

MUTU PELAYANAN KEBIDANAN DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

Penulis:

- Novita Ika Wardani
- Diaz Capriani
- Eka Yuli Handayani
- Nelly Nugrawati
- Ummi Kaltsum S. Saleh
- Kartini
- Cahyaning Setyo Hutomo
- Vera Iriani Abdullah
- Niken Bayu Argaheni



MUTU PELAYANAN KEBIDANAN DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

**Novita Ika Wardani
Diaz Capriani
Eka Yuli Handayani
Nelly Nugrawati
Ummi Kaltsum S. Saleh
Kartini
Cahyaning Setyo Hutomo
Vera Iriani Abdullah
Niken Bayu Argaheni**



GET PRESS INDONESIA

MUTU PELAYANAN KEBIDANAN DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

Penulis :

Novita Ika Wardani
Diaz Capriani
Eka Yuli Handayani
Nelly Nugrawati
Ummi Kaltsum S. Saleh
Kartini
Cahyaning Setyo Hutomo
Vera Iriani Abdullah
Niken Bayu Argaheni

ISBN : 978-623-8004-82-9

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit: GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Oktober 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, berkat rahmat dan petunjuk-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul Mutu Pelayanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan.

Buku ini diharapkan dapat membantu pembaca memahami teori Mutu Pelayanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan, sehingga mereka dapat mengaplikasikan ilmunya. Semoga buku ini dapat memberikan sumbangsih bagi kepastakaan di Indonesia dan bermanfaat bagi kita semua.

Penulis, Oktober 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 KONSEP DASAR MUTU PELAYANAN KESEHATAN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian.....	2
1.3 Syarat Pelayanan Kesehatan	2
1.4 Karakteristik Pelayanan Kesehatan	3
1.5 Persepsi Mutu	4
1.6 Dimensi Mutu.....	5
BAB 2 PROGRAM MENJAGA MUTU.....	12
2.1 Pengertian.....	12
2.2 Manfaat.....	12
2.3 Tujuan.....	13
2.4 Faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan	14
2.5 Sasaran program menjaga mutu.....	17
2.6 Strategi dalam program menjaga mutu pelayanan kesehatan.	18
2.7 Prinsip – prinsip program menjaga mutu	19
2.8 Masalah pada program menjaga mutu.	20
BAB 3 KONSEP DASAR STANDAR DAN STANDARD OPERATING PROCEDURE (SOP)	23
3.1 Pendahuluan.....	23
3.2 Pengertian Standar	23
3.3 Tujuan Standar	24
3.4 Syarat Standar	24
3.5 Manfaat Standar	25
3.6 Pengertian Dan Tujuan <i>Standard Operating Procedure</i> (SOP)	25
3.7 Manfaat Standard Operating Procedure (SOP)	26
3.8 Prinsip dalam Menyusun <i>Standard Operating Procedure</i> (SOP)	26
3.9 Dokumen Standard Operating Procedure (SOP)	27
BAB 4 STANDAR PE LAYANAN KESEHATAN	30
4.1 Pendahuluan.....	30

4.2 Pengertian Standar Layanan Kesehatan	30
4.3 Persyaratan Pokok Pelayanan Kesehatan	31
4.3.1 Tersedia (<i>Available</i>) dan Berkesinambungan (<i>Continuous</i>).....	31
4.3.2 Dapat Dietrima (<i>Acceptable</i>) dan Wajar (<i>Appropriate</i>).....	31
4.3.3 Mudah Dicapai (<i>Accessible</i>).....	32
4.3.4 Mudah Dijangkau (<i>Affordable</i>).....	32
4.3.5 Bermutu (<i>Quality</i>)	32
4.4 Manfaat Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan	32
BAB 5 STANDAR PELAYANAN KEBIDANAN.....	36
5.1 Pendahuluan.....	36
5.2 Definisi Kebidanan	37
5.2.1 Arti Bidan.....	37
5.2.2 Ruang Lingkup Praktik Bidan.....	38
5.2.3 Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.....	39
5.3 Pelayanan Kebidanan.....	39
5.3.1 Jenis Pelayanan Kebidanan	40
5.3.2 Standar Pelayanan Kebidanan	40
BAB 6 INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEBIDANAN.....	48
6.1 Definisi Indikator Mutu Pelayanan Kebidanan	48
6.1.1 Pengertian Indikator.....	48
6.1.2 Klasifikasi Indikator	49
6.1.3 Pengukuran Indikator	49
6.1.4 Pengumpulan data indikator kinerja	49
6.2 Standar Pelayanan Kebidanan	50
6.2.1 Delapan Standar Pelayanan Kebidanan.....	50
6.2.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Standar Pelayanan Kebidanan	53
6.3 Standar <i>Outcome</i>	54
6.3.1 Kepuasan Pelanggan.....	54
6.3.2 Ketepatan	56
6.3.3 Indikator Kepuasan Pelanggan, Ketepatan, Efisiensi,.....	56
6.4 Indikator Kinerja.....	57
6.4.1 Penilaian Kinerja	57
6.4.2 Peningkatan kinerja Bidan	58
BAB 7 PENILAIAN MUTU PELAYANAN KEBIDANAN	61
7.1 Pendahuluan.....	61
7.2 Aspek dan Dimensi Penilaian Mutu Pelayanan Kebidanan...	61

7.3 Strategi Melakukan Penilaian Mutu Pelayanan Kebidanan ..	64
7.4 Penilaian Mutu Pelayanan Kebidanan dengan Konsep Siklus <i>Plan, Do, Check, and Action</i> (PDCA).....	66
BAB 8 MASALAH PELAYANAN KEBIDANAN DI	
TINGKAT PELAYANAN PRIMER.....	70
8.1 Pendahuluan.....	70
8.2 Pelayanan Kebidanan.....	71
8.2.1 Pelayanan Kesehatan Ibu.....	72
8.2.2 Pelayanan Kesehatan Anak.....	73
8.2.3 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan Dan Keluarga Berencana	73
8.2.4 Pelaksanaan Tugas Berdasarkan Pelimpahan Wewenang.....	73
8.2.5 Pelaksanaan Tugas Dalam Keadaan Keterbatasan Tertentu.....	74
8.3 Upaya Penanganan Masalah Kebidanan.....	74
8.3.1 ANC (<i>Antenatal Care</i>)Terpadu	74
8.3.2 Penguatan system rujukan.....	75
BAB 9 PENDEKATAN QUALITY ASSURANCE	78
9.1 Pendahuluan.....	78
9.2 Pemahaman Kualitas Berbasis Standar	80
9.3 Pengukuran.....	81
BIODATA PENULIS	

