan bimbingan kepada peserta didik yang belajar di unit tempat mereka bekerja. Oleh karena itu, kompetensi dalam melaksanakan tugas dan pekerjaannya amat sangat diperlukan dalam memberikan pelayanan kepada pengguna jasanya (*user*), baik itu pasien maupun pimpinan bidan tersebut.

Terlebih lagi, Bidan yang bertugas di Unit Gawat Darurat Kebidanan/ Kamar Bersalin, kompetensi tersebut sangat diperlukan dalam upaya penyelamatan ibu dan bayinya. Apabila kompetensi Bidan tersebut baik maka Bidan tersebut juga pasti akan lebih responsif dalam menghadapi suatu kasus kebidanan, pelayanan yang diberikan pun lebih terjamin, dapat diandalkan dan mempunyai empati yang tinggi terhadap pasiennya, sehingga mutu pelayanan yang diberikan juga akan meningkat.

### **Pengaruh Produktivitas terhadap Mutu Pelayanan Bidan**

Dalam hal pengaruh produktivitas terhadap mutu pelayanan Bidan, dari penelitian ini didapatkan hasil bahwa produktivitas signifikan berpengaruh terhadap mutu pelayanan yang diberikan. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat beberapa ahli tentang produktivitas. Siagian (2009) mengemukakan bahwa produktivitas yang tinggi akan berdampak pada peningkatan kualitas pekerjaan. Karena dalam upaya peningkatan produktivitas, salah satu implikasi/dampaknya adalah seluruh komponen organisasi (baik itu

pelaksana dan pimpinan) harus melakukan perbaikan secara terus menerus yang berdampak pula pada mutu pekerjaan yang dihasilkan.

Begitu juga dalam bidang jasa pelayanan, produktivitas yang tinggi akan berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan. Berkaitan erat dengan upaya melakukan perbaikan secara terus menerus ialah peningkatan mutu hasil pekerjaan oleh semua orang dan segala komponen organisasi. Berarti mutu menyangkut semua jenis kegiatan yang dilakukan oleh semua satuan kerja, baik pelaksana tugas pokok maupun pelaksana tugas penunjang dalam organisasi.

### **Pengaruh Kompetensi terhadap Produktivitas Bidan**

Dari hasil penelitian dan analisa data, didapatkan bahwa kompetensi mempunyai pengaruh yang negatif terhadap produktivitas Bidan. Yang artinya, makin tinggi pengetahuan seorang bidan, maka makin rendah produktivitasnya.

Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Sukmono (Ravianto, 1990) yang menyatakan bahwa peningkatan pengetahuan baik teknis maupun manajerial, serta peningkatan keterampilan yang lebih banyak bersifat teknis diharapkan akan mampu memberikan perubahan sikap mental ke arah positif, yang merupakan landasan pokok dalam upaya peningkatan produktivitas kerja. Kerja produktif memerlukan prasyarat lain sebagai faktor pendukung, di antaranya adalah kompetensi yang sesuai dengan isi kerja (Sinungan, 2003).

Setelah dilakukan analisa oleh peneliti adanya pengaruh negatif kompetensi terhadap produktivitas tersebut kemungkinan disebabkan karena bidan-bidan yang kompetensinya bagus, adalah bidan-bidan yang senior, yang saat ini mempunyai tugas lain selain sebagai pelaksana, yaitu sebagai penanggungjawab untuk tiap-tiap ruangan di IGD Kebidanan. Selain itu, bidan-bidan senior tersebut juga hanya mempunyai satu shift saja, yaitu shift pagi, yang mana jam kerjanya hanya 8 jam, dan itupun hanya di hari kerja (sabtu-minggu libur). Dan juga, kadang ada juga Bidan yang mendapatkan tugas tambahan di luar tugasnya sebagai pelaksana pelayanan kebidanan, yaitu sebagai anggota kelompok kerja di RSCM, sehingga kadang mereka harus meninggalkan dinas untuk menghadiri rapat

koordinasi ataupun karena melaksanakan tugas tambahan tersebut.

Sedangkan bidan-bidan baru (junior) masih mempunyai kewajiban untuk dinas 3 shift (pagi, sore, malam) yang mana jam kerja saat malam lebih panjang dibandingkan pagi dan sore, yaitu 12 jam. Hal ini tentu saja berpengaruh terhadap produktivitas (dalam hal ini adalah jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab) bidan tersebut. Sehingga, makin lama jam kerja Bidan, makin banyak pula pasien yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga makin tinggi juga produktivitasnya.

