

TESIS

ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA BIDAN DALAM PELAYANAN *ANTENATAL CARE* DI PUSKESMAS KABUPATEN JAYAWIJAYA

Disusun dan diajukan oleh

**ANCE TATOGO
K012191076**



**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

HALAMAN PENGANTAR

ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG BERTINGKATAN DENGAN KINERJA BIDAN DALAM PELAYANAN *ANTENATAL CARE* DI PUSKESMAS KABUPATEN JAYAWIJAYA

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar

Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:

ANCE TATOGO

Kepada

**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA
PIDAN DALAM PELAYANAN ANTENATAL CARE DI PUSKESMAS
KABUPATEN JAYAWIJAYA

Disusun dan diajukan oleh


ANCE TATOGO
K012191076


Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 4 Agustus 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,


Pembimbing Pendamping,



Prof. Sukri, SKM., M.Kes., M.Sc., Ph.D
NIP. 197205292001121001


Prof. Dr. Darmawansyah, SE., MS
NIP. 196404241991031002


Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat


Ketua Program Studi S2
Kesehatan Masyarakat


Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001


Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Ance Tatogo
NIM : K012191076
Program studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

**Analisis Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan
Dalam Pelayanan *Antenatal Care* Di Puskesmas Kabupaten
Jayawijaya**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2021

Yang menyatakan



Ance Tatogo

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas perkenaan-Nya sehingga penyusunan Tesis dengan judul “Analisis Faktor – Faktor Yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Dalam Pelayanan *Antenatal care* di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya” dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya.

Dalam penyelesaian Tesis ini, mulai dari tahap persiapan sampai dengan selesainya mengalami banyak tantangan, tetapi berkat bantuan, bimbingan, arahan serta kerjasama dari berbagai pihak maka hal tersebut dapat teratasi. Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Bapak Dr. Aminuddin Syam., SKM, M.Kes, M,Med.Ed. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar
2. Prof. Dr. Masni, Apt.,MSPH. selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
3. Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes selaku Ketua Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Prof. Sukri. SKM.,M.Kes.,M.Sc.,Ph.,Ph.D, sebagai Ketua Komisi pembimbing I yang telah memberikan petunjuk serta arahan selama proses penyusunan Tesis ini .

5. Prof. Dr Darmawansyah, SE, M.Si sebagai anggota komisi pembimbing (pembimbing II) yang telah memberikan petunjuk serta arahan selama proses penyusunan Tesis ini.
6. Prof. Dr. Amran Razak, SE., M.Si, sebagai Penguji I yang banyak memberikan masukan dan saran dalam perbaikan Tesis ini.
7. Yahya Thamrin SKM., M.Kes, MOHS, Ph.D sebagai Penguji II yang banyak memberikan masukan dan saran dalam perbaikan tesis ini.
8. Prof. Dr. Muh Asdar, SE., M.Si sebagai Penguji III yang banyak memberikan masukan dan saran dalam perbaikan Tesis ini.
9. Para Dosen beserta Staf jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang memberikan Ilmu Pengetahuan selama menempu Pendidikan.
10. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Nduga yang telah mengizinkan untuk melanjutkan pendidikan dan atas dukungannya dalam penyusunan Tesis ini.
11. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya yang mana telah mengizinkan tempat untuk penelitian ini
12. Ayahanda : Bapak Yustus Tatogo dan ibunda Moedesta youw yang telah memberikan support dan dukungan dalam Proses penelitian dan penulisan Tesis ini'
13. Suami terkasih selfanus Kayame dan anak- anak yang tercinta Eva Alfanita Kayame, Ingrinth Gracella kayame, dan Fransiskus Kenedi

Kayame yang telah memberikan dukungan dan doa dalam penelitian ini.

14. Rekan-rekan seangkatan Mahasiswa S2 Program study Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanudin Makasar yang telah memberikan dukungannya dalam proses penelitian sampai dengan selesainya penulisan Tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu besar harapan penulis agar dapat memberikan kritik dan saran yang membangun untuk penyempurnaan Tesis ini.

Jayapura, Juni 2021

Penulis,

ABSTRAK

ANCE TATOGO. *Analisis Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Dalam Pelayanan Antenatal Care Di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya* (Dibimbing oleh **Sukri** dan **Darmawansyah**)

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan minimal. Dari hasil kinerja bidan dalam mencapai target kunjungan belum dapat memenuhi sasaran dari target yang ditetapkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Bidan Dalam Pelayanan *Antenatal care* di Kabupaten Jayawijaya.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan Observasional rancangan *cross sectional study*. Populasi seluruh bidan di Puskesmas Hom-Hom, Elekma, Walelagama, Asolokobal, Kurulu dan Asologaima. Data diperoleh menggunakan kuesioner dan dianalisis menggunakan chi square dan regresi binary logistik.

Hasil penelitian didapatkan bahwa Faktor yang berhubungan terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya adalah umur (*p-value* 0,046; RP = 2,200; CI95% (0,990 – 4,888), status pegawai (*p-value* 0,018; RP = 5,870; CI95% (0,903 – 38,153), masa kerja (*p-value* 0,004; RP= 4,789; CI95% (1,302 – 17,624), sikap (*p-value* 0,001; RP = 5,444; CI95% (1,474 – 20,110), motivasi (*p-value* 0,011; RP = 4,200; CI95% (1,148 – 15,369), fasilitas (*p-value* 0,008; RP = 26,818; CI95% (1,039 – 44,735). Faktor yang tidak berhubungan terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya adalah pengetahuan (*p-value* 0,479; RP = 1,471; CI95% (0,704 – 3,071), kepemimpinan (*p-value* 1,000; RP = 0,840; CI95% (0,393 – 1,797). Disarankan agar Puskemas memberikan kebijakan dalam pengaturan sumber daya manusia bagi bidan dengan status pegawai tidak tetap, dengan pengaturan insentif yang dapat meningkatkan kinerja dalam pelayanan ANC.

Kata Kunci : Kinerja Bidan, Pelayanan, ANC, Puskesmas, kinerja



ABSTRACT

ANCE TATOGO. *Analysis of Factors Related to the Performance of Midwives in Antenatal Care Services at the Jayawijaya District Health Center* (Supervised by **Sukri** and **Darmawansyah**).

Antenatal services are health services provided to mothers during their pregnancy in accordance with minimum service standards. From the results of the performance of the midwife in achieving the target of the visit, it has not been able to meet the target of the set target. The purpose of this study was to determine the factors that influence the performance of midwives in antenatal care services in Jayawijaya Regency.

The type of research used is quantitative research with an observational cross sectional study design. The population of all midwives in the Health Centers of Hom-Hom, Elekma, Walelagama, Asolokobal, Kurulu and Asologaima. The data were obtained using a questionnaire and analyzed using chi square and binary logistic regression.

The results showed that the factors related to the performance of midwives in ANC services at the Jayawijaya District Health Center were age (p-value 0.046; RP = 2.200; 95% CI (0.990 – 4.888) , employee status (p-value 0.018; RP = 5.870; 95% CI (0.903 – 38.153)), years of service (p-value 0.004; RP= 4.789; CI95% (1.302 – 17.624)), attitude (p-value 0.001; RP = 5.444; 95% CI (1.474 – 20.110), motivation (p-value 0.011; RP =4.200; 95% CI (1.148 – 15.369), facilities (p-value 0.008; RP = 26.818; CI95% (1.039 – 44.735). not related to the performance of midwives in ANC services at the Jayawijaya District Health Center were knowledge (p-value 0.479; RP = 1.471; 95% CI (0.704 – 3.071), leadership (p-value 1,000; RP= 0.840; CI95% (0.393 – 1.797) It is recommended that the Public Health Center provide a policy in regulating human resources for midwives with non-permanent employee status, by regulating improve performance in ANC services.

Keywords: Performance Of Midwives, Services, ANC, Puskesmas Performance



DAFTAR ISI

TESIS	1
HALAMAN PENGANTAR	2
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	4
KATA PENGANTAR.....	5
ABSTRAK.....	8
ABSTRACT	IX
DAFTAR ISI.....	X
DAFTAR TABEL.....	XII
DAFTAR GAMBAR.....	XIII
DAFTAR LAMPIRAN	XIV
DAFTAR SINGKATAN	XV
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH.....	5
C. TUJUAN PENELITIAN.....	5
D. MANFAAT PENELITIAN	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. KINERJA.....	8
B. BIDAN	19
C. PELAYANAN ANTENATAL CARE	23
D. FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA BIDAN DALAM PELAYANAN <i>ANTENATAL CARE</i>	38
E. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT (PUSKESMAS).....	54
F. SINTESIS PENELITIAN TERDAHULU.....	64

G.	KERANGKA TEORI	66
H.	KERANGKA KONSEP	67
I.	KEASLIAN PENELITIAN	68
J.	HIPOTESIS PENELITIAN.....	69
BAB III METODE PENELITIAN		70
A.	JENIS PENELITIAN	70
B.	WAKTU DAN LOKASI PENELITIAN	70
C.	POPULASI DAN SAMPEL	70
D.	JENIS DAN SUMBER DATA	71
E.	INSTRUMEN PENELITIAN.....	71
F.	TEKNIK PENGUMPULAN DATA.....	72
G.	TEKNIK ANALISA DATA.....	72
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		77
A.	HASIL PENELITIAN	77
B.	ANALISIS UNIVARIAT.....	78
C.	ANALISA BIVARIAT	80
D.	PEMBAHASAN	87
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		107
A.	KESIMPULAN.....	107
B.	SARAN	108
DAFTAR PUSTAKA		110
LAMPIRAN 1. SURAT PENELITIAN		115
LAMPIRAN 2 INFORMED CONSENT.....		116
LAMPIRAN 3 KUESIONER PENELITIAN		117
LAMPIRAN 4 HASIL PENGOLAHAN DATA		122

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Sintesis Penelitian Terdahulu.....	64
Tabel 2 Definisi Operasional	68
Tabel 3 Analisis Data Penelitian Cross Sectional	74
Tabel 4 Analisis Univariat Variabel Independan dan Dependen	78
Tabel 5 Hubungan Umur Terhadap Kinerja Bidan dalam Pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya.....	80
Tabel 6 Hubungan Status Pegawai Bidan Terhadap Kinerja Bidan dalam Pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya	81
Tabel 7 Hubungan Masa Kerja Terhadap Kinerja Bidan dalam Pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya	82
Tabel 8 Hubungan Pengetahuan Terhadap Kinerja Bidan dalam Pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya	83
Tabel 9 Hubungan Sikap Terhadap Kinerja Bidan dalam Pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya.....	83
Tabel 10 Hubungan Motivasi Terhadap Kinerja Bidan dalam Pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya	84
Tabel 11 Hubungan Kepempimpinan kepala puskesmas Terhadap Kinerja Bidan dalam Pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya.....	85
Tabel 12 Hubungan Fasilitas Terhadap Kinerja Bidan dalam Pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori	66
Gambar 2 Kerangka Konsep	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. <i>Surat Penelitian</i>	115
Lampiran 2 <i>Informed Consent</i>	116
Lampiran 3 Kuesioner Penelitian.....	117
Lampiran 4 Hasil Pengolahan Data	122

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Virus</i>
ANC	: <i>Antenatal care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BB/U	: Berat Badan Menurut Umur
BBLASR	: Bayi Berat Lahir Amat Sangat Rendah
BMK	: Besar Masa Kehamilan
C	: <i>Carbon</i>
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dinkes	: Dinas Kesehatan
Fe	: <i>Feriferat Entinantat</i>
g/dl	: Gram / Desiliter
gr	: Gram
H	: <i>Hidrogen</i>
Hb	: Haemoglobin
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IUGR	: <i>Intrauterine Growth Retardation</i>
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KEP	: Kurang Energi Protein
KMK	: Kecil Masa Kehamilan
mmHg	: Milimeter Hectogram
mg	: Miligram
N	: <i>Natrium</i>
NKB SMK	: Neonatus Kurang Bulan-Sesuai Masa Kehamilan
NKB KMK	: Neonatus Kurang Bulan-Kecil Masa Kehamilan
NCB KMK	: Neonatus Cukup Bulan-Kecil Untuk Masa Kehamilan
O	: Oksigen
P	: Protein
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
S	: <i>Senium</i>
SDKI	: Survey Demografi Kesehatan Indonesia
SD	: Standar Deviasi
TORCH	: <i>Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegaluvirus, Herpes Simplex</i>
VLBW	: <i>Very Low Birth Weight</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia menjadi salah satu negara di *Association of South East Asian Nation* (ASEAN) yang memiliki Angka Kematian Ibu (AKI) yang tinggi. Menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 AKI di Indonesia mencapai 305/100.000 kelahiran hidup. Tidak hanya AKI saja yang tinggi, tetapi Angka Kematian Neonatal (AKN) di Indonesia juga masih sangat tinggi yaitu sebanyak 185/hari dengan AKN 15/1000 Kelahiran Hidup). Tiga-perempat kematian neonatal terjadi pada minggu pertama, dan 40% meninggal dalam 24 jam pertama (Kemenkes RI, 2019).