BAB 1

KONSEP DASAR MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Oleh Novita Ika Wardani

1.1 Pendahuluan

Nilai kualitas terhadap suatu barang atau jasa dinamakan mutu. Masyarakat dapat menilai bagaimana mutu atau kualitas layanan kesehatan di tempat pelayanan kesehatan dengan melihat sikap dari pihak pelayanan kesehatan tersebut saat memberikan pelayanan. Pelayanan cepat, ramah dan murah biasanya menjadi indikator masyarakat dalam menilai mutu pelayanan kesehatan. Sehingga banyak tempat pelayanan kesehatan sekarang ini berlomba-lomba untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan yaitu adanya perbedaan antara harapan pasien atau pengguna layanan dengan pelayanan yang diterima pengguna layanan. Pelayanan kesehatan meningkatkan kepuasan layanan pada masyarakat dengan tujuan untuk meningkatkan jumlah kunjungan di pelayanan kesehatan tersebut. (Hubaedah and Inayanti, 2019)

Kesempurnaan pelayanan kesehatan dapat dilihat dari bagaimana mutu atau kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada konsumen. Tingkat kepuasan pengguna pelayanan kesehatan rata-rata puas dan penyelenggara pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan dan kode etik profesi menjadi hal yang digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia, manusia dengan kesehatan yang baik maka akan menjadi lebih produktif. Kesejahteraan masyarakat dapat dinilai salah satunya dari sudut kesehatannya sehingga masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan yang bermutu untuk dapat hidup sejahtera. Mutu pelayanan kesehatan menjadi fokus utama bagi masyarakat sehingga rasa sadar dan peduli terhadap mutu pelayanan menjadi bertambah. (Muninjaya, 2015)

1.2 Pengertian

Mutu merupakan kesesuaian terhadap kebutuhan seseorang. Suatu barang atau jasa pelayanan dikatakan bermutu jika sudah sesuai dengan penggolongannya. Mutu dapat dicapai, diukur dan memberi keuntungan baik pengguna maupun penyedia barang atau jasa. Mutu dapat dilakukan dengan kerja keras dan usaha tinggi agar kualitas produk barang atau jasa meningkat. (Prapitasari and Jalilah, 2020)

Pelayanan kesehatan adalah usaha perorangan atau kelompok dalam suatu organisasi untuk meningkatkan, memelihara kesehatan, mencegah, mengobati dan memulihkan penyakit individu maupun kelompok. (Astari, 2020)

Mutu pelayanan kesehatan merupakan layanan kesehatan yang memberikan kepuasan pada setiap pengguna pelayanan kesehatan sesuai dengan kepuasan rata-rata masyarakat dan pemberi layanan kesehatan sesuai dengan standar, kode etik profesi dan perkembangan ilmu serta teknologi. Kualitas atau mutu pelayanan kesehatan merupakan gambaran layanan yang diberikan sesuai dengan harapan yang diterima. Apabila layanan yang diberikan sudah sesuai dengan standar pelayanan dan kode etik profesi maka dipastikan pelayanan yang diberikan memiliki kualitas yang baik walaupun tidak semua pasien merasakan kepuasan yang sama. Sebagai contoh pelayanan kesehatan pada rumah sakit tipe A, B dan C akan berbeda sesuai dengan standar pelayanan kesehatan masing-masing sesuai dengan tingkatannya sehingga kepuasan pasien pun akan menyesuaikan tingkatan pelayanan. (Sriyanti, 2016)(Hubaedah and Inayanti, 2019)

1.3 Syarat Pelayanan Kesehatan

Menurut (Astari, 2020) pelayanan kesehatan dikatakan baik maka harus memiliki syarat yaitu sebagai berikut:

- a. Tersedia (*Available*) dan Berkesinambungan (*Continuous*)
Tersedia dan berkesinambungan merupakan hal yang harus ada pada semua jenis pelayanan kesehatan di masyarakat. Pelayanan kesehatan yang diperlukan masyarakat harus mudah ditemukan dan keberadaannya selalu ada ketika masyarakat membutuhkan.
- b. Dapat Diterima (*Acceptable*) dan Wajar (*Appropriate*)
Dapat diterima dan bersifat wajar merupakan syarat pelayanan kesehatan. Tanda pelayanan kesehatan dapat diterima masyarakat

yaitu sesuai dengan adat istiadat setempat, tidak bertentangan dengan kebudayaan dan kepercayaan masyarakat tersebut. Tanda pelayanan kesehatan bersifat wajar yaitu sesuai dengan standar pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat.

c. Mudah Dicapai (*Accessible*)

Mudah dicapai oleh masyarakat merupakan syarat selanjutnya. Lokasi strategis merupakan akses mudahnya pelayanan kesehatan tercapai. Selain itu distribusi sarana kesehatan juga harus diperhatikan, sehingga ada pelayanan kesehatan di daerah pedesaan dan tidak hanya di daerah perkotaan saja.

d. Mudah Dijangkau (*Affordable*)

Mudah dijangkau oleh masyarakat. Keterjangkauan dalam hal ini adalah dari segi keuangan dimana besar biaya layanan kesehatan harus disesuaikan dengan pendapatan ekonomi masyarakat sekitar. Tidak semua masyarakat dapat mendapatkan pelayanan kesehatan yang mahal karena pendapatan masyarakat yang kurang.

e. Bermutu (*Quality*)

Bermutu merupakan kualitas layanan kesehatan yang mampu menunjukkan tingkat kepuasan layanan kesehatan yang diberikan. Pemberi jasa pelayanan dapat melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan, kode etik profesi, perkembangan pengetahuan dan teknologi. Sehingga pengguna layanan kesehatan akan merasakan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan tersebut.