Berdasarkan temuan tersebut, maka ada beberapa hal yang perlu dicermati bahwa seyogyanya penilaian produktivitas Bidan di IGD Kebidanan jangan hanya berdasarkan uraian tugas pokok dalam pelaksanaan pelayanan kebidanan saja, yaitu hanya berdasarkan jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab Bidan tersebut selama satu bulan. Melainkan perlu juga dipertimbangkan untuk membuat suatu alat ukur produktivitas yang juga memasukkan penilaian untuk unsur-unsur tugas tambahan yang dikerjakan oleh Bidan pelaksana tersebut. Sehingga penilaian produktivitas yang baru tersebut lebih spesifik, yaitu berdasarkan tupoksi utama dan tugas tambahan Bidan di IGD Kebidanan (memasukkan penilaian terhadap unsur-unsur penunjang).

### **Mutu Pelayanan Bidan di IGD Kebidanan**

Pada penelitian ini, mutu pelayanan Bidan dipengaruhi oleh *responsiveness*, *assurance*, *tangible*, *emphaty* dan *reliability*. Pada hasil penelitian memperlihatkan bahwa kelima dimensi tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap mutu pelayanan bidan.

Dari hasil penelitian, dapat dilihat bahwa dimensi *emphaty*, *reliability* dan *responsiveness* memiliki nilai yang paling besar untuk memberikan pengaruh terhadap mutu pelayanan di antara dimensi yang lain. Pada penelitian yang dilakukan oleh Dadang Hermanto (2010), didapatkan hasil bahwa dimensi empati dan bukti langsung mempunyai pengaruh yang paling kuat. Sehingga apabila ada perbaikan pada dua dimensi tersebut secara bersamaan akan dapat memberikan dampak yang besar pula pada penilaian pasien terhadap mutu pelayanan dan berpengaruh juga terhadap kepuasan pasien. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan Erni (2009), dimensi kehandalan/

*reliability* merupakan dimensi yang mempunyai pengaruh paling besar terhadap mutu pelayanan kebidanan.

Dalam penelitian ini, dimensi *emphaty*, *reliability* dan *responsiveness* merupakan dimensi yang paling berpengaruh dalam pelayanan bidan, apalagi bidan yang bekerja di unit gawat darurat kebidanan. Dimensi empati menunjukkan adanya perhatian bidan kepada pasien, dan kemampuannya untuk menyelami perasaan pelanggan. Hal ini mungkin disebabkan karena antara bidan dan pasiennya mempunyai satu kesamaan, yaitu sama-sama perempuan, sehingga kemampuan bidan dalam menyelami perasaan pasien sebagaimana bidan itu sendiri mengalaminya sangat tinggi.

Dimensi *reliability* menunjukkan kemampuan bidan untuk dapat memberikan pelayanan secara akurat, handal, dapat dipercaya, bertanggungjawab atas apa yang dijanjikan. Misalnya, dalam pengambilan spesimen pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan kontraksi dan denyut jantung janin, bidan dapat memberikan hasil tindakan/ pemantauan yang akurat dan dapat dipercaya. Secara umum dimensi reliabilitas merefleksikan konsistensi dan kehandalan dari kinerja perusahaan.

Sedangkan untuk dimensi *responsiveness* menunjukkan adanya keinginan bidan yang tinggi untuk membantu pelanggannya (baik itu pasien maupun tim dokter) dalam memberikan pelayanan secara cepat dan tepat. Apalagi di IGD Kebidanan, terlebih untuk kasus kegawatdaruratan kebidanan, kesiapan, ketanggapan dan ketepatan waktu bidan dalam memberikan pelayanan sebagai bagian dari tim sangat dibutuhkan.

Penilaian responden dan sumber informasi yang berasal dari atasan langsung dan teman sejawat terhadap mutu pelayanan bidan secara keseluruhan memperlihatkan bahwa mutu pelayanan yang diberikan oleh Bidan di IGD Kebidanan sudah bagus, dengan nilai rata-rata untuk masing-masing dimensi adalah diatas 4.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