Sebagian besar kematian tersebut seharusnya bisa dicegah dan diselamatkan, artinya bila AKI tinggi, banyak Ibu yang seharusnya tidak meninggal tetapi karena tidak mendapatkan upaya pencegahan dan penanganan yang seharusnya. Ibu meninggal karena komplikasi kebidanan yang tidak ditangani dengan baik dan tepat waktu. Sekitar 15% dari kehamilan/persalinan mengalami komplikasi, 85% normal (Kemenkes RI, 2019).

Sebagian besar komplikasi tidak bisa diprediksi artinya, setiap kehamilan berisiko memerlukan kesiapan pelayanan berkualitas setiap saat, atau 24 jam 7 hari, agar semua ibu hamil/melahirkan yang mengalami komplikasi setiap saat mempunyai akses ke pelayanan darurat

berkualitas dlm waktu cepat, karena sebagian komplikasi memerlukan pelayanan kegawat-daruratan dalam hitungan jam kira-kira 75% kematian ibu disebabkan perdarahan parah (sebagian besar perdarahan pasca salin), infeksi (biasanya pasca salin), tekanan darah tinggi saat kehamilan (preeclampsia/eclampsia), partus lama/macet dan aborsi yang tidak aman (Kemenkes RI, 2019).

Upaya Pemerintah Indonesia dalam hal ini Kementerian Kesehatan dalam rangka menekan AKI dan AKB serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak terlihat dalam program, salah satunya melalui program Gerakan Sayang Ibu (*Safe Motherhood*), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan komplikasi (P4K). Pada awalnya, program ini memfokuskan kegiatannya pada peningkatan kapasitas bidan. Namun sasaran program kemudian bergeser pada peningkatan dan perbaikan kinerja bidan, memperkuat kualitas pelayanan kesehatan utamanya bagi kesehatan ibu dan anak (Kemenkes RI, 2015).

Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga bidan di unit pelayanan kesehatan dasar tidak terlepas dari faktor gaji, keamanan kerja, kondisi kerja, kualitas pengawasan teknis, kualitas hubungan interpersonal yang dapat mempengaruhi kinerja dari luar diri bidan dan faktor pengakuan, tanggungjawab, kemajuan, pekerjaan itu sendiri, kemungkinan untuk pengembangan karier yang dapat mempengaruhi kinerja dari dalam diri bidan. Kedua faktor ini cukup memberi andil dalam dalam menentukan tinggi rendahnya kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak (Kemenkes RI, 2015).

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar yang ditetapkan dalam buku Pedoman Pelayanan Antenatal bagi petugas puskesmas. Pelayanan antenatal yang lengkap mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan kebidanan, pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, serta intervensi dasar dan khusus (sesuai risiko yang ada). Penerapan operasionalnya dikenal standar "10T" untuk pelayanan antenatal (timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (LILA), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, pemberian imunisasi TT, beri tablet tambah darah, pemeriksaan laboratorium, penanganan kasus dan temu wicara (konseling) (Kemenkes RI, 2017).

Dalam memantau program pelayanan kesehatan ibu hamil dinilai menggunakan indikator cakupan K1 dan K4. Secara nasional cakupan K1 Tahun 2019 sebanyak 82,9% dan cakupan K4 88,9%. Jumlah tersebut masih di bawah dari target nasional, yaitu cakupan K1 100% dan K4 95% (Kemeneks RI, 2019). Sementara itu, Dinas Kesehatan Provinsi Papua (2019) melaporkan cakupan K1 adalah 80,9% dan K4 36,7%. Data tersebut menunjukkan secara nasional, cakupan kunjungan *antenatal care* masih jauh dari harapan.

Rendahnya cakupan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dihubungkan dari hasil capaian masing – masing di 29 Kabupaten/Kota di Provinsi Papua termasuk Kabupaten Jayawijaya yang terdapat 26 Puskesmas. Untuk capaian program KIA di Kabupaten Jayawijaya

berdasarkan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) menunjukkan bahwa cakupan pelayanan kehamilan pencapaian persentase K1 (65%) dan K4 (43%) yang menunjukkan capaian standar pelayanan ANC 80% di Kabupaten Jayawijaya belum dapat memenuhi target.

Rendahnya pencapaian dalam program KIA di Kabupaten Jayawijaya tidak terlepas dari peran dari petugas atau kinerja dari pegawai. Kinerja dalam suatu organisasi dilakukan oleh segenap sumber daya manusia yang ada, baik pimpinan maupun bawahan. Kinerja menurut Gibson dalam Wijono (2018) dihubungkan tiga variabel yaitu variabel individu, organisasi, dan variabel psikologi. Variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Sub variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel demografis mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi, berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi digolongkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

Faktor kinerja menurut Gibson yang berhubungan dalam pelayanan KIA seperti yang diungkapkan oleh Nisa (2018) bahwa faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan adalah Insentif, motivasi dan beban kerja. Motivasi merupakan faktor paling dominan yang berhubungan dengan kinerja bidan. Motivasi didorong oleh karena bidan merasakan kenyamanan bekerja, beban kerja yang sesuai tupoksi

kemudian insentif yang didapatkan juga akan meningkatkan motivasi bekerja bidan. Peningkatan motivasi akan memberikan efek terhadap peningkatan kinerja bidan dalam memberikan asuhan antenatal. Pada penelitian Nasir (2020) di Puskesmas Kabupaten Halmahera Tengah mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja kemampuan dan keterampilan serta sikap dengan kinerja bidan sedangkan ada hubungan antara motivasi dan imbalan dengan kinerja bidan.

Berdasarkan uraian masalah diatas, peneliti tertarik melakukan studi tentang “Analisis Faktor – Faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan dalam pelayanan *Antenatal care* di Kabupaten Jayawijaya ”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Analisis Faktor – faktor apa saja yang berhubungan dengan kinerja bidan dalam pelayanan *Antenatal care* di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor – faktor yang mempengaruhi kinerja bidan dalam pelayanan *Antenatal care* di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan umur bidan terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya

- b. Mengetahui hubungan pendidikan bidan terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
- c. Mengetahui hubungan Status Pegawai bidan Terhadap Kinerja Bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
- d. Mengetahui hubungan masa kerja terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
- e. Mengetahui hubungan pengetahuan terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
- f. Mengetahui hubungan sikap terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
- g. Mengetahui hubungan motivasi terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
- h. Mengetahui hubungan kepemimpinan kepala Puskesmas terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
- i. Mengetahui hubungan fasilitas terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi:

1. Bagi Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi Dinas Kesehatan dalam peningkatan pelayanan *antenatal care*.

2. Pihak Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi manajemen puskesmas dalam pelayanan *antenatal care* yang berguna dalam pengembangan kualitas pelayanan *antenatal* yang diberikan pada ibu hamil.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai informasi perbandingan dalam menambah informasi sumber data atau masukan bagi penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan dalam pelayanan *antenatal care*.

4. Peneliti selanjutnya

Sebagai referensi lanjutan tentang kinerja bidan tentang kualitas pelayanan *antenatal care*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kinerja

1. Pengertian

Pengertian kinerja disampaikan oleh beberapa ahli, menurut As'ad (2016) kinerja adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan. Kinerja diartikan sebagai penampilan secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, 2017). Wijono (2018) menyebutkan bahwa kinerja adalah penampilan hasil personal baik kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi yang merupakan penampilan individu atau kelompok.

Kinerja dapat dipandang sebagai proses maupun hasil pekerjaan. Kinerja merupakan suatu proses tentang bagaimana pekerjaan berlangsung untuk mencapai hasil kerja. Namun, hasil pekerjaan itu sendiri juga menunjukkan kinerja (Wibowo, 2017). Perilaku kerja terlihat dari cara kerja yang penuh semangat, disiplin, bertanggung jawab, melaksanakan tugas sesuai standar yang ditetapkan, memiliki motivasi dan kemampuan kerja yang tinggi dan terarah pada pencapaian tujuan organisasi. Sedangkan hasil kerja merupakan proses akhir dari suatu kegiatan yang dilakukan anggota organisasi dalam mencapai sasaran.

Wahyudi (2017) mengartikan kinerja sebagai suatu kemampuan dalam melaksanakan tugas atau pekerjaan yang sesuai dengan sikap, pengetahuan, dan keterampilan serta motivasi kerja. Hasil kerja dapat dicapai secara maksimal apabila individu mempunyai kemampuan dalam mendayagunakan pengetahuan, sikap, dan keterampilan.

Hafizurrachman (2014) berpendapat kinerja adalah penampilan kerja yang dicapai oleh seseorang atau kelompok orang dalam melaksanakan tugasnya untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Kinerja karyawan pada dasarnya adalah hasil kerja seorang karyawan selama periode tertentu dibandingkan berbagai kemungkinan, misalnya standar, target atau sasaran atau kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama.

2. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah proses pengawasan/ pengendalian, dengan mengevaluasi kinerja sumber daya berdasarkan standar dan alat yang memperlihatkan bobot kerja (Kemenkes RI, 2011). Kinerja seseorang dalam suatu organisasi dapat dilakukan melalui penilaian kinerja untuk mengetahui apakah karyawan bekerja sesuai dengan tugas dan tanggungjawabnya. Penilaian kinerja penting dilakukan agar proses manajemen berjalan secara efektif. Penilaian kinerja adalah proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan atau unjuk kerja seorang karyawan dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja (Wijono, 2018).

Penilaian kinerja diartikan sebagai pengawasan untuk menilai atau mengevaluasi berdasarkan standar tertentu (Swansburg, 2000). Melalui penilaian kinerja dapat diketahui seberapa baik pegawai menjalankan tugas yang diberikan kepadanya (Marquis & Huston, 2010). Pimpinan memanfaatkan penilaian kinerja sebagai bahan informasi untuk penilaian efektifitas manajemen sumber daya manusia dengan melihat kemampuan personal dan pengambilan keputusan untuk pengembangan personal.

Penilaian kinerja dapat menjadi informasi untuk penyesuaian gaji, promosi, transfer, tindakan disiplin dan terminasi (Marquis & Huston, 2010). Penilaian kinerja dapat membuat bawahan mendapat perhatian dari atasannya sehingga dapat memotivasi gairah kerja, memindahkan secara *vertical/horizontal*, pemberhentian dan perbaikan mutu karyawan sehingga dapat dipakai dasar penetapan kebijakan program kepegawaian (Hasibuan, 2017).

Penilaian kinerja pada hakikatnya merupakan suatu evaluasi terhadap penampilan kerja personil dengan standar baku pekerjaan yang telah ditetapkan (Wijono, 2018). Tujuan penilaian kinerja pada dasarnya meliputi penilaian kemampuan personil sebagai bahan informasi efektifitas manajemen sumber daya manusia dan sebagai untuk pengambilan keputusan dalam pengembangan personil seperti promosi, mutasi dan penyesuaian kompensasi. Penilaian terhadap kinerja individu yang terlibat dalam penyelesaian pekerjaan perlu

dilakukan untuk mengetahui pencapaian sasaran-sasaran organisasi (Wijono, 2018).