1.4 Karakteristik Pelayanan Kesehatan

Menurut (Hubaedah and Inayanti, 2019) Pelayanan memiliki dasar yang harus terpenuhi yaitu memusatkan perhatian kepada pasien, memberikan pelayanan yang efisien, meningkatkan perasaan percaya diri pada pasien, membina hubungan baik dengan pasien, memberikan penjelasan dan keterangan, dapat menentukan keinginan pasien, menjelaskan jasa pelayanan yang akan diberikan. Ciri utama kebutuhan pelayanan kesehatan yaitu:

a. *Uncertainty* / ketidakpastian

Pelayanan kesehatan bersifat tidak pasti karena dari segi waktu, tempat dan biaya pelayanan kesehatan tidak bisa diprediksikan. Contoh seseorang sakit bisa menjadi bangkrut atau miskin karena tidak memiliki uang untuk membayar pelayanan kesehatan,

seseorang tidak tahu kapan akan mendapatkan pelayanan kesehatan karena mengalami musibah kecelakaan.

b. *Asymetri of information*

Perbedaan informasi yang dimiliki antara masyarakat atau orang biasa dengan petugas kesehatan. Petugas kesehatan banyak mengetahui tentang manfaat dan kualitas pelayanan kesehatan. Contoh konsumen tidak mengetahui manfaat dilakukan pelayanan kesehatan operasi pada pasien kecelakaan sedangkan petugas kesehatan mengetahui manfaat dilakukan operasi pada pasien. Pasien dapat berpikir bahwa terapi pijat tradisional cukup untuk mengobati pasien.

c. *Externality*

Efek samping dari suatu tindakan konsumen pelayanan kesehatan terhadap pihak pemberi pelayanan kesehatan, baik berdampak yang menguntungkan maupun yang merugikan. Contohnya merokok dilingkungan pelayanan kesehatan di mana dapat mempengaruhi kesehatan pemberi pelayanan kesehatan maupun konsumen pelayanan kesehatan yang lain.

1.5 Persepsi Mutu

Persepsi merupakan pengamatan dengan menggunakan pengalaman masa lalu dengan cara melihat, mencium dan mendengar. Persepsi merupakan pandangan kenyataan dari sudut masing-masing orang. Persepsi merupakan pandangan seseorang dari proses pemahaman informasi kemudian ditafsirkan pada suatu gambaran yang dapat memberikan makna berarti. (Sriyanti, 2016)

Persepsi mutu pada setiap orang berbeda karena dipengaruhi oleh banyak hal persepsi seseorang seperti: latar belakang pengetahuan orang tersebut, pengalaman orang tersebut, gambaran atau imajinasi, harapan yang diinginkan, kondisi kesehatan orang tersebut. Sehingga persepsi bersifat subjektif karena dipengaruhi oleh apa yang dipikirkan orang tersebut. (Astari, 2020)

Persepsi mutu pelayanan kesehatan merupakan pandangan atau gambaran mengenai layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Setiap orang memiliki persepsi yang berbeda terhadap suatu masalah yang sama. Penyebab adanya perbedaan yaitu adanya latar belakang pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pengalaman, lingkungan

dan kepentingan setiap orang yang berbeda-beda. (Prapitasari and Jalilah, 2020)

1.6 Dimensi Mutu

Menurut (Hubaedah and Inayanti, 2019) dimensi mutu merupakan tolak ukur kualitas suatu produk baik barang maupun jasa. Dimensi mutu bisa memiliki pemahaman yang berbeda tergantung sudut pandang seseorang. Pembagian dimensi mutu pelayanan kesehatan berdasarkan sudut pandang dapat dibagi menjadi lima dimensi yaitu:

- a. Pemakai jasa pelayanan kesehatan.
Konsumen mengatakan pelayanan kesehatan bermutu jika pelayanan dapat memenuhi kebutuhannya. Pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan efektif dan efisien. Pemberian layanan kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan etika yang baik, tanggap dan kompeten.
- b. Pemberi layanan kesehatan.
Provider memandang pelayanan kesehatan yang bermutu jika tindakan yang dilakukan berdasarkan standar pelayanan dan kode etik profesi. Selain itu tersedianya fasilitas sarana dan prasarana, adanya prosedur kerja, pelayanan kesehatan sesuai dengan perkembangan IPTEK dan wewenang akan mempengaruhi hasil pelayanan.
- c. Penyandang dana pelayanan kesehatan.
Asuransi kesehatan merupakan menyediakan dana pelayanan kesehatan. Asuransi mengatakan bermutu jika layanan kesehatan yang diberikan kepada konsumen sangat efektif dan efisien. Hal ini dapat mempengaruhi besar kecilnya dana yang akan dikeluarkan. Pemakai jasa layanan kesehatan dapat sehat kembali dalam waktu singkat sehingga biaya yang dikeluarkan pun lebih hemat.
- d. Pemilik sarana layanan kesehatan.
Pemilik sarana layanan kesehatan mengatakan bermutu jika pelayanan kesehatan dapat menghasilkan keuntungan besar bagi pemilik pelayanan kesehatan dan dapat digunakan kembali untuk operasional namun besar tarif tersebut harus masih terjangkau oleh masyarakat sekitar.

e. Administrator layanan kesehatan.

Administrator memandang pelayanan kesehatan bermutu jika pelayanan dapat memprioritaskan apa saja kebutuhan yang perlu disiapkan dan harapan apa saja yang bisa dicapai oleh pelayanan kesehatan kepada konsumen.

Menurut (Pohan, 2007; Mamik, 2017) ada lima dimensi mutu yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan yaitu:

- a. *Reliability* (keandalan) yaitu kemampuan menyediakan pelayanan jasa dengan akurat dan tepercaya. Setiap pelayanan dilakukan dengan kompeten dan handal. Pemberi layanan kesehatan harus memiliki kemampuan pengetahuan yang baik, keterampilan yang baik, kemandirian dan profesionalisme kerja yang tinggi, sehingga dapat memuaskan masyarakat. Pemberi pelayanan kesehatan dituntut handal dengan memberikan pelayanan cepat, tepat dan lancar.
- b. *Tangibles* (bukti langsung) yaitu adanya penyediaan sarana dan fasilitas fisik membuat konsumen dapat merasa nyaman dan aman. Bukti fisik merupakan aktualisasi secara fisik yang digunakan pemberi layanan kesehatan sesuai dengan penggunaannya untuk memenuhi kepuasan pengguna dan menunjukkan prestasi kerja. Contoh kemampuan menggunakan fasilitas alat pelayanan kesehatan untuk melakukan perawatan pelayanan kesehatan sehingga memberikan rasa puas kepada konsumen. Kualitas layanan fisik merupakan hal yang perlu diperhatikan karena konsumen dapat menilai dan merasakan secara langsung dampak dari layanan fisik tersebut.
- c. *Responsiveness* (Ketanggapan), yaitu suatu sikap bersedia dan sanggup membantu pelayanan kesehatan secara cepat dan tepat sesuai keinginan pengguna pelayanan kesehatan. Ketanggapan yang cepat dan tepat harus bisa menjamin keamanan pasien. Sehingga rasa empati pada pasien akan sesuai dengan harapan dan kehandalan tercipta serta rasa puas sesuai harapan akan terpenuhi. Setiap pegawai memiliki kemampuan daya tanggap berbeda-beda sehingga harus dibekalkan bagaimana memberikan suatu penjelasan dan pengertian yang mudah dipahami, penyampaian yang bijaksana dan berwibawa serta menjelaskan berbagai alternatif kemudahan untuk mengikuti syarat pelayanan yang

benar, sehingga kesan dari pengguna pelayanan dapat memahami atau tanggap terhadap keinginan pengguna pelayanan tersebut.

- d. *Assurance* (kepastian), yaitu kemampuan yang dimiliki petugas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan keyakinan dari pengguna pelayanan kesehatan. Kemampuan tersebut meliputi pengetahuan, keterampilan, etika dan kompetensi akan membuat adanya jaminan keamanan dari pengguna layanan kesehatan. Kesopanan dan keramahan dari pegawai akan membuat pengguna layanan kesehatan merasa dihormati dan dihargai sehingga akan ada kepuasan. Kepastian merupakan pelayanan yang menitikberatkan pengetahuan, saling menghormati dan kemampuan untuk memberikan rasa semangat dan percaya.
- e. *Empathy*, yaitu sikap tegas namun perhatian. Perhatian dan bertanggung jawab terhadap keamanan dan kenyamanan pengguna layanan kesehatan. Empati yang dilakukan mengutamakan rasa peduli, saling perhatian dan menimbulkan keakraban dua belah pihak. Empati membutuhkan perhatian, pengertian, keseriusan dan simpatik antara kedua belah pihak pelayanan kesehatan. Pihak pemberi layanan kesehatan harus berempati dengan mengerti masalah dari pihak pengguna layanan. Pihak pengguna layanan mengerti keterbatasan pihak dalam melayani, sehingga kedua pihak memiliki perasaan sama.

Menurut (Sriyanti, 2016; Sinaga *et al.*, 2020) Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan bersifat multidimensi yang digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan, dimensi tersebut yaitu sebagai berikut:

- a. Dimensi kompetensi teknis.
Dimensi yang berhubungan dengan keterampilan/skill, kemampuan, penampilan dan kinerja tinggi. Kompetensi teknis harus diikuti dengan adanya sikap tepat, taat, patuh, jujur dan konsistensi sehingga akan mempengaruhi kompetensi yang dimiliki pegawai. Jika kompetensi teknis tidak terpenuhi maka dapat mengakibatkan penyimpangan dan kesalahan berat. Sehingga dapat menurunkan mutu layanan kesehatan serta membahayakan pengguna layanan kesehatan.

b. Dimensi keterjangkauan/akses.

Masyarakat harus dapat menjangkau layanan kesehatan. Penyebab utama pelayanan kesehatan kurang terjangkau adalah masalah dari akses geografis, sosial dan budaya, ekonomi, organisasi, dan bahasa. Akses geografis seperti jarak rumah dengan pelayanan kesehatan yang terlalu jauh sehingga dapat mempengaruhi lama perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi yang digunakan untuk datang ke pelayanan kesehatan. Akses ekonomi seperti besar biaya layanan kesehatan lebih besar dari pendapatan. Akses sosial budaya seperti jenis pelayanan kesehatan dapat diterima dengan nilai budaya, sosial dan kepercayaan warga setempat. Akses organisasi yaitu pelayanan kesehatan diatur dan dibentuk supaya dapat memberikan kemudahan, keamanan dan kenyamanan kepada pengguna layanan kesehatan. Akses bahasa yaitu pemberi layanan kesehatan harus mampu menguasai bahasa yang dipakai pengguna layanan kesehatan sehingga pengguna layanan mengerti maksud dan tujuan pemberi layanan.

c. Dimensi efektivitas.

Efektif yaitu pelayanan kesehatan mampu menyembuhkan dan menghilangkan penyakit serta mencegah penyakit datang kembali dan berkembang. Efektivitas layanan kesehatan harus disesuaikan dengan standar pelayanan kesehatan. Layanan kesehatan harus dilakukan dengan tepat, konsisten dan cermat. Dimensi ini sangat berhubungan dengan dimensi kompetensi teknis yaitu dikatakan efektivitas jika dalam menghadapi masalah harus memiliki angka risiko dan keterampilan yang sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan dalam standar pelayanan kesehatan.

d. Dimensi Efisiensi.

Dimensi Efisiensi menjadi penting karena terbatasnya sumber daya kesehatan yang ada. Layanan kesehatan dikatakan efisien jika bisa melayani masyarakat banyak. Layanan kesehatan jika terlalu mahal, fasilitas kurang memadai, adanya ketidaknyamanan, bekerja lama dan menimbulkan risiko besar pada pengguna maka layanan tersebut tidak memenuhi standar pelayanan kesehatan.

e. Dimensi kesinambungan.

Kesinambungan layanan kesehatan yaitu pelayanan kesehatan dilakukan sesuai dengan kebutuhan pengguna layanan

kesehatan, termasuk rujukan. Dengan adanya kesinambungan maka tidak ada prosedur pengulangan diagnosis dan terapi yang tidak perlu dilakukan lagi. Pengguna layanan kesehatan dapat memiliki akses ke layanan kesehatan sesuai kebutuhan. Rujukan pengguna layanan dapat dilakukan dengan tepat tempat dan waktu apabila kelengkapan dokumen terisi lengkap dan akurat.

f. Dimensi keamanan.