1. Di RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo kompetensi Bidan yang direfleksikan oleh pengetahuan dan keterampilan dinilai baik.
2. Produktivitas Bidan di IGD Kebidanan RSCM dinilai kurang, hal ini mungkin dikarenakan pengukuran produktivitas yang hanya berdasarkan jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab Bidan tersebut.
3. Ada tiga (3) hubungan yang terbentuk/termodifikasi antar variabel yang signifikan, dengan 1 nilai negatif pada ketiga hubungan tersebut.
4. Persentase pengaruh variabel prediktor (kompetensi dan produktivitas) terhadap mutu pelayanan Bidan adalah : 17,7%
5. Model secara representatif mampu mengkaji fenomena yang terjadi di RSCM berkenaan dengan Mutu Pelayanan Bidan  $\rightarrow Q$  (*predictive relevance*) 20.5%
6. Mutu Pelayanan Bidan di IGD Kebidanan RSCM dipengaruhi baik secara langsung maupun tidak langsung oleh kompetensi melalui produktivitas
7. Di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo didapatkan hasil bahwa kompetensi Bidan berpengaruh negatif terhadap produktivitas Bidan.

Hal ini dikarenakan Bidan-bidan yang kompetensinya bagus adalah Bidan-bidan senior yang notabene mempunyai tanggung jawab/tugas tambahan lain selain memberikan pelayanan kepada pasien. Sehingga dengan adanya tupoksi lain tersebut menyebabkan mereka mempunyai waktu yang lebih sedikit untuk memberikan pelayanan kepada pasien, yang secara otomatis pasien yang menjadi tanggung jawab mereka tiap bulan lebih sedikit jumlahnya dibandingkan Bidan-bidan yang junior.

Mutu Pelayanan Bidan di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo dipengaruhi secara langsung dan tidak langsung oleh kompetensi melalui produktivitas.

Di IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo dimensi *emphaty*, *reliability* dan *responsiveness* mempunyai pengaruh yang kuat terhadap mutu pelayanan Bidan.

### Saran

1. Bagi Manajemen IGD Kebidanan RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo

- a. Agar melakukan penilaian mutu pelayanan secara prediktif terhadap Bidan secara berkala (misalnya tiap akhir tahun) sehingga dapat dilakukan perbaikan segera terhadap temuan dari variabel atau indikator manajemen dan klinis yang perlu adanya peningkatan atau perbaikan. Bandingkan hasil penilaian tersebut setiap tahunnya, serta hasilnya diberikan kembali kepada bidan sebagai umpan balik untuk peningkatan mutu pelayanan secara terus menerus.
- b. Agar melakukan strategi pemantauan dan upaya berkesinambungan terhadap peningkatan kompetensi bidan seperti dengan menyelenggarakan pelatihan ataupun dengan cara yang lebih sederhana, misalnya dengan melakukan jurnal reading sebulan sekali atau melakukan ronde kebidanan internal di IGD Kebidanan dengan tujuan untuk memonitor kompetensi yang dimiliki oleh Bidan di IGD, serta dapat memberikan tambahan ilmu dan pengetahuan kepada Bidan-Bidan di IGD.
- c. Agar melakukan suatu strategi dan upaya berkesinambungan terhadap peningkatan empati, kehandalan dan daya tanggap (*empathy, reliability* dan *responsiveness*) Bidan di IGD Kebidanan, misalnya saja dengan mengadakan pelatihan *service excellent*, komunikasi terapeutik, pemberian *reward* dan *punishment*, pelaksanaan uji kompetensi secara berkala serta mengadakan pelatihan bersifat klinis untuk peningkatan kompetensi Bidan
- d. Agar merancang suatu alat ukur untuk penilaian produktivitas yang lebih spesifik. Yaitu alat ukur yang menilai produktivitas tidak hanya berdasarkan jumlah pasien yang menjadi tanggung jawab tiap bulannya, tapi juga memasukkan unsur penilaian lainnya misalnya saja penilaian terhadap hasil kerja dari tupoksi tambahan lainnya yang dibebankan kepada Bidan pelaksana. Sehingga penilaian tersebut dapat digunakan untuk mendukung (sebagai salah satu alat ukur) dalam penilaian dan pemantauan mutu pelayanan bidan.

## 2. Peneliti lain

Bagi peneliti lain yang ingin meneliti hal yang sama, yaitu mutu pelayanan Bidan, agar menambahkan pengukuran mutu tersebut