Penilaian adalah pengukuran dan perbandingan hasil-hasil yang dicapai dengan hasil yang seharusnya dicapai. Penilaian kinerja merupakan evaluasi resmi dan periodik tentang hasil pekerjaan seorang pekerja yang diukur dengan kriteria yang telah ditentukan. Hafizurrachman (2014) mengemukakan penilaian kinerja adalah proses berkelanjutan yang dilakukan oleh pimpinan kepada bawahannya untuk membantu karyawan memahami peran, tujuan, harapan, dan kesuksesan kinerja mereka. Oleh karena itu penilaian kinerja merupakan salah satu alat terbaik yang dimiliki organisasi untuk mengembangkan motivasi, meningkatkan retensi, dan produktivitas staf (Marquis & Huston, 2010).

Penilaian kinerja yang baik mengutamakan pada hubungan kerja antara pimpinan dan bawahan, menjelaskan apa yang telah dikerjakan dan menghargai prestasi pekerjaannya, tidak semata-mata mencari kesalahan tetapi lebih bertujuan menindaklanjuti hasil penilaian dan menghargai prestasi kerja karyawan. Penilaian kinerja pada dasarnya mempunyai dua tujuan utama yaitu tujuan administrasi dan tujuan pengembangan.

Wahyudi (2017) mengatakan penilaian kinerja berguna bagi pimpinan dan karyawan. Bagi pimpinan hasil penilaian dapat digunakan dalam mengambil keputusan, meningkatkan pemahaman tentang pekerjaan, dan menindaklanjuti hasil penilaian, menjalin kerjasama

dengan karyawan dalam rangka meninjau perilaku yang berkaitan dengan kinerja, serta menyusun suatu rencana untuk memperbaiki setiap penyimpangan agar sesuai dengan standar yang disepakati. Sedangkan manfaat bagi karyawan dapat mengetahui prestasi kerja yang telah dicapai, dapat dijadikan motivasi dalam meningkatkan kinerja di waktu mendatang sekaligus berusaha memperbaiki kesalahan.

Penilaian kinerja perawat pelaksana dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu:

a. Penilaian perilaku dengan cara *self evaluation*.

Penilaian diri sendiri merupakan pendekatan yang paling umum digunakan untuk mengukur dan memahami perbedaan individu (Marquis & Huston, 2010; Wijono, 2018). Metode ini baik digunakan bila bertujuan untuk pengembangan dan umpan balik kinerja karyawan, penilaian dalam jumlah besar, biaya murah dan cepat.

Self evaluation dilakukan dengan meminta bidan untuk menilai diri sendiri tentang perilakunya dalam memberikan asuhan kebidanan. Melalui penilaian ini dapat diketahui tiga jenis informasi yang berbeda mengenai perilaku perawat dalam melakukan pekerjaan, yakni: 1) informasi berdasarkan sifat, yaitu mengidentifikasi sifat karakter subyektif perawat seperti inisiatif dan kreativitas, 2) informasi berdasarkan perilaku, yaitu berfokus pada perilaku tertentu yang mendukung keberhasilan kerja, dan 3)

informasi berbasis hasil, yaitu dengan memperhitungkan pencapaian kerja karyawan.

Siagian (2015) menyatakan penilaian diri sendiri bila dikaitkan dengan pengembangan karir pegawai berarti seorang mampu melakukan penilaian yang obyektif mengenai diri sendiri, termasuk mengenai potensinya yang masih dapat dikembangkan. Meskipun dalam menilai diri sendiri seseorang akan cenderung menonjolkan ciri-ciri positif mengenai dirinya, namun orang yang sudah matang jiwanya akan mengakui bahwa dalam dirinya terdapat kelemahan. Pengakuan demikian akan mempermudahnya menerima bantuan orang lain seperti supervisor untuk mengatasinya.

Pengenalan ciri-ciri positif dan negatif yang terdapat dalam diri seseorang akan merupakan dorongan kuat baginya untuk lebih meningkatkan kemampuan kerja, baik dengan menggunakan ciri-ciri positif sebagai modal maupun dengan usaha yang sistematis untuk menghilangkan atau paling sedikit mengurangi ciri-ciri negatifnya. Metode ini juga dipakai dalam kegiatan penerapan praktik keperawatan profesional yang dikembangkan oleh Keliat (2011).

b. Penilaian hasil kerja

Hasil kerja perawat pelaksana salah satunya dapat dinilai melalui dokumentasi asuhan keperawatan. Melalui penilaian ini dapat diketahui seberapa baik perawat melakukan pekerjaan mereka jika dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan, sebab

kinerja perawat pada dasarnya adalah apa yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh perawat.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa penilaian kinerja adalah proses penilaian yang dilakukan pimpinan atau atasan untuk mengevaluasi bawahan dengan cara membandingkan antara uraian pekerjaan yang telah disusun sebelumnya (standar kerja) dengan pekerjaan yang dilakukan bawahan dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kerja.

3. Komponen Penilaian Kinerja

Mangkunegara (2017) berpendapat, komponen yang dinilai dalam kinerja karyawan terdiri dari hal-hal sebagai berikut :

a. Pengetahuan tentang pekerjaan

Pengetahuan ini meliputi pemahaman tentang tugas dan tanggung jawab dalam bekerja, memiliki pengetahuan di bidang yang berhubungan dengan peraturan, prosedur dan keahlian teknis, dapat menggunakan informasi, material, peralatan dan teknik dengan tepat dan benar, mampu mengikuti perkembangan peraturan, prosedur dan teknik terbaru dalam keperawatan.

b. Kualitas kerja

Faktor-faktor kualitas kerja meliputi menunjukkan perhatian cermat terhadap pekerjaan, mematuhi peraturan dan prosedur kesehatan dan keselamatan kerja. Membuat keputusan yang berhubungan dengan pekerjaan, mengembangkan solusi alternatif dan tindakan yang tepat, dapat memahami keputusan dan tindakan

yang diambil. Perawat dituntut perhatian dalam melakukan asuhan keperawatan sesuai standar operasional prosedur.

c. Produktivitas

Meliputi menyelesaikan tugas kerja yang diberikan secara konsisten, menentukan dan mengatur prioritas kerja secara efektif, menggunakan waktu dengan efisien dan memelihara tempat kerja tetap teratur sesuai dengan fungsinya.

d. Adaptasi dan fleksibilitas

Meliputi menyesuaikan diri dengan segala perubahan dalam lingkungan pekerjaan, menunjukkan hasil kerja yang baik meskipun dibawah tekanan kerja, mempelajari dan menguasai informasi serta prosedur yang terbaru. Artinya sesibuk apapun pekerjaan perawat, dalam melakukan asuhan keperawatan harus menunjukkan hasil kerja yang baik.

e. Inisiatif dan pemecahan masalah

Meliputi mempunyai inisiatif, menghasilkan ide, tindakan dan solusi yang inovatif, mencari tantangan baru dan kesempatan untuk belajar, mengantisipasi dan memahami masalah yang mungkin terjadi, membuat solusi alternatif pada saat penyelesaian masalah.

f. Kooperatif dan kerjasama

Meliputi memelihara hubungan yang efektif, dapat bekerjasama dalam tim, memberikan bantuan dan dukungan pada orang lain serta mampu mengakui kesalahan sendiri dan mau belajar dari kesalahan tersebut.

g. Keandalan/pertanggungjawaban

Meliputi hadir secara rutin dan tepat waktu, mengikuti instruksi-instruksi, bekerja secara mandiri, menyelesaikan tugas dan memenuhi tanggung jawab sesuai dengan batas waktu yang ditentukan.

h. Kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi

Meliputi dapat berkomunikasi dengan jelas, selalu memberikan informasi kepada orang lain, dapat berinteraksi secara efektif dengan orang lain dari berbagai jenis pekerjaan, memelihara sikap yang baik dan professional dalam segala hubungannya antar individu, mampu memecahkan masalah, mau menerima masukan dari orang lain.

4. Metoda Penilaian Kinerja

Metode penilaian kinerja dapat dilakukan dengan cara berorientasi ke masa lalu atau masa yang akan datang. Penilaian kinerja berorientasi masa lalu berdasarkan hasil yang telah dicapai. Pendekatan-pendekatan berorientasi masa lalu memiliki kekuatan dalam hal kinerja yang telah terjadi dan untuk beberapa hal mudah diukur. Kelemahan dalam teknik ini yakni kinerja yang tidak dapat diubah. Akan tetapi apabila kinerja masa lalu dievaluasi, para karyawan memperoleh umpan balik yang dapat mengarahkan kepada upaya-upaya perbaikan kinerja. Teknik-teknik penilaian jenis ini meliputi skala penilaian, daftar periksa, metode pilihan yang dibuat, metode kejadian kritis, dan metode catatan prestasi.

Penilaian kinerja berorientasi masa yang akan datang adalah penilaian kinerja karyawan saat ini serta penetapan sasaran prestasi

kerja dimasa yang akan datang, yaitu penilaian diri (*self assessment*), penilaian pendekatan *Management by Objective (MBO)* dan pusat-pusat penilaian (Marquis & Huston, 2010). Penilaian berorientasi masa depan berfokus pada kinerja masa depan dengan mengevaluasi potensi karyawan atau merumuskan tujuan kinerja masa depan. Ada empat pendekatan yang bisa digunakan untuk mengevaluasi kinerja masa depan yaitu penilaian diri, pengelolaan berdasarkan tujuan, penilaian psikologis dan pusat - pusat penilaian (Siagian, 2015).

5. Alat Ukur Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja seperti disebutkan oleh beberapa teori merupakan suatu hal yang penting bagi perusahaan. Penilaian kinerja perlu dilaksanakan menggunakan alat ukur yang tepat, sehingga hasilnya merupakan informasi atau data yang akurat yang dapat dimanfaatkan untuk kepentingan organisasi. Beberapa alat penilaian kinerja menurut Marquis dan Huston (2010) dapat berupa:

a. Skala peringkat sifat

Metode ini mengurutkan peringkat seseorang berdasarkan standar yang telah disusun, yang terdiri atas deskripsi pekerjaan, perilaku yang diinginkan atau sifat personal. Penilaian dibuat atas dasar skala dengan peringkat baik sekali sampai dengan kurang. Aspek yang dinilai meliputi kualitas dan kuantitas pekerjaan, kerjasama, inisiatif dan ketergantungannya terhadap orang lain.

b. Skala dimensi uraian tugas

Penilai melakukan penilaian berdasarkan skala yang sudah ditentukan berisikan uraian tugas masing-masing dari karyawan yang akan dinilai.

c. Skala perilaku yang dikerjakan

Penilai melakukan penilaian kinerja dengan skala yang sudah ditentukan dengan melihat dan mengobsevasi perilaku karyawan dalam melakukan pekerjaannya dalam kurun waktu yang ditentukan.

d. Metode *check list*

Cara ini merupakan cara yang efisien, perbedaannya dengan skala peringkat adalah pada tipe penilaian yang diberikan. Pada metode ini hanya terdapat pilihan yang bersifat dikotomi “Ya” atau “Tidak”. Keuntungannya adalah digunakan pada jumlah personel yang banyak, namun kerugiannya adalah sukar dibuat.

e. Metode penilaian *essey*

Penilaian yang dilakukan dengan cara menuliskan semua aspek yang ada pada karyawan yang akan dinilai. Metode ini memakan banyak waktu dan cenderung tidak objektif.

f. Metode terhadap lapangan

Cara ini digunakan bila seseorang dinilai oleh beberapa atasan /*supervisor*. Penilaian masing-masing *supervisor* dijumlahkan dan diperoleh angka rata-rata sebagai hasil penilaian, cara ini memakan waktu lebih banyak.

B. Bidan

Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan (Kemenkes RI, 2020).

Kompetensi Bidan adalah kemampuan yang dimiliki oleh lulusan pendidikan profesi Bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memberikan pelayanan kebidanan pada bayi baru lahir/neonatus, bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, pelayanan keluarga berencana, masa klimakterium, kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan, serta keterampilan dasar praktik klinis kebidanan (Kemenkes RI, 2020).