Setiap pelayanan kesehatan yang diberikan harus aman untuk pengguna, pemberi layanan dan masyarakat. Keamanan yang dimaksud yaitu terhindar dari risiko luka, terinfeksi, sakit dan efek samping yang merugikan. Sehingga perlu disusun suatu standar prosedur pelayanan kesehatan yang menjamin keamanan.

g. Dimensi kenyamanan.

Kenyamanan berhubungan dengan tingkat kepuasan pengguna layanan kesehatan. Tolak ukur pasien berkunjung kembali ke tempat pelayanan kesehatan merupakan ukuran pasien nyaman dengan layanan kesehatan selama ini. Kepercayaan dan kepuasan pengguna layanan dapat timbul dengan adanya rasa nyaman dan aman serta menikmati. Kenyamanan juga bisa berkaitan dengan biaya, penampilan fisik dan ketersediaan sarana prasarana.

h. Dimensi informasi.

Pelayanan kesehatan dikatakan bermutu apabila mampu memberikan informasi dengan jelas dan detail tentang jenis pelayanan kesehatan yang akan dilakukan. Informasi merupakan hal yang sangat penting untuk mempengaruhi tingkat kepuasan masyarakat di puskesmas dan rumah sakit. Informasi dapat memberikan gambaran kepada pengguna wewenang dan standar pelayanan yang dilakukan di Puskesmas dan Rumah Sakit.

i. Dimensi ketepatan waktu.

Penggunaan waktu dan cara yang tepat merupakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Tenaga layanan kesehatan harus kompeten di bidangnya, mampu mengoperasikan peralatan dan memberikan obat sesuai dengan wewenangnya, serta besar biaya yang dikeluarkan harus sesuai.

j. Dimensi hubungan antarmanusia.

Hubungan antarmanusia merupakan hubungan antara kedua belah pihak yaitu pemberi layanan kesehatan (provider) dengan pengguna layanan kesehatan (konsumen). Contoh pengguna layanan kesehatan yaitu pasien, masyarakat, lembaga swadaya masyarakat (LSM), pemerintah daerah. Hubungan antarmanusia bisa terjadi pada sesama pemberi layanan kesehatan seperti : dinas kesehatan, rumah sakit dan puskesmas.

Hubungan antarmanusia yang baik akan menciptakan rasa percaya, saling menghargai dan menghormati, menjaga rahasia dan saling perhatian. Sedangkan hubungan antarmanusia yang kurang baik dapat mengurangi dimensi efektivitas dan kompetensi teknik.

Dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah sebuah kerangka pikir yang digunakan dalam menganalisis masalah-masalah pelayanan kesehatan yang sedang berlangsung. Sehingga dengan adanya dimensi mutu dapat membantu mencari solusi untuk mengatasi masalah tersebut. Jika terjadi ketidakpuasan pengguna maka dapat dilakukan analisis pada setiap dimensi mutu pelayanan kesehatan. (Pohan, 2007)

DAFTAR PUSTAKA

- Astari, R.Y. 2020. *Mutu Pelayanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan*. Sleman: Deepublish.
- Hubaedah, A. and Inayanti, E. 2019. *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Surabaya: Guepedia.
- Mamik. 2017. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Sidoarjo: Zifatama.
- Muninjaya, G. 2015. *Management Mutu Pelayanan Kesehatan Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Pohan, I.S. 2007. *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Prapitasari, R. and Jalilah, N.H. 2020. *Konsep Dasar Mutu Pelayanan Kesehatan*. Indramayu: Penerbit Adab.
- Sinaga, E.W. *et al.* 2020. *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Sriyanti, C. 2016. *Mutu Layanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan*. Jakarta: PPSDM Kementerian Kesehatan RI.

BAB 2

PROGRAM MENJAGA MUTU

Oleh Diaz Capriani Randa Kusuma

2.1 Pengertian

Untuk dapat menjaga mutu pelayanan kesehatan banyak upaya yang dapat dilakukan atau dilaksanakan secara terarah dan terencana. Dalam administrasi kesehatan, disebut dengan nama program menjaga mutu atau program jaminan mutu (*quality assurance program*).

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

Beberapa istilah yang sama penggunaannya tentang program menjaga mutu atau program jaminan mutu (PJM) yang sudah banyak dikenal pakar, antara lain :

- a. Program Pengawasan Mutu (PPM) atau *Quality Control Program*.
- b. Program Peningkatan Mutu (PPM) atau *Quality Improvement Program*.
- c. Manajemen Mutu Terpadu (MMT) atau *Total Quality Management*.
- d. Peningkatan Mutu Berkesinambungan (PMB) atau *Continuous Quality Improvement*.

2.2 Manfaat

Program menjaga mutu dapat dilaksanakan sehingga banyak manfaat yang akan diperoleh. Secara umum beberapa manfaat yang dimaksudkan adalah :

- a. Pemahaman staf terhadap tingkat mutu pelayanan kesehatan yang ingin dicapai.

- b. Dapat lebih meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan. Ini erat kaitannya dengan dapat diselesaikannya masalah yang tepat dengan cara penyelesaian masalah yang besar.
- c. Dapat lebih meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan. Ini erat kaitannya dengan dapat dicegahnya penyelenggaraan pelayanan yang berlebihan atau yang dibawah standar seperti adanya biaya tambahan akibat pelayanan yang berlebihan atau harus mengatasi berbagai efek samping karena pelayanan yang dibawah standar.
- d. Dapat lebih meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Ini erat kaitannya dengan telah sesuainya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan. Apabila peningkatan penerimaan ini dapat diwujudkan, pada gilirannya pasti akan berperan besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.
- e. Dapat melindungi pelaksana pelayanan kesehatan dari kemungkinan munculnya gugatan hukum. Pada saat ini sebagai akibat makin baiknya tingkat pendidikan dan keadaan social ekonomi masyarakat serta diberlakukannya berbagai kebijakan perlindungan public, tampak kesadaran hukum masyarakat semakin meningkat pula dan untuk melindungi gugatan hukum dari masyarakat yang tidak puas terhadap pelayanan kesehatan, maka dilakukan upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terjamin mutunya sehingga ini akan berdampak pada peningkatan kepuasan para pemakai jasa pelayanan kesehatan.