dengan variabel-variabel yang lain yang lebih bervariasi. Misalnya saja dengan mencari hubungan atau pengaruh motivasi kerja, budaya organisasi, kinerja, implementasi kebijakan, standar pelayanan, kepemimpinan, pemanfaatan teknologi dan informasi, pemberian penghargaan, komitmen organisasi, sarana prasarana, serta monitoring dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang dihasilkan. Sehingga data penelitian yang dihasilkan lebih bervariasi dan kaya akan informasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Assaf, A.F.(2003). *Mutu Pelayanan Kesehatan Perspektif Internasional*. Jakarta:EGC
- Anderson, Tatum.(2010). *How Can Child and Maternal Mortality be Cut?.* British Medical Journal (BMJ), 30 January 2010, Volume 340, p: 240
- Azwar, Azrul.(1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi ke tiga. Jakarta: Binarupa Aksara
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia.(2008). *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta
- Gary Dessler. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi Kesepuluh Jilid I*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc
- \_\_\_\_\_. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi Kesepuluh Jilid II*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc
- Gasperz, Vincent.(2011). *Total Quality Management untuk Praktisi Bisnis dan Industri*. Bogor: Vinchristo Publication
- Gellermen, Saul W.(1984). *Motivasi dan Produktivitas*. Jakarta: PT. Pustaka Binaman Pressindo
- Ghozali, Imam.(2008). *Structural Equation Modeling Teori, Konsep, dan Aplikasi dengan Program LISREL 8.80 Edisi II*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Hardiyansyah.(2012). *Faktor-faktor Dominan yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Publik, Kajian terhadap Tesis dan Disertasi*

- di Perpustakaan Pasca Sarjana Universitas Padjajaran. Bandung: Unpad
- Mali, Paul.(1978). *Improving Total Productivity*. New York: A Wiley-Interscience Publication
- Midwifery 2020 Programme. *Measuring Quality Workstream Final Report*. 31 March 2010
- \_\_\_\_\_.(2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 631/MENKES/PER/III/2011 tentang *Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan*
- RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo.(1997). *Panduan Pelayanan Medis Departemen Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta
- Santoso, Singgih.(2011). *Structural Equation Modeling (SEM) Konsep dan Aplikasi dengan AMOS 18*. Jakarta: PT. Elex Media Komputering
- Shah, Archana, dkk. (2009). *Cesarean Delivery Outcomes from the WHO Global Survey on Maternal and perinatal Health in Africa*. International Journaln of Gynecology and Obstetrics: IJG-06410
- Siagian, Sondang P.(2009). *Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sinungan, Muchdarsyah.(2003). *Produktivitas Apa dan Bagaimana*. Jakarta: PT. Bumi Aksara
- Sofyan, Mustika. (2007). *50 Tahun IBI Ikatan Bidan Indonesia Bidan Menyongsong Masa Depan*. Jakarta: PP-IBI
- The Reproductive Health Response in Conflict Consortium. (2005). *Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*. New York: Women's Comissions for Refugee Women and Children-RHRC
- Time Magazine.(September 29, 2008). *Why Women are Still Dying in Childbirth*. USA
- Timpe, A. Dale.(1989). *Seri Ilmu dan Seni Manajemen Bisnis Produktivitas*. Jakarta: PT. Gramedia Asri Media
- Trisnantoro, Laksono.(2011). *Tenaga Kerja Kesehatan dalam Usaha Penurunan MDG4 dan MDG5: Sebuah Potret dan Harapan Aksi Segera*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 14
- Umar, Husein.(1998). *Riset Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- UNFPA Maternal Mortality Update 2006. *Expectation and Delivery: Investing in Midwives and Others with Midwifery Skills*. UNFPA
- UNFPA Annual Report 2009. *Strengthening Midwifery, The Maternal Health Thematic Fund Accelerating Progress toward Millenium Development Goal 5*. UNFPA
- Varney, Helen, Jan M.Kriebs, Carolyn L.Gegor.(2002). *Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC
- Wahdi, Nirsetyo.(2006). *Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepuasan Pasien sebagai Upaya Meningkatkan Loyalitas Pasien*. Semarang: UNDIP
- Wijono, Djoko. (2000). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Vol.1*. Surabaya: Airlangga University Press
- \_\_\_\_\_. (2000). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Vol.2*. Surabaya: Airlangga University Press
- Wiknjosastro, Gulardi, dkk. (2008). *Paket Pelatihan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emerensi Dasar (PONED)*. JNPK-KR
- \_\_\_\_\_. (2008). *Paket Pelatihan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emerensi Komprehensif (PONEK)*. JNPK-KR
- Zeithaml, Parasuraman, Berry.(1990). *Delivering Quality Service*. New York: The Free Press A Division of MacMillan, Inc
- Zumali, Cut. (2010). *Learning Organization, Competency, Organizational Commitment, dan Customer Orientation : Knowledge Worker - Kerangka Riset Manajemen Sumberdaya Manusia di Masa Depan*.