Standar kompetensi lulusan pendidikan profesi Bidan dengan sebutan Bidan minimal lulusan pendidikan Diploma III (tiga) Kebidanan dengan sebutan Ahli Madya. Selain itu tingkat pendidikan bidan mengalami perkembangan di Indonesia, yaitu Diploma 4 kebidanan , Starta Satu Kebidanan dan Strata dua kebidanan (Kemenkes RI, 2020).

Standar Komponen kompetensi bidan Menurut Kemenkes RI (2020), sebagai berikut:

1. Area Etik Legal dan Keselamatan Klien
 - a. Memiliki perilaku profesional.
 - b. Mematuhi aspek etik-legal dalam praktik kebidanan.
 - c. Menghargai hak dan privasi perempuan serta keluarganya.

d. Menjaga keselamatan klien dalam praktik kebidanan.

2. Area Komunikasi Efektif

a. Berkomunikasi dengan perempuan dan anggota keluarganya.

b. Berkomunikasi dengan masyarakat.

c. Berkomunikasi dengan rekan sejawat.

d. Berkomunikasi dengan profesi lain/tim kesehatan lain.

e. Berkomunikasi dengan para pemangku kepentingan (*stakeholders*).

3. Area Pengembangan Diri dan Profesionalisme

a. Bersikap mawas diri.

b. Melakukan pengembangan diri sebagai bidan profesional.

c. Menggunakan dan mengembangkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni yang menunjang praktik kebidanan dalam rangka pencapaian kualitas kesehatan perempuan, keluarga, dan masyarakat.

4. Area Landasan Ilmiah Praktik Kebidanan

a. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan tanggap budaya sesuai ruang lingkup asuhan:

1) Bayi Baru Lahir (Neonatus).

2) Bayi, Balita dan Anak Prasekolah.

3) Remaja.

4) Masa Sebelum Hamil.

5) Masa Kehamilan.

6) Masa Persalinan.

7) Masa Pasca Keguguran.

- 8) Masa Nifas.
- 9) Masa Antara.
- 10) Masa Klimakterium.
- 11) Pelayanan Keluarga Berencana.
- 12) Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Perempuan.

- b. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan penanganan situasi kegawatdaruratan dan sistem rujukan.
- c. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk dapat melakukan Keterampilan Dasar Praktik Klinis Kebidanan.

5. Area Keterampilan Klinis Dalam Praktik Kebidanan

- a. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi baru lahir (neonatus), kondisi gawat darurat, dan rujukan.
- b. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi, balita dan anak pra sekolah, kondisi gawat darurat, dan rujukan.
- c. Kemampuan memberikan pelayanan tanggap budaya dalam upaya promosi kesehatan reproduksi pada remaja perempuan.
- d. Kemampuan memberikan pelayanan tanggap budaya dalam upaya promosi kesehatan reproduksi pada masa sebelum hamil.
- e. Memiliki ketrampilan untuk memberikan pelayanan ANC komprehensif untuk memaksimalkan, kesehatan Ibu hamil dan janin serta asuhan kegawatdaruratan dan rujukan.
- f. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu bersalin, kondisi gawat darurat dan rujukan.

- g. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pasca keguguran, kondisi gawat darurat dan rujukan.
 - h. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu nifas, kondisi gawat darurat dan rujukan.
 - i. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada masa antara.
 - j. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada masa klimakterium.
 - k. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pelayanan Keluarga Berencana.
 - l. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pelayanan kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.
 - m. Kemampuan melaksanakan keterampilan dasar praktik klinis kebidanan.
6. Area Promosi Kesehatan dan Konseling
- a. Memiliki kemampuan merancang kegiatan promosi kesehatan reproduksi pada perempuan, keluarga, dan masyarakat.
 - b. Memiliki kemampuan mengorganisir dan melaksanakan kegiatan promosi kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.
 - c. Memiliki kemampuan mengembangkan program KIE dan konseling kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.
7. Area Manajemen dan Kepemimpinan

- a. Memiliki pengetahuan tentang konsep kepemimpinan dan pengelolaan sumber daya kebidanan.
- b. Memiliki kemampuan melakukan analisis faktor yang mempengaruhi kebijakan dan strategi pelayanan kebidanan pada perempuan, bayi, dan anak.
- c. Mampu menjadi *role model* dan agen perubahan di masyarakat khususnya dalam kesehatan reproduksi perempuan dan anak.
- d. Memiliki kemampuan menjalin jejaring lintas program dan lintas sektor.
- e. Mampu menerapkan Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan.

C. Pelayanan Antenatal care

1. Pengertian

Pelayanan *antenatal care* adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal, seperti yang ditetapkan dalam buku pedoman pelayanan antenatal bagi petugas puskesmas. Pelayanan antenatal yang lengkap mencakup banyak hal, seperti anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan kebidanan, pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, serta intervensi dasar dan khusus (sesuai risiko yang ada). Penerapan operasionalnya dikenal standar, minimal "10T" untuk pelayanan antenatal (Kemenkes RI, 2012).

Pelayanan *antenatal care* merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal (Kusmiyati, 2009). *Antenatal care* adalah

pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Manuaba, 2013).

Kunjungan *antenatal care* untuk pemantauan dan pengawasan kesejahteraan ibu dan anak minimal dilakukan empat kali selama kehamilan dalam waktu (Asrinah, 2010). Asuhan antenatal paling penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan. Kehamilan dapat menjadi masalah atau komplikasi setiap saat (Dewi dan Sunarsih, 2011).

Pelayanan antenatal terpadu dan berkualitas secara keseluruhan meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat.
- b. Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan
- c. Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman;
- d. Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit atau komplikasi.
- e. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- f. Melibatkan ibu dan keluarganya terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit atau komplikasi (Kemenkes RI, 2012).

2. Tujuan

Menurut Kemenkes RI (2012), saat ini dalam meningkatkan manajemen pelayanan antenatal adalah manajemen pelayanan

antenatal care terpadu, yakni pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil yang bertujuan:

a. Tujuan umum adalah:

Untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat dan melahirkan bayi yang sehat.

b. Tujuan khusus adalah:

- 1) Menyediakan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas, termasuk konseling kesehatan dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI.
- 2) Menghilangkan "*missed opportunity*" pada ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif, dan berkualitas.
- 3) Mendeteksi secara dini kelainan atau penyakit atau gangguan yang diderita ibu hamil.
- 4) Melakukan intervensi terhadap kelainan atau penyakit atau gangguan pada ibu hamil sedini mungkin.
- 5) Melakukan rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada.

3. Sasaran Manajemen Pelayanan *Antenatal care* Terpadu

Sasaran manajemen pelayanan *antenatal care* terpadu adalah sebagai berikut:

a. Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan

terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke 8.

b. Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar (1-1-2). Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut: minimal satu kali pada trimester 1 (0 - 12 minggu), minimal satu kali pada trimester ke-2 (>-12 - 24 minggu), dan minimal 2 kali pada trimester ke-3 (>- 24 minggu sampai dengan kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan atau indikasi dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan.

c. Penanganan Komplikasi (PK)

Penanganan komplikasi kebidanan, penyakit menular maupun tidak menular serta masalah gizi yang terjadi pada waktu hamil, bersalin dan nifas. Pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi. Komplikasi kebidanan, penyakit dan masalah gizi yang sering terjadi adalah perdarahan, preeklampsia atau eklampsia, persalinan macet, infeksi, abortus, malaria, HIV atau AIDS, sifilis, TB, hipertensi, diabetes meliitus, Anemia Gizi Besi (AGB) dan Kurang Energi Kronis (KEK) (Kemenkes RI, 2012).

4. Standar Pelayanan ANC

Menurut Jannah (2013), mengungkapkan bahwa standar asuhan kehamilan adalah sebagai berikut:

a. Standar 3: Identifikasi ibu hamil

Melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan motivasi untuk pemeriksaan dini dan teratur.

b. Standar 4: Pemeriksaan dan pemantauan *antenatal care* sedikitnya 4 kali pelayanan kehamilan:

- 1) Satu kali pada Trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu).
- 2) Satu kali pada Trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu).
- 3) Dua kali pada Trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu).

c. Standar 5 Palpasi abdominal.

d. Standar 6 Pengelolaan anemia pada kehamilan.

e. Standar 7 Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan.

f. Standar 8 Persiapan persalinan:

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami, serta keluarganya pada trimester ke-3 untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik. Disamping itu persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk juga harus direncanakan bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah.

Menurut Romauli (2011), standar asuhan kehamilan meliputi Kunjungan ANC dan standar pemeriksaan ANC sebagai berikut:

a. Kunjungan *Antenatal care* (ANC) minimal:

- 1) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- 2) Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu)
- 3) Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu)

b. Standar pemeriksaan *antenatal care*

Menurut Kemenkes RI (2014), dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus Memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari 10 T, sebagai berikut:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya *CPD (Cephalo Pelvic Disproportion)*.

2) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah > 140 atau 90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).

3) Nilai status Gizi (Ukur lingkar lengan atas atau LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung

lama (beberapa bulan atau tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Ukur Tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali atau menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali atau menit menunjukkan adanya gawat janin (normal: 120-159 kali atau menit).

6) Skrining Status Imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu

hamil diskriming status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT *Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

7) Beri Tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

8) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV dan lain-lain). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal (seperti ibu yang mengalami pre eklampsia).

9) Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat *antenatal care*

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat *antenatal care* tersebut meliputi:

1) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga

untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

3) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga.

5) Pemeriksaan darah Malaria (*rapid test*)

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak

pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.

6) Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan trimester I.

7) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama dilakukan pada ibu hamil di daerah terkonsentrasi HIV dan ibu hamil risiko tinggi terinfeksi HIV. Setiap ibu hamil ditawarkan untuk dilakukan tes HIV dan segera dikonseling. Teknik ini disebut *Provider Initiated Testing and Counselling (PITC)* atau Konseling dan Testing atas Inisiasi Petugas (KTIP). Ibu hamil positif HIV segera dilakukan rujukan untuk mendapatkan terapi obat *Anti Retroviral Treatment (ART)*.

8) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya.

9) Tatalaksana atau penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan

kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temu wicara (konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

- a) Kesehatan ibu
- b) Perilaku hidup bersih dan sehat
- c) Peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- e) Asupan gizi seimbang
- f) Gejala penyakit menular dan tidak menular.
- g) Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) untuk mencegah bayi mengalami tetanus neonatorum. Setiap ibu hamil minimal mempunyai status imunisasi T2 agar terlindungi terhadap infeksi tetanus.

Menurut kebijakan program pelayanan asuhan antenatal, standar minimal pelayanan ibu hamil ada 14 T, yaitu meliputi (Kemenkes RI, 2012):

- 1) Penimbangan berat Badan : Timbang berat badan setiap kali kunjungan. Kenaikan berat badan normal pada waktu hamil ialah sebesar pada Trimester I 0,5 Kg perbulan dan Trimester II-III 0,5 Kg perminggu. Dengan kenaikan berat

badan rata-rata sebesar 6-12 kg selama kehamilan, Maksimal mengalami kenaikan berat badan sebesar 12 Kg dan minimal sebesar 6-7 Kg. Perhatikan besar kenaikan berat badan ibu, jangan sampai ibu mengalami penurunan berat badan atau jangan sampai ibu mengalami obesitas.

- 2) Ukur Tekanan Darah :Tekanan darah yang normal 110/80 – 140/90 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi maupun eklamsi.
- 3) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) :Perhatikan ukuran TFU ibu apakah sesuai dengan Umur Kehamilan atau tidak
- 4) Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan
- 5) Pemberian imunisasi TT: selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T0 maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu / 1 bulan). Bagi bumil dengan status T2 maka bisa diberikan 1 kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya 6 bulan. Bila statusnya T3 maka suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4 pun dapat

diberikan sekali suntikan (TT5) bila suntikan terakhir telah lebih dari satu tahun dan bagi ibu hamil dengan status T5 tidak perlu disuntik TT lagi karena mendapatkan kekebalan seumur hidup (25 tahun).