2.3 Tujuan

Tujuan program menjaga mutu secara umum dapat dibedakan menjadi 2 macam, antara lain :

a. Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai adalah untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

b. Tujuan Khusus

- 1) Diketahui masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
- 2) Diketahui penyebab munculnya masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
- 3) Tersusunnya upaya penyelesaian masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan yang ditemukan.
- 4) Terselenggaranya upaya penyelesaian masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan.
- 5) Tersusunnya saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

Selain itu, tujuan program menjaga mutu mencakup 2 hal yang bersifat pokok, yang jika disederhanakan dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Tujuan antara

Tujuan antara yang ingin dicapai oleh program menjaga mutu ialah diketahuinya mutu pelayanan. Jika dikaitkan dengan kegiatan program menjaga mutu, tujuan ini didapat apabila masalah serta prioritas masalah mutu berhasil ditetapkan.

b. Tujuan akhir

Tujuan akhir yang ingin dicapai oleh program menjaga mutu ialah makin meningkatnya mutu pelayanan. Jika dikaitkan dengan kegiatan program menjaga mutu, tujuan ini dapat dicapai apabila masalah dan penyebab masalah mutu berhasil diatasi.

2.4 Faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan

a. Faktor profesi seperti etika profesi, berkembangnya otonomi profesi, pertanggungjawaban profesi, hubungan antar profesi dan masalah moral.

- 1) Setiap profesi memiliki etika profesi atau pernyataan tentang perilaku profesi yang akan menjadi garis besar atau pokok peraturan profesi. Kemudian ditetapkan tentang batas – batas yang boleh dan tidak boleh dilakukan profesi. Apabila seseorang melakukan sesuatu yang

bertentangan dengan etika profesi, maka ia akan mendapat teguran dari organisasi profesi. jika pelanggaran itu merugikan orang lain, ia dapat dituntut secara perdata atau pidana lalu dicabut izin praktiknya. Program menjaga mutu pelayanan kesehatan menetapkan etika profesi sebagai suatu kerangka kerja yang lebih luas.

- 2) Organisasi profesi juga bertanggung jawab terhadap standar pelatihan dan kualifikasi untuk melakukan praktik.
 - 3) Berkembangnya otonomi dan tanggung jawab profesi pelayanan kesehatan semakin bertanggung jawab terhadap apa yang dilakukan. Ini menunjukkan komitmen yang taat asas dan tanggung gugat terhadap layanan kesehatan, seperti halnya tujuan utama dari program menjaga mutu layanan kesehatan.
 - 4) Hubungan antar profesi yakni suatu layanan kesehatan yang bermutu pada umumnya memberikan kerjasama antar profesi, sehingga komunikasi antar profesi harus efektif dan efisien sebab komunikasi itu menjadi bagian integral dari program menjaga mutu layanan kesehatan.
 - 5) Masalah moral. Setiap orang yang bekerja dalam lingkungan layanan kesehatan memiliki kewajiban moral untuk menerima tanggung jawab guna menyelenggarakan layanan kesehatan yang bermutu bagi setiap pasien tanpa pilih kasih. Keyakinan moral dari setiap profesi pelayanan kesehatan inilah yang mungkin akan mempengaruhi jenis layanan kesehatan yang akan diberikan.
- b. Faktor ekonomi, seperti perubahan demografi dan distribusi sumber daya.
- 1) Perubahan demografi yang terjadi akan memaksa diterapkannya program menjamin mutu layanan kesehatan. Perubahan kependudukan menyebabkan pertambahan penduduk sehingga semakin banyak orang yang harus dipelihara kesehatannya. Di Indonesia, sebagian besar layanan kesehatan masih berasal dari pemerintah sementara kemampuan pemerintah dalam menyediakan sumber daya kesehatan masih sangat terbatas.

- 2) Distribusi sumber daya. Dalam era otonomi daerah saat ini, alokasi sumber daya kesehatan merupakan salah satu symbol kewenangan daerah. Program menjaga mutu layanan kesehatan akan memberikan suatu kenyataan objektif pertanggung gugatan pemerintah (*public accountability*) kepada masyarakat. Ini juga mendukung tanggung gugat perorangan dari profesi layanan kesehatan terhadap pasien akibat adanya hubungan langsung antara pasien dan profesi layanan kesehatan.
- c. Faktor sosial politik seperti kesadaran masyarakat, harapan masyarakat, perundang – undangan, keputusan menteri kesehatan, akreditasi dan tekanan internasional.
 - 1) Kesadaran masyarakat. Desakan masyarakat telah menimbulkan keharusan untuk membuat layanan kesehatan yang semakin efisien sehingga masyarakat dapat lebih mudah mendapatkan informasi tentang layanan kesehatan serta hak – hak mereka terhadap layanan kesehatan. Yang apabila layanan kesehatan yang diberikan tidak memenuhi prasyarat mutu layanan kesehatan, mereka akan mengeluh dan bisa menyampaikan keluhannya melalui media massa atau media social. Program jaminan mutu layanan kesehatan menjamin bahwa pendapat pasien akan dipertimbangkan dan setiap tindakan atau pengobatan yang akan dilakukan harus terlebih dahulu dikonsultasikan dengan pasien atau keluarganya. Inilah yang dapat dianggap sebagai hak moral pasien.
 - 2) Harapan masyarakat. Berubahnya harapan masyarakat menjadi alasan lain mengapa program jaminan mutu layanan kesehatan harus diterapkan dalam layanan kesehatan.
 - 3) Peraturan perundang – undangan No. 23 tahun 1992 menetapkan tentang standar layanan kesehatan yang telah ditetapkan dan akan menjadi bagian dari program menjaga mutu layanan kesehatan.
 - 4) Akreditasi. Saat Indonesia telah melakukan akreditasi terhadap rumah sakit dan puskesmas, dimana ini dapat

mendorong pelaksanaan program menjaga mutu layanan kesehatan.

- 5) Tekanan internasional. Ini juga memiliki pengaruh terhadap layanan kesehatan. Sebagai salah satu anggota WHO, Indonesia telah bertekad untuk melaksanakan program menjaga mutu layanan kesehatan.

2.5 Sasaran program menjaga mutu

Sasaran program menjamin mutu adalah pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Setiap pelayanan kesehatan terdapat empat unsur yang bersifat pokok yakni unsur masukan (*input*), proses (*process*), lingkungan (*environment*) serta keluaran (*output*), maka mudah dipahami dalam praktik sehari – hari jika menyebut sasaran program menjaga mutu.

a. Masukan (*input*)

Unsur masukan ialah semua hal yang diperlukan untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan. Yang termasuk dalam unsur masukan yakni tenaga (*man*), uang (*money*), dan sarana (*material*). Apabila tenaga dan sarana (kuantitas dan kualitasnya) tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of personels and fasilities*), serta jika danayang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan maka sulit diharapkan akan tercapai mutu pelayanan yang baik.

b. Proses (*process*)

Unsur proses ialah semua tindakan yang dilakukan pada pelayanan kesehatan. Tindakan tersebut secara umum dapat dibedakan menjadi 2 macam yaitu tindakan medis (*medical procedures*) dan tindakan non medis (*non- medical procedures*). Apabila kedua tindakan ini tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standart of conduct*), maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan.

c. Lingkungan (*environment*)

Unsur lingkungan ialah keadaan sekitar yang mempengaruhi pelayanan kesehatan. Untuk suatu institusi kesehatan, keadaan sekitar yang terpenting adalah kebijakan (*policy*), organisasi (*organization*) dan manajemen (*management*). Secara umum, disebutkan apabila kebijakan,

organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar atau tidak bersifat mendukung maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan.

Proses adalah semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan dan interaksinya dengan pasien. Proses ini mencakup diagnosis, rencana pengobatan, indikasi, tindakan, sarana kegiatan dokter, kegiatan perawatan, dan penanganan kasus. Baik tidaknya proses dapat diukur dari :

- 1) Relevan tidaknya proses itu bagi pasien
- 2) Fleksibel dan efektif
- 3) Mutu proses sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan.
- 4) Kewajaran (tidak kurang dan tidak berlebih)

d. Keluaran (*output*)

Unsur keluaran adalah sesuatu yang menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan (*performance*). Penampilan yang dimaksud disini dibedakan menjadi 2 macam yaitu penampilan aspek medis (*medical performance*) dan penampilan aspek non medis (*non- medical performance*). Apabila kedua penampilan ini tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of performance*) maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan bukan merupakan pelayanan yang bermutu karena kedua unsur pelayanan ini saling berkaitan dan mempengaruhi.

Keluaran ini disebut juga dengan *outcome* yang adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. *Outcome* jangka pendek yakni sembuh dari sakit, cacat dan lain- lain. Sedangkan *outcome* jangka panjang yakni kemungkinan – kemungkinan kambuh penyakitnya atau kemungkinan sembuh dimasa datang.

2.6 Strategi dalam program menjaga mutu pelayanan kesehatan.

- a. Memastikan indikator mutu yang dipakai, baik indikator input, proses, output.

- b. Program jaminan mutu yang dipilih harus bersifat dinamik dan fleksibel, dikembangkan sesuai masalah spesifik pada masing – masing bidang pelayanan kesehatan.
- c. Peningkatan motivasi pelaksana pelayanan kesehatan
- d. Program difokuskan pada aspek mutu bukan kuantitas
- e. Pengukuran mutu lebih ditekankan pada kontak layanan kesehatan antara pemberi layanan kesehatan dengan pasien

2.7 Prinsip – prinsip program menjaga mutu

- a. Setiap orang dalam institusi harus dilibatkan dalam penentuan, pengertian, dan peningkatan proses yang berkelanjutan dengan masing – masing control serta bertanggung jawab dalam setiap mutu yang dihasilkan oleh masing – masing orang.
- b. Setiap orang harus sepakat untuk memuaskan setiap pelanggan, baik eksternal maupun internal.
- c. Peningkatan mutu dilaksanakan dengan menggunakan metode ilmiah, yaitu dengan menggunakan data untuk pengambilan keputusan, menggunakan metode statistic, dan keterlibatan setiap orang yang terkait.
- d. Adanya pengertian dan penerimaan terhadap suatu perbedaan yang dialami.
- e. Pembentukan *team work*, baik itu dalam *part time teamwork*, *fulltime teamwork* atau *cross fuctional team*.
- f. Adanya komitmen tentang pengembangan karyawan melalui keterlibatan dalam pengambilan keputusan .
- g. Partisipasi dari setiap orang dalam kegiatan merupakan dorongan yang positif dan harus dilaksanakan.
- h. Program pendidikan dan pelatihan dianggap sebagai suatu investasi atau modal dalam rangka pengembangan kemampuan dan pengetahuan untuk mencapai kompetensi yang diharapkan.
- i. Supplier dan costumer diintegrasikan dalam proses peningkatan mutu.

2.8 Masalah pada program menjaga mutu.

Mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat kesempurnaan dan standar yang ditetapkan dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk mengurangi kesakitan dan menurunkan kematian. Mutu pelayanan kesehatan menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan dalam menimbulkan rasa puas klien. Kualitas jasa adalah bagian terpenting dalam memberikan kepuasan kepada pengguna/pemakai jasa layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan dibawah naungan organisasi profesi juga terus berusaha meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap suatu organisasi sebenarnya sangat memegang peranan penting dalam persaingan disegmen pasar karena pasien/klien sebagai pelanggan merupakan alat promosi yang paling efektif dan akurat untuk menarik perhatian pelanggan lainnya dengan cara memberikan informasi kepada oranglain.

Kepuasan pelanggan pengguna jasa pelayanan kesehatan di pengaruhi oleh :

- a. Pemahaman pengguna jasa tentang jenis pelayanan yang akan diterima, dalam hal ini aspek komunikasi memegang peranan penting.
- b. Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan.
- c. Biaya (*cost*), tingginya biaya pelayanan kesehatan dapat dianggap sebagai sumber moral pasien dan keluarganya.
- d. Penampilan fisik (kerapian) petugas, kondisi kebersihan dan kenyamanan ruangan.
- e. Jaminan keamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan.
- f. Keandalan dan ketrampilan (*reability*) petugas kesehatan dalam memberikan perawatan.
- g. Kecepatan petugas dalam memberikan tanggapan terhadap keluhan pasien.

Untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian perlu peningkatan standar dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan merupakan ujung tombak dalam hal ini. Untuk itu, pelayanan kesehatan harus mengupayakan peningkatan mutu dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang

mengacu pada semua persyaratan kualitas pelayanan dan peralatan kesehatan agar dapat memenuhi kebutuhan masyarakat. Focus pembangunan kesehatan terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian masih terus menjadi perhatian yang sangat besar dari pemerintah karena salah satu indicator pembangunan sebuah bangsa adalah angka kesakitan dan kematian.