- 6) Pemeriksaan Hb :Hb pada ibu hamil tidak boleh kurang dari 11 gr% karena ditakutkan ibu akan Mengalami anemia.
- 7) Pemeriksaan VDRL
- 8) Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara
- 9) Pemeliharaan tingkat kebugaran / senam ibu hamil
- 10) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan
- 11) Pemeriksaan protein urine atas indikasi
- 12) Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi
- 13) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok
- 14) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria

5. Penyelenggaraan manajemen pelayanan *antenatal care*

Menurut Kemenkes RI (2014), penyelenggaraan manajemen pelayanan *antenatal care* terdiri dari input, proses dan output sebagai berikut:

a. Input

Input yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan antenatal terpadu antara lain meliputi:

- 1) Adanya norma, standar, prosedur dan kriteria (NSPK) pelayanan antenatal terpadu.
- 2) Adanya perencanaan dan penganggaran tahunan tingkat pusat, provinsi dan kabupaten atau kota untuk penyelenggaraan pelayanan antenatal terpadu di fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) Adanya sarana dan fasilitas kesehatan sesuai standar dalam menyelenggarakan pelayanan antenatal terpadu.
- 4) Adanya logistik yang dibutuhkan untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan antenatal terpadu.
- 5) Adanya tenaga pengelola program KIA yang sesuai untuk mengelola pelayanan antenatal terpadu di tingkat provinsi dan kabupaten atau kota.
- 6) Adanya tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan antenatal terpadu sesuai standar.
- 7) Adanya informasi sistem dan tempat rujukan bagi masing-masing kasus dalam pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu.
- 8) Adanya informasi status endemisitas dan daerah berisiko tinggi penyakit yang mempengaruhi kehamilan.
- 9) Adanya pedoman pelaksanaan program terkait dengan pelayanan antenatal terpadu.

b. Proses

- 1) Sosialisasi norma, standar, prosedur dan kriteria (NSPK) pelayanan antenatal terpadu secara berjenjang.
- 2) Penyusunan perencanaan dan penganggaran program KIA tahunan tingkat pusat, provinsi dan kabupaten atau kota

untuk penyelenggaraan pelayanan antenatal terpadu di fasilitas pelayanan kesehatan.

- 3) Melaksanakan pelayanan antenatal terpadu di sarana dan fasilitas kesehatan.
- 4) Menggunakan logistik sesuai kebutuhan dalam penyelenggaraan pelayanan antenatal terpadu.
- 5) Standarisasi pengelola program KIA dalam penyelenggaraan pelayanan antenatal terpadu di tingkat propinsi dan kabupaten atau kota.
- 6) Standarisasi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan antenatal terpadu.
- 7) Menggunakan informasi, sistem dan tempat rujukan kasus dalam pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu.
- 8) Menggunakan informasi endemisitas dan daerah berisiko tinggi terjadinya penyakit terkait kehamilan dalam memberikan pelayanan antenatal terpadu.
- 9) Menggunakan pedoman pelaksanaan program terkait dalam menyelenggarakan pelayanan antenatal terpadu.

c. Output

- 1) Tersosialisasinya norma, standar, prosedur dan kriteria (NSPK) pelayanan antenatal terpadu.
- 2) Terlaksananya pelayanan antenatal terpadu di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai perencanaan yang didukung anggaran tahunan di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten atau kota.

- 3) Terlaksananya pelayanan antenatal terpadu di sarana dan fasilitas kesehatan yang telah terstandar.
- 4) Digunakannya logistik pendukung yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan antenatal terpadu.
- 5) Tenaga pengelola program KIA mampu mengelola pelayanan antenatal terpadu di tingkat propinsi dan kabupaten atau kota.
- 6) Tenaga kesehatan mampu memberikan pelayanan antenatal terpadu sesuai standar.
- 7) Digunakannya informasi sistem dan tempat rujukan dalam pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu. Pelayanan antenatal terpadu terlaksana sesuai dengan status endemisitas dan daerah berisiko tinggi penyakit yang mempengaruhi kehamilan.
- 8) Digunakan informasi endemisitas dan daerah berisiko tinggi terjadinya penyakit terkait kehamilan dalam memberikan pelayanan antenatal
- 9) Digunakan pedoman pelaksanaan program terkait dalam menyelenggarakan pelayanan antenatal terpadu.

D. Faktor – faktor yang mempengaruhi Kinerja Bidan Dalam Pelayanan *Antenatal care*

Pengertian kinerja disampaikan oleh beberapa ahli, menurut As'ad (2016) kinerja adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan. Kinerja diartikan sebagai penampilan secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang

pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, 2017). Wijono (2018) menyebutkan bahwa kinerja adalah penampilan hasil personal baik kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi yang merupakan penampilan individu atau kelompok.

Model teori kinerja Gibson yang melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Pertama adalah variabel individu yang dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu, sedangkan variabel demografi mempunyai efek tidak langsung pada praktik dan kinerja individu. Kedua adalah variabel psikologi, terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel ini menurut Gibson banyak dihubungkan oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografi. Variabel ketiga adalah organisasi yang berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu, variabelnya dikelompokkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan (Gibson dalam Wijono, 2018).

1. Variabel individu

Menurut Syafrudin dan Hamidah (2009), pengertian bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan kebidanan yang diakui oleh pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan

persyaratan yang berlaku dicatat (register) diberi ijin secara sah untuk menjalankan praktek.

Bidan adalah salah satu tenaga kesehatan dalam sistem kesehatan dan memiliki posisi strategis dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan pelayanan Keluarga Berencana (KB) dalam upaya pengendalian pertumbuhan penduduk, serta peningkatan kesejahteraan masyarakat khususnya perempuan dan anak. Bidan dalam memberikan pelayanan harus mampu menghadapi tuntutan yang terus berubah seiring perkembangan masyarakat dan dinamika kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IBI, 2012).

Faktor karakteristik individu bidan yang mempengaruhi dalam pelayanan *antenatal care* adalah sebagai berikut:

a. Umur

Faktor umur akan mempunyai hubungan terhadap kekuatan fisik dan psikis seseorang. Pada usia-usia tertentu seseorang akan mengalami perubahan prestasi kerja. Usia muda lebih mudah dikenai persuasi atau lebih mudah untuk diberikan masukan mengenai hal yang baru dengan pendekatan. Artinya bahwa seseorang dengan usia muda lebih mudah didekati dan lebih mudah diberi masukan hal-hal yang baru dibandingkan dengan seseorang dengan usia tua (Azwar, 2013).

Pembagian umur dewasa berdasarkan psikologi perkembangan (Hurlock, 2009) terbagi atas tingkatan umur manusia, yaitu masa

dewasa awal (umur 20-30 tahun), masa dewasa tengah (umur 31-59 tahun) dan masa dewasa akhir (60 tahun sampai ke kematian).

Penelitian yang dilakukan Suhat (2009) dalam pelaksanaan manajemen KIA puskesmas oleh bidan koordinator mengemukakan pada umur > 30 tahun dan < 30 tahun tidak berhubungan terhadap kinerja bidan.

b. Pendidikan

Sebagian besar pendidikan responden adalah D III Kebidanan. Bidan yang ditunjuk menjadi bidan KIA di puskesmas biasanya dipilih selain karena telah berusia matang, tetapi juga memiliki pendidikan yang memadai. Responden dengan pendidikan DI biasanya karena telah mempunyai masa kerja yang cukup. Akan tetapi tingkat pendidikan juga dihubungkan oleh lama kerja, sehingga tingkat pendidikan semakin baik dibarengi dengan lama kerja, kinerja dalam pelayanan ANC akan semakin baik (Suhat, 2009).

Menurut Asrinah (2010), tingkat pendidikan bidan saat ini adalah sebagai berikut:

- 1) Pendidikan tingkat Diploma I saat sekarang ini dianggap tidak mampu memenuhi pelayanan praktek kebidanan dan tidak boleh melakukan praktek mandiri.
- 2) Pendidikan tingkat Diploma III menerapkan ilmu pengetahuan kebidanan dalam bentuk memberikan pelayanan kebidanan terorganisir dan praktek mandiri.
- 3) Diploma IV Kebidanan menerapkan ilmu pengetahuan klinik kebidananya dan penunjang yang sifatnya khusus memberikan

layanan langsung pada pasien maupun memberikan pendidikan kepada tingkat pendidikan bawah.

- 4) Sarjana kebidanan memberikan pelayanan langsung, baik pada tatanan institusi maupun tatanan layanan masyarakat. Lulusan program Sarjana ini dapat berperan sebagai pemberi layanan di kebidanan, pengelola layanan kebidanan atau kesehatan, peneliti, pendidik, maupun menyelenggarakan praktek sendiri.

Lulusan kebidanan wajib berperan aktif dan ikut serta dalam penentuan kebijakan di bidang kesehatan dan mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan berkualitas terhadap masyarakat terutama pada Ibu dan bayi (Asrinah, 2010).

c. Masa kerja

Masa kerja sebenarnya dapat menjadi penentu apakah seorang bidan tepat untuk melaksanakan pekerjaan sebagai bidan. Semakin lama masa kerja seorang bidan, diharapkan akan lebih menguasai keadaan di wilayah kerjanya. Akan tetapi masa kerja juga dihubungkan oleh tanggung jawab dalam pelaksanaan ANC, sehingga masa kerja tidak terlalu berhubungan dalam pelaksanaan manajemen KIA (Suhat, 2009).

Masa kerja adalah jangka waktu orang sudah bekerja pada suatu kantor, badan dan sebagainya. Masa kerja (lama kerja) seseorang perlu diketahui karena dapat menjadi salah satu indikator tentang kecenderungan para pekerja. Misalnya dikaitkan dengan produktifitas kerja, semakin lama seseorang bekerja semakin tinggi pula produktivitasnya, karena akan semakin berpengalaman dalam

menyelesaikan tugas yang dipercayakan padanya (Siagian, 2015). Lahirnya IBI tanggal 24 Juni 1951 oleh bidan-bidan senior diputuskan beberapa kesepakatan yang dapat dikategorikan visi dan misi IBI seperti evaluasi dalam kurun waktu 5 tahun, surat ljin praktik bidan, sertifikasi Uji Kompetensi bidan dan sertifikasi bidan Delima diperbaharui setiap 5 tahun. oleh sebab itu masa kerja bidan dapat dikategorikan masa kerja < 5 tahun, < 10 tahun, dan >10 tahun. Karena masa kerja diekspresikan sebagai pengalaman kerja, lebih 10 tahun masa kerja dianggap Senioritas (Karwati, 2011).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mardiah (2013) terdapat hubungan antara masa kerja dengan kinerja bidan dalam cakupan K4 dengan tingkat kemaknaan P. Value 0,000. Masa kerja bidan sangat mempengaruhi dengan kinerja bidan dalam kunjungan K4 pada ibu hamil, semakin senior bidan tersebut semakin baik kinerjanya dibandingkan bidan yang senioritasnya lebih rendah. Maka kesimpulannya dengan lamanya masa kerja semakin banyak pengalaman atau pelajaran yang didapatkan, maka kinerja pun semakin baik pula sehingga dalam melakukan pelayanan pada pemeriksaan ibu hamil bidan bisa 25 melakukan sesuai dengan standar sehingga cakupan pelayanan ibu hamil tercapai sesuai dengan yang ditetapkan sehingga pasien mau melakukan kunjungan ulang.

d. Status Kepegawaian

Menurut Hasibuan (2012) bahwa Sumber daya manusia merupakan kemampuan terpadu dari daya pikir dan fisik yang dimiliki

individu. Perilaku dan fisik ditentukan oleh keturunan dan lingkungannya. sedangkan prestasi kerja dimotivasi oleh keinginan untuk memenuhi keinginan kepuasannya.

Menurut Nawawi (2015) sumber daya manusia adalah

- 1) Manusia yang bekerja di lingkungan suatu organisasi (sering disebut juga personil, tenaga kerja, pegawai atau karyawan).
- 2) Sumber daya manusia adalah potensi manusiawi sebagai penggerak organisasi dalam mewujudkan eksistensinya.
- 3) Sumber daya manusia adalah potensi dan merupakan aset dan berfungsi sebagai modal (non material/non finansial) di dalam organisasi, yang diwujudkan menjadi potensi nyata secara fisik dan non fisik dalam mewujudkan eksistensi organisasi.

Bidan yang bertugas di Indonesia dapat dibedakan menjadi dua yaitu Bidan Pegawai Tidak Tetap (PTT) yang biasanya ditugaskan di desa-desa dan Bidan Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang bertugas di Puskesmas atau Rumah Sakit. Sebagian Bidan Desa pada Kinerja Bidan mempunyai status kepegawaian PNS. Pada dasarnya institusi harus menggunakan personel (Bidan Desa) yang dipekerjakan oleh atau dibawah kontrak institusi (PNS). Karena itu ketika personel kontrak, institusi harus memastikan bahwa petugas tersebut diawasi dan kompeten serta bekerja sesuai dengan sistem (Syafrudin dan Hamidah, 2009).

2. Variabel Psikologis

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek dan penginderaan terjadi melalui indera penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa, dan raba. Pengetahuan/kognisi merupakan domain yang sangat penting untuk terbetuknya tindakan seseorang. Pada umumnya seseorang memperoleh pengetahuan dari berbagai sumber baik atas inisiatif sendiri maupun orang lain (Notoatmodjo, 2011).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mardiah, L (2013) terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kinerja bidan dalam cakupan K4 dengan tingkat kemaknaan *P. Value* 0,01. Bahwa pengetahuan bidan berhubungan dengan kinerja bidan dalam kunjungan K4 karena jika bidan mempunyai pengetahuan yang baik maka bidan mampu memberikan pelayanan yang baik pula terhadap pasien sehingga pasien merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh bidan dan pasien mau melakukan kunjungan ulang dengan demikian memberikan motivasi kepada bidan untuk meningkatkan kinerjanya.

b. Sikap

Sikap adalah kesiapan seseorang untuk bertindak (G.W. Alport 1935 dalam Prayoto, 2014). Selain itu Sikap adalah keadaan mental dan syaraf dari kesiapan, yang diatur melalui 22 pengalaman yang memberikan hubungan dinamika atau terarah terhadap respon individu pada semua obyek dan situasi yang berkaitan dengannya.

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2011).

Sikap tenaga kesehatan yang sebaik-baiknya adalah sikap yang tidak keluar dari jalur aturan kode etik dan disiplin ilmu kesehatan. Selain itu sikap tenaga kesehatan harus dibarengi dengan sikap sabar, tegas, cepat dalam bertindak, supel dan sebagainya. Sikap tenaga kesehatan tentu dibarengi warna kepribadiannya yang berpolakan kepribadian tenaga kesehatanyang diwarnai watak/karakter, baik habit, temperamen yang sudah *homeo stalin*. Sikap tenaga kesehatan harus dimulai dari motivasi dan persepsi yang berlandaskan profesi (Rusmini, 2009).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nur, F (2013) terdapat hubungan antara sikap dengan peran bidan dalam pencapaian cakupan K4 dengan tingkat kemaknaan P. *Value* 0,64. Bidan yang pernah memiliki sikap positif akan cenderung berperan baik dalam pencapaian cakupan K4 1 kali dibandingkan bidan yang memiliki sikap negatif.

c. Motivasi

Motivasi adalah rangsangan dari luar dalam bentuk benda atau bukan benda yang dapat menumbuhkan dorongan pada orang untuk memiliki, menikmati, menguasai, atau mencapai benda/bukan benda tersebut (Mubarak, 2011). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mardiah, L (2013) terdapat hubungan motivasi dalam kunjungn K4 dengan kinerja bidan pada pemeriksaan ibu hamil yaitu dengan tingkat kemaknaan P. *value* 0,000.

Motivasi adalah sebagai pendorong bagi bidan dalam melaksanakan kunjungan k4 pada pemeriksaan ibu hamil, disini dapat kita dilihat dari kemauan dan kemampuan tinggi beradaptasi dengan masyarakat dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya sehingga dalam pelaksanaan tugas terlaksana secara optimal dan pasien pun mau melakukan kunjungan ulang kepukesmas tersebut dan bidan pun semakin termotivasi dalam memberikan pelayanan pemeriksaan ibu hamil kepada pasien sehingga dengan demikian kinerja bidan semakin baik dan memuaskan.

3. Variabel Organisasi

a. Keterampilan seorang pimpinan

Menurut Muninjaya (2011), seorang pimpinan dituntut memiliki keterampilan khusus yang bersifat peminanial sesuai dengan kedudukannya dalam organisasi. Dalam sebuah organisasi yang besar seperti Departemen Kesehatan, kedudukan pimpinan bedakan menjadi tiga tingkatan yaitu pimpinan tingkat tinggi (*top level manager* atau pimpinan puncak), pimpinan tingkat menengah (*middle level manager* atau pimpinan madya), dan pimpinan tingkat bawah (*low level manager* atau pimpinan teknis atau operasional). Berdasarkan ketiga tingkatan pimpinan tersebut, yaitu:

1) Keterampilan yang bersifat teknis (*technical skill*)

Keterampilan ini meliputi kemampuan pimpinan untuk menggunakan pengetahuan, metode, teknik atau peralatan yang diperlukan untuk melaksanakan tugas-tugas organisasi.

Peningkatan keterampilan seorang pimpinan harus disesuaikan dengan pengalaman, pendidikan, dan pelatihan yang sudah pernah mereka ikuti. Misalnya, seorang pimpinan Puskesmas atau RS perlu memiliki pengetahuan teknis tentang tugas-tugas staf yang dipimpinnya meskipun tidak terampil melaksanakannya.

2) Keterampilan hubungan antar manusia (*human relation skill*)

Keterampilan ini meliputi kemampuan bekerja sama dengan orang lain, termasuk memotivasi orang lain dan menerapkan kepemimpinan yang efektif. Seorang pimpinan selalu dituntut untuk memahami hakekat hubungan antar manusia dan memanfaatkannya semaksimal mungkin keterampilan ini untuk mengembangkan dinamika kelompok agar mampu menjaga produktivitas kerja staf. Untuk maksud tersebut, seorang pimpinan harus lebih banyak memahami perilaku manusia dan menerapkan prinsip-prinsip pengembangan motivasi dan kepemimpinan yang efektif.

3) Keterampilan yang bersifat konseptual (*Conceptual Skill*)

Keterampilan ini membutuhkan pengetahuan tentang seluruh aspek organisasi yang dipimpinnya. Dengan kemampuan ini, seorang pimpinan akan bertindak sesuai dengan visi, misi, tujuan organisasi dan bukan hanya didasarkan pada kepentingan sesaat, atau kepentingan individu atau kelompok semata-mata. Untuk menerapkannya, seorang pimpinan harus memahami kebijaksanaan pimpinannya yang lebih tinggi (organisasi pusat atau induk organisasi) dan kebijakan yang bersifat strategic (supra sistem yaitu visi dan misi organisasi). Pemimpin juga harus

mampu mengembangkan kebijakan operasional untuk mencapainya. Untuk itu, seorang pimpinan tingkat tinggi dituntut lebih banyak mengembangkan nalar dan kepekaannya terhadap masalah organisasi secara makro (menyeluruh, supra sistem) dibandingkan dengan para pimpinan di bawahnya. Selain itu, pimpinan puncak dalam sebuah organisasi juga perlu memahami kebutuhan organisasi yang dipimpinnya (Muninjaya, 2011).

Menurut Ayuningtyas (2008), mengungkapkan bahwa hubungan kepemimpinan terhadap kinerja bidan sebagai berikut:

1) Keterlibatan pegawai

Penatalaksanaan ANC adalah tugas pokok dan tanggungjawab bidan. Melibatkan bidan dalam setiap pengambilan keputusan yang mempengaruhi mereka dan hubungan mereka dengan pekerjaan, tugas dan organisasi KIA akan membuat mereka lebih bertanggung jawab. Temuan di lapangan juga memperlihatkanterdapat persepsi yang bervariasi tentang keterlibatan, misalnya sebagian besar bidan merasa institusi atau pimpinan dalam melaksanakan kegiatannya selalu melibatkan pegawainya, meminta saran, masukan dan pendapat, serta tidak ragu bertanya minta gagasan dan pikiran dari pegawainya, sebagian lagi menyatakan sebaliknya.

2) Kompensasi yang seimbang

Kompensasi dapatmeningkatkan atau menurunkan prestasi kerja, kepuasan kerja, maupun motivasi kerja pegawai,

karena dalam memberikan kompensasi harus berlandaskan kepada kebenaran, kewajaran dan rasa keadilan. Sebagian besar bidan merasa belum menerima imbalan (di luar gaji) secara adil dan wajar sesuai beban kerja, tidak mensejahterakan mereka, sementara sebagian lain menganggap imbalan wajar mereka terima apabila telah bekerja baik atau bahkan bekerja adalah wajib walaupun tanpa insentif. Tentang *reward and punishment* system atasan terhadap hasil kerja keras Bidan masih belum berjalan baik, meskipun pemenuhan standar kebutuhan hidup minimum mereka sudah cukup baik. Situasi tersebut dapat diterangkan, yaitu penghasilan yang dapat memenuhi standar kebutuhan hidup minimum merupakan prasyarat untuk mencapai kerja yang lebih produktif.

3) Keselamatan lingkungan kerja

Lingkungan kerja yang nyaman dan kondisi kerja yang manusiawi merupakan prasyarat untuk mencapai kerja yang produktif. Perhatian terhadap lingkungan kerja dapat menumbuhkan semangat dan kecepatan kerja sehingga dapat meningkatkan kinerja bidan. Sebagian besar bidan merasa bahwa kesehatan lingkungan kerja bukan hal penting karena mereka beranggapan lingkungan kerja bidan bukan lingkungan yang berisiko tinggi terhadap keselamatan dan keamanan kerjanya. Temuan menarik lainnya adalah sebagian besar bidan

menyatakan kewajiban institusi dalam menciptakan dan meningkatkan serta memelihara tempat kerja yang aman dan sehat bagi pekerja, mematuhi standar dan syarat kerja yang berkaitan dengan keselamatan kerja sudah berjalan baik.

b. Fasilitas yang tersedia

Fasilitas yang tersedia tidak memiliki hubungan signifikan dengan peningkatan ANC Bidan. Selain prasarana pendukung baik berupa fisik atau non fisik yang diberikan institusi di tempat pekerjaan penting dalam upaya meningkatkan pelayanan ANC bidan di Puskesmas, akan tetapi rasa tanggung jawab terhadap tugas pokok dan motivasi kerja dengan komitmen tinggi bidan yang sangat berhubungan dalam penatalaksanaan ANC (Nisa, 2018).

Lingkungan dan fasilitas atau alat merupakan faktor yang mendukung untuk melaksanakan tindakan atau kegiatan. Lingkungan meliputi ruangan pemeriksaan ibu hamil yang memenuhi standar kesehatan yaitu tersedianya air bersih yang memenuhi syarat fisik, kimia dan bakteriologik, pencahayaan yang cukup, ventilasi yang cukup serta terjamin keamanannya. Sedangkan fasilitas suatu alat atau sarana untuk mendukung melaksanakan tindakan atau kegiatan, pengelolaan logistik yang baik dan mudah diperoleh serta pencatatan dan pelaporan yang lengkap dan konsisten (Aryanti, 2010).

c. Kompetensi teknis

Kompetensi teknis menyangkut ketrampilan, kemampuan, dan penampilan atau kinerja pemberi layanan kesehatan. Kompetensi teknis itu berhubungan dengan bagaimana pemberi layanan kesehatan mengikuti standar layanan kesehatan yang telah disepakati, yang meliputi kepatuhan, ketepatan, kebenaran dan konsistensi. Tidak dipenuhinya kompetensi teknis dapat mengakibatkan berbagai hal, mulai dari penyimpangan kecil terhadap standar layanan kesehatan, sampai kepada kesalahan fatal yang dapat menurunkan mutu layanan kesehatan dan membahayakan jiwa pasien.

d. Prosedur atau Standar

Aplikasi program jaminan mutu di Puskesmas adalah dalam bentuk penerapan standar dan prosedur tetap pelayanan, agar hasil yang diperoleh tetap terjaga kualitasnya, meskipun pada kondisi lingkungan dan petugas yang berbeda atau bergantian. Standar adalah suatu pernyataan yang dapat dipergunakan untuk mengukur atau menilai efektifitas suatu sistem pelayanan. Standar adalah pernyataan yang dapat diterima dan disepakati tentang sesuatu (produk, proses, kegiatan, barang) yang dipergunakan untuk mengukur atau menilai efektifitas suatu sistem pelayanan (Muininjaya, 2011).

Standar menurut Meissenheimer dalam Ariyanti (2010), adalah ukuran yang ditetapkan dan disepakati bersama,

merupakan tingkat kinerja yang diharapkan. Dalam PP 102 tahun 2000 dijelaskan bahwa standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengalaman, yakni perkembangan masa kini dan masa yang akan datang. Dalam UU No.23 tahun 1992 pasal 53 ayat 2 disebutkan bahwa standar adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi dengan baik.

Keberadaan standar dalam pelayanan kesehatan akan memberikan manfaat, antara lain merupakan persyaratan profesi, dandasar untuk mengukur mutu. Ditetapkan standar juga akan menjaminkeselamatan pasien dan petugas penyedia pelayanan kesehatan. Pedoman standar pelayanan antenatal untuk memandu para pelaksana program agar tetap berpedoman pada standar yang telah ditetapkan, sehingga ada protokol dan petunjuk pelaksanaan. Protokol adalah suatu pernyataan tertulis yang disusun secara sistematis yang dipakai sebagai pedoman atau cara kerja oleh para pelaksana dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Semakin dipenuhi pedoman atau prosedur tetap pelayanan maka semakin tercapai standar yang ditetapkan. Pedoman atau prosedur tetap merupakan gambaran bagi

karyawan mengenai cara kerja atau tata kerja yang dapat dipakai sebagai pegangan apabila terdapat pergantian atau perubahan karyawan, sehingga dapat dipakai untuk menilai (Muninjaya, 2011).

E. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

1. Pengertian

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pengembangan kesehatan di suatu wilayah kerja (Azwar, 2013). Dengan kata lain puskesmas mempunyai wewenang dan tanggungjawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya.

Menurut Permenkes RI No. 75 Tahun 2014 puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya diwilayah kerjanya.

2. Visi dan Misi

Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas akan Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan Sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai

melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Muninjaya, 2011).

Indikator Kecamatan Sehat yang ingin dicapai mencakup 4 indikator utama yakni (1) lingkungan sehat, (2) perilaku sehat, (3) cakupan pelayanan kesehatan yang harus disesuaikan dengan situasi dan kondisi masyarakat serta wilayah kecamatan setempat. (4) Derajat Kesehatan Masyarakat kecamatan. Rumus visi untuk masing-masing Puskesmas harus mengacu pada visi pembangunan kesehatan Puskesmas di atas yakni terwujudnya kecamatan sehat, yang harus disesuaikan dengan situasi dan kondisi masyarakat serta wilayah kecamatan setempat (Azwar, 2013).

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut adalah :

- a. Selalu menggerakkan pembangunan di sektor lain yang diselenggarakan di wilayah kerjanya, agar memperhatikan aspek kesehatan, yaitu pembangunan yang tidak menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan, setidaknya terhadap lingkungan dan perilaku masyarakat.
- b. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi setiap keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas akan selalu berupaya agar setiap keluarga dan masyarakat yang bertempat tinggal di

wilayah kerjanya makin berdaya di bidang kesehatan, melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan menuju kemandirian untuk hidup sehat.

- c. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas akan selalu berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan memuaskan masyarakat, mengupayakan pemerataan pelayanan kesehatan serta meningkatkan efisien pengelolaan dan sehingga dapat dijangkau oleh seluruh anggota masyarakat.
- d. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta anggota masyarakat. Puskesmas akan selalu berupaya memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, sekeluarga dan masyarakat yang berkunjung dan yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya, tanpa diskriminasi dan dengan menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang sesuai. Upaya pemeliharaan dan peningkatan yang dilakukan Puskesmas mencakup pula aspek lingkungan dari yang bersangkutan.

3. Tujuan Puskemas

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesehatan, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di

wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Azwar, 2013).

4. Fungsi Puskesmas

Berdasarkan Permenkes No. 75 tahun 2014, fungsi Puskesmas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf a, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan; dan

- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- b. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- b. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
 - a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
 - b. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- c. Melaksanakan rekam medis;
- d. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
- e. Melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan;
- f. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- g. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

5. Kegiatan Pokok Puskesmas

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui Puskesmas yakni terwujudnya Kecamatan Sehat Menuju Indonesia Sehat, Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang keduanya jika dijangkau dari sistem kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua, yakni (Alamsyah, 2012):

a. Upaya kesehatan wajib

Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah:

- 1) Upaya promosi kesehatan
- 2) Upaya kesehatan lingkungan
- 3) Upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
- 4) Upaya perbaikan gizi masyarakat
- 5) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- 6) Upaya pengobatan

b. Upaya kesehatan pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang

ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok Puskesmas yang telah ada yakni:

- 1) Upaya kesehatan sekolah
- 2) Upaya kesehatan olah raga
- 3) Upaya perawatan kesehatan masyarakat
- 4) Upaya kesehatan kerja
- 5) Upaya kesehatan gigi dan mulut
- 6) Upaya kesehatan jiwa
- 7) Upaya kesehatan mata
- 8) Upaya kesehatan usia lanjut
- 9) Upaya pembinaan pengobatan tradisional (Muninjaya, 2011).

6. Azas penyelenggaraan

Penyelenggaraan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan harus menerapkan azas penyelenggaraan Puskesmas tersebut dikembangkan dari tiga fungsi Puskesmas dalam menyelenggarakan setiap upaya Puskesmas, baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan (Azwar, 2013).

Azas penyelenggaraan Puskesmas yang dimaksud adalah :

a. Azas pertanggungjawaban wilayah

Azas penyelenggaraan Puskesmas yang pertama adalah pertanggung jawaban wilayah. Dalam arti Puskesmas bertanggungjawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya. Untuk ini Puskesmas

harus melaksanakan berbagai kegiatan, antara lain sebagai berikut :

- 1) Menggerakkan pembangunan berbagai sektor tingkat kecamatan sehingga berwawasan kesehatan
- 2) Memantau dampak berbagai upaya pembangunan terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya
- 3) Membina setiap upaya kesehatan strata pertama yang diselenggarakan oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya
- 4) Menyelenggarakan upaya kesehatan strata pertama (primer) secara merata dan terjangkau di wilayah kerjanya (Munijaya, 2011).

b. Azas pemberdayaan masyarakat

Azas penyelenggaraan Puskesmas yang kedua adalah pemberdayaan masyarakat. Dalam arti Puskesmas wajib memberdayakan perorangan, keluarga dan masyarakat , agar berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas. Untuk ini, berbagi potensi masyarakat perlu dihimpun melalui pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP). Beberapa kegiatan yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas dalam rangka pemberdayaan masyarakat antara lain :

- 1) Upaya Kesehatan Ibu dan anak: Posyandu, Polindes, Bina Keluarga Balita (BKB)
- 2) Upaya Pengobatan : Posyandu, Pos Obat Desa (POD)
- 3) Upaya Pengobatan Gizi : Posyandu, Panti Pemulihan Gizi, Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

- 4) Upaya Kesehatan Sekolah: dokter kescil, penyertaan guru dan orang tua/wali murid, Saka Bhakti Husada (SBH), Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)
- 5) Upaya Kesehatan Lingkungan : Kelompok Pemakai Air (Pokmair), Desa Percontohan Lingkungan (DPKL)
- 6) Upaya Kesehatan Usia Lanjut : Posyandu Usila, Panti Wreda
- 7) Upaya Kesehatan Kerja : Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK)
- 8) Upaya Kesehatan Jiwa :Posyandu, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM)
- 9) Upaya Pembinaan Pengobatan tradisional : Taman Obat Keluarga (TOGA), Pembinaan Pengobatan Tradisional (Batta)
- 10) Upaya Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (inovatif) : dana sehat, Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin), mobilisasi dana keagamaan

c. Azas keterpaduan

Untuk mengatasi keterbatasan sumber daya serta diperolehnya hasil yang optimal, penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas harus diselenggarakan secara terpadu, jika mungkin sejak dari tahap perencanaan. Ada dua macam keterpaduan yang perlu dipertahankan yakni :

1) Keterpaduan lintas program

Keterpaduan lintas program adalah upaya memadukan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan yang menjadi tanggungjawab Puskesmas.

2) Keterpaduan lintas sektor

Kepaduan lintas sektor adalah upaya memadukan penyelenggaraan upaya Puskesmas (wajib, pengembangan dan inovasi) dengan berbagai macam program dari sektor terkait tingkat kecamatan, termasuk organisasi kemasyarakatan dan dunia usaha.

3) Azas rujukan

Azas penyelenggaraan Puskesmas yang keempat adalah rujukan. Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama, kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas berhadapan langsung dengan masyarakat dengan berbagai permasalahan kesehatannya. Untuk membantu Puskesmas menyelesaikan berbagai masalah kesehatan tersebut dan juga untuk meningkatkan efisiensi, maka penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas (wajib, pengembangan dan inovasi) harus di topang oleh azas rujukan.

F. Sintesis Penelitian Terdahulu

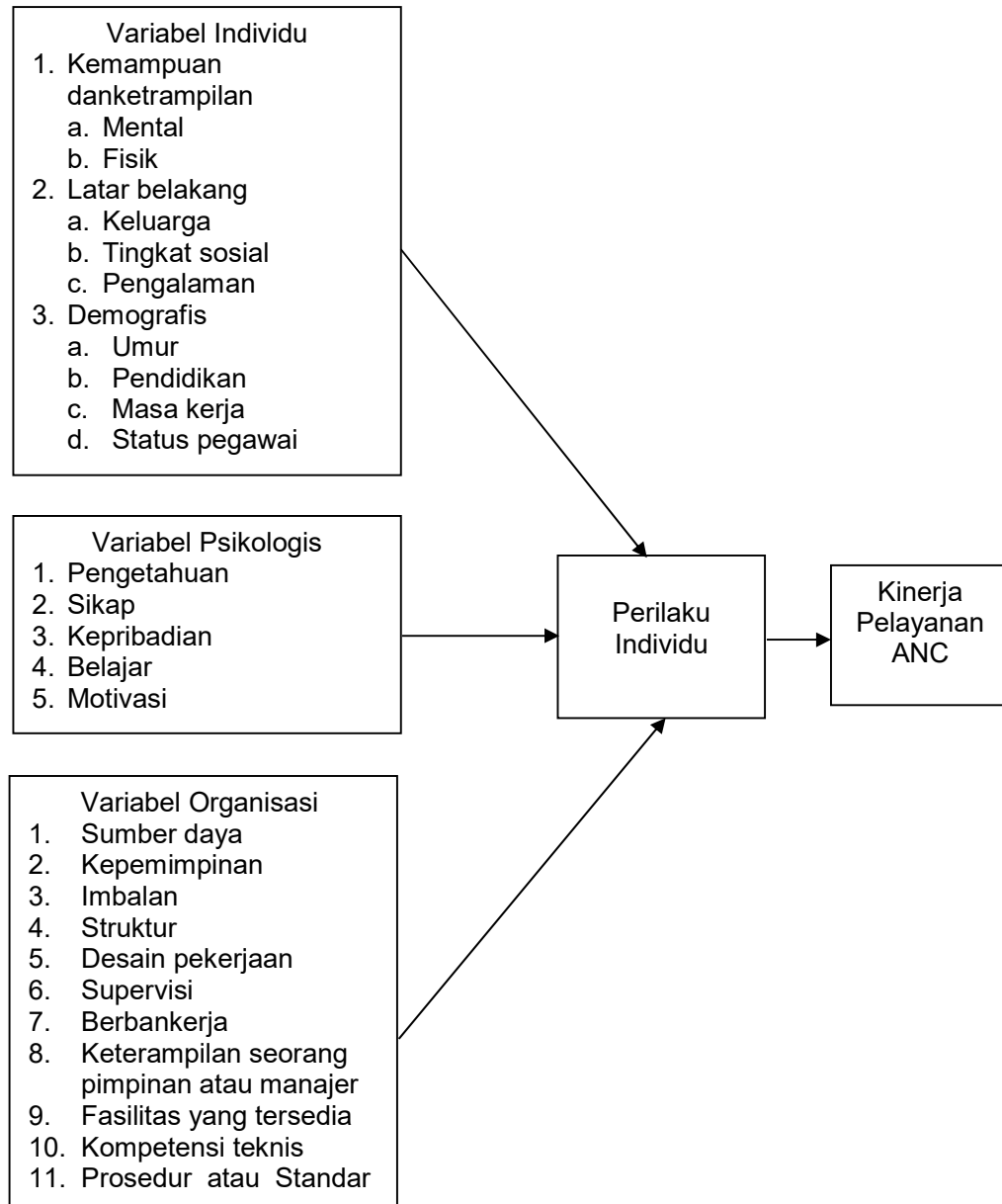
Tabel 1 Sintesis Penelitian Terdahulu

Peneliti	Judul	Desain	Hasil
Rahma Kusuma PW (2016)	Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Bidan Dalam Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas Kagok Kota Semarang	Deskriptif analitik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kinerja bidan di Puskesmas Kagok masih kurang maksimal, hal ini dikarenakan masih belum tercapainya target cakupan K1 dan K4 di tahun 2013 dan 2014 2. Kepemimpinan Kepala Puskesmas masih dirasa kurang. Bidan merasa Kepala Puskesmas hanya memberikan feedback tanpa ada pembinaan atau pengarahan. 3. Jumlah SDM yang terbatas dan tempat pemeriksaan ANC yang sempit menjadikan kinerja bidan kurang optimal. Bidan merasakan keterbatasan waktu dan tempat saat melaksanakan pemeriksaan ANC. Suasana kerja masih dirasa kurang oleh bidan. Krangnya kerjasama antar bidan dan karyawan lainnya serta kurangnya motivasi dari kepala puskesmas melemahkan semangat kerja bagi seorang bidan. Supervisi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang masih dirasa kurang optimal, DKK dalam melakukan supervise terkadang hanyameminta laporan saja tanpa memberikan pembinaan ataupun pengarahan. 4. Struktur dan desain kerja masih dirasa kurang sesuai dan belum terarah karena bidan masih sering menjalankan tugas lain diluar tugas kebidanan seperti menjadi petugas administrasi maupun petugas apoteker
Widyawati (2018)	Kinerja Bidan dalam Memberikan Pelayanan Antenatal Care dan Faktor yang Mempengaruhi	Observasi analitik dengan rancangan cross sectional	Hasil uji chi square diperoleh nilai $p = 0,023$, keterampilan nilai $p = 0,026$, motivasi nilai $p = 0,031$, dan kepemimpinan nilai $p = 0,020$. Sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, keterampilan, motivasi dan kepemimpinan terhadap kinerja bidan dalam memberikan pelayanan antenatal care di Puskesmas Deleng Pokhisen dan

Puskesmas Mamas Kabupaten Aceh Tenggara.			
Khairan Nisa (2018)	Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan dalam Memberikan Pelayanan Antenatal Berkualitas Diwilayah Kerja Puskesmas Kota Bukittinggi Tahun 2018	desain kombinasi pendekatan kuantitatif	Faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan adalah Insentif, motivasi dan beban kerja. Motivasi merupakan faktor paling dominan yang berhubungan dengan kinerja bidan. Motivasi didorong oleh karena bidan merasakan kenyamanan bekerja, beban kerja yang sesuai tupoksi kemudian insentif yang didapatkan juga akan meningkatkan motivasi bekerja bidan. Peningkatan motivasi akan memberikan efek terhadap peningkatan kinerja bidan dalam memberikan asuhan antenatal.
Mariam Nasir (2020)	Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Bidan Desa Dalam Meningkatkan Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas Kabupaten Halmahera Tengah	Survei analitik dengan rancangan penelitian cross sectional	Tidak ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja bidan. Dengan nilai $p = 1,000 > 0,05$ yang artinya H_0 ditolak. Tidak ada hubungan antara kemampuan dan keterampilan dengan kinerja bidan dengan nilai $p = 0,003 < 0,05$ yang artinya H_0 diterima. Ada hubungan antara motivasi dengan kinerja bidan dengan nilai $p = 0,034 < 0,05$ yang artinya H_0 diterima. Tidak ada hubungan antara sikap dengan kinerja bidan dengan nilai $p = 0,363 > 0,05$ yang artinya H_0 ditolak. Ada hubungan antara imbalan dengan kinerja bidan dengan nilai $p = 0,037 < 0,05$ yang artinya H_0 diterima

G. Kerangka Teori

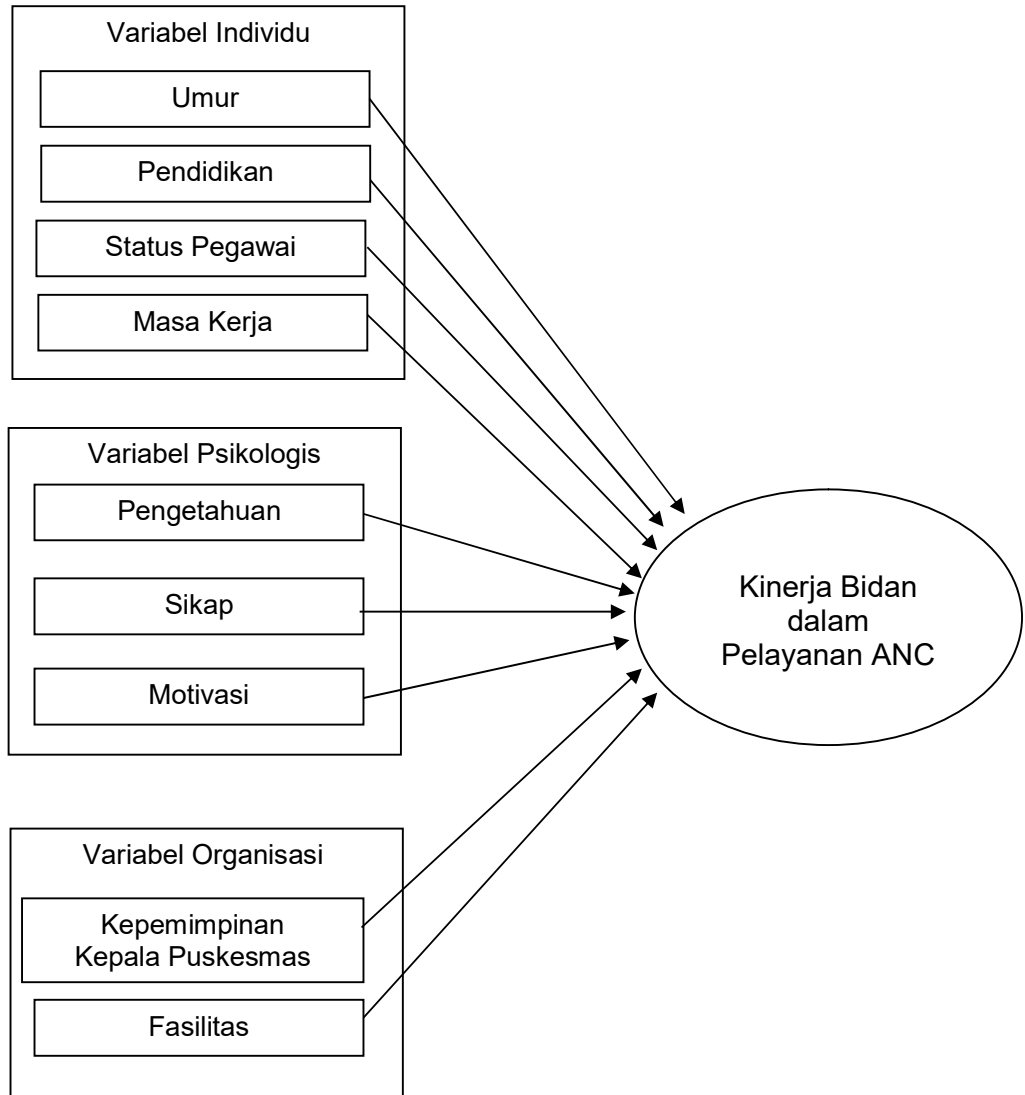
Model teori kinerja Gibson bahwa variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Pertama adalah variabel individu, kedua adalah variabel psikologi dan variabel ketiga adalah organisasi (Gibson dalam Wijono, 2018)



Gambar 1 Kerangka Teori

H. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian pustaka, maka dapat digambarkan kerangka teori sebagai berikut:



Keterangan:

□ : Variabel Independen

○ : Variabel Dependen

Gambar 2 Kerangka Konsep

I. Keaslian Penelitian

Tabel 2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria	Skala
1	Kinerja	Pencapaian kerja yang dicapai bidan dalam pelayanan ANC	Kuesioner	Kurang: jika skor jawaban $\leq 50\%$ Baik : Jika skor jawaban $> 50\%$	Ordinal
2	Umur	Umur bidan yang dihitung dari tanggal lahir hingga dilakukan penelitian	Kuesioner	< 30 tahun ≥ 30 tahun	Nominal
3	Pendidikan	Tamatan pendidikan terakhir bidan	Kuesioner	1. D-III Kebidanan 2. D-IV Kebidanan	Ordinal
4	Status pegawai	Status pegawai dalam bekerja	Kuesioner	3. Pegawai Tidak tetap 4. PNS (Wati, 2014)	Ordinal
5	Masa kerja	Lama kerja bidan sebagai pelaksana dalam pelayanan ANC	Kuesioner	≤ 5 tahun > 5 tahun	Ordinal
6	Pengetahuan	Pemahaman bidan dalam menjawab benar tentang pelayanan ANC	Kuesioner	Kurang: jika skor jawaban benar $<$ Median Baik : Jika skor jawaban \geq Median	Ordinal
7	Sikap	Tanggapan bidan tentang pelayanan ANC yang bermutu	Kuesioner	Negatif: skor jawaban $<$ Median Positif: Skor jawaban \geq Median	Ordinal
8	Motivasi	Keinginan yang kuat oleh bidan dalam melaksanakan pelayanan ANC	Kuesioner	Rendah: skor jawaban $<$ median Tinggi: Skor jawaban \geq median	Ordinal
9	Kepemimpinan kepala Puskesmas	Hubungan seorang pimpinan dalam mengawasi kinerja bidan dan pelaksanaan pelayanan ANC	Kuesioner	Kurang: jika skor jawaban $<$ median Baik: Jika skor jawaban \geq median	Ordinal
10	Fasilitas	Sarana dan prasarana yang digunakan dalam pelayanan ANC	Kuesioner	Tidak memadai: skor jawaban $> 80\%$ Memadai: Skor jawaban $\leq 80\%$	Ordinal

J. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan umur terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
2. Ada hubungan Status Pegawai bidan Terhadap Kinerja Bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
3. Ada hubungan masa kerja terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
4. Ada hubungan pengetahuan terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
5. Ada hubungan sikap terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
6. Ada hubungan motivasi terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
7. Ada hubungan kepemimpinan kepala Puskesmas terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
8. Ada hubungan fasilitas terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya
9. Faktor dominan yang berhubungan terhadap kinerja bidan dalam pelayanan ANC di Puskesmas Kabupaten Jayawijaya