DAFTAR PUSTAKA

- Hubaedah, A. and Inayanti, E., 2019. *Mutu Pelayanan Kebidanan*. SPASI MEDIA.
- Astuti, A., Dewi, R.K., Azizah, N., Nardina, E.A., Lestari, R.T., Hutomo, C.S., Winarso, S.P., Bayu, N., Saragih, H.S., Winarsih, W. and Arum, D.N.S., 2021. *Mutu Pelayanan Kebidanan: Standar, Indikator dan Penilaian*. Yayasan Kita Menulis.
- Putri, S.I., ST, S., Yunita, A. and Keb, S.T., 2021. *Buku Saku Mutu Pelayanan Kebidanan: Graf Literasi*. Graf Literasi.
- Astari, R.Y., 2020. *Mutu Pelayanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan*. Deepublish.
- Nurmawati, 2020. *Mutu pelayanan kebidanan edisi 2*. TIM
- Nurmawati, 2013. *Mutu pelayanan kebidanan*. TIM
- Purwoastuti, T.E. and Walyani, E.S., 2016. *Mutu pelayanan kesehatan dan kebidanan*.
- Wahyuni, E.S. and Purwoastuti, T.E., 2015. *Mutu Pelayanan Kesehatan & Kebidanan*.

BAB 3

KONSEP DASAR STANDAR DAN STANDARD OPERATING PROCEDURE (SOP)

Oleh Eka Yuli Handayani

3.1 Pendahuluan

Bab ini membahas konsep dasar standar dan *standard operating procedure* (SOP). Standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai yang diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan. *Standard Operating Procedure* (SOP) atau Sistem Tata Kerja merupakan perangkat yang memandu setiap individu dan unit kerja dalam institusi untuk melaksanakan aktivitasnya secara konsisten dalam rangka mencapai tujuan yang diinginkan. *Standard Operating Procedure* (SOP) yang telah ditetapkan oleh organisasi profesi harus dijalankan oleh anggota profesi agar pelayanan yang diberikan oleh anggota profesi dapat diterima dengan baik oleh pengguna layanan kebidanan. Pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan, agar pelayanan yang diberikan sesuai dengan prosedur.

Setelah mempelajari Bab ini diharapkan dapat menjelaskan standar mutu pelayanan kebidanan, sehingga akan mempermudah dalam membahas Bab berikutnya. Selanjutnya secara khusus setelah mempelajari Bab ini Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang konsep dasar standar dan *standard operating procedure* (SOP).

3.2 Pengertian Standar

Standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai yang diinginkan yang mampu dicapai yang berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan (Clinical Practice Guideline, 1990). Ada juga yang mengartikan standar adalah spesifikasi dari fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh suatu sarana agar pemakai jasa pelayanan dapat

memperoleh keuntungan yang maksimal dari pelayanan yang diselenggarakan (Rowlan dan Rowland, 1983).

Sedangkan standar layanan kesehatan adalah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu akan menyangkut masukan, proses, dan keluaran (*outcome*) sistem layanan kesehatan. Standar layanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan, ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung gugat dalam menjalankan tugas dan perannya masing-masing.

Jadi standar adalah syarat atau penampilan minimal yang harus dipenuhi dalam memberikan suatu pelayanan. Jadi pelayanan yang berkualitas harus memenuhi standar pelayanan yang telah ditetapkan.

3.3 Tujuan Standar

Pelayanan berkualitas dapat dikatakan sebagai tingkat pelayanan yang memenuhi standar yang telah ditetapkan. Dengan demikian, standar penting dan bertujuan untuk pelaksanaan, pemeliharaan dan penilaian kualitas pelayanan. Hal ini menunjukkan bahwa standar pelayanan perlu dimiliki oleh setiap pelaksana pelayanan.

3.4 Syarat Standar

Standar yang baik harus memenuhi beberapa persyaratan sebagai berikut:

1. Bersifat jelas: Dapat diukur termasuk ukuran terhadap penyimpangan-penyimpangan yang terjadi
2. Masuk akal: Suatu standar yang tidak masuk akal, tidak hanya sulit dimanfaatkan tetapi juga akan menimbulkan frustrasi para pelaksana.
3. Mudah dimengerti: Suatu standar yang tidak mudah dimengerti juga dapat menyulitkan tenaga pelaksana sehingga sulit terpenuhi.

4. Dapat dicapai: Dalam menentukan standar harus sesuai dengan situasi dan kondisi organisasi yang dimiliki. Jangan menetapkan standar yang sulit karena tidak akan mampu dicapai.
5. Absah: Artinya ada hubungan yang kuat dan dapat didemonstrasikan antara standar dengan mutu pelayanan yang diwakilinya.
6. Meyakinkan: Artinya mewakili persyaratan yang ditetapkan. Apabila terlalu rendah menyebabkan persyaratan menjadi tidak berarti, tetap apabila terlalu tinggi akan sulit dicapai.
7. Mantap, spesifik, serta eksplisit: Artinya tidak dipengaruhi oleh perubahan waktu, bersifat khas dan gamblang.

3.5 Manfaat Standar

Standar pelayanan kebidanan bermanfaat untuk hal-hal sebagai berikut:

1. Menentukan kompetensi yang diperlukan bidan dalam menjalani praktik sehari-hari.
2. Sebagai dasar untuk menilai pelayanan, menyusun rencana pelatihan dan pengembangan kurikulum.
3. Membantu dalam penentuan kebutuhan operasional dalam penerapannya, misalnya kebutuhan terhadap pengorganisasian, mekanisme, peralatan, obat yang diperlukan.

3.6 Pengertian Dan Tujuan *Standard Operating Procedure (SOP)*

Standard Operating Prosedur (SOP) atau Sistem Tata Kerja merupakan perangkat yang memandu setiap individu dan unit kerja di dalam institusi untuk melaksanakan aktivitasnya secara konsisten, dalam rangka mencapai tujuan yang diinginkan. Jadi SOP merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional institusi berjalan dengan lancar.

Penggunaan SOP dalam institusi bertujuan untuk memastikan institusi beroperasi secara konsisten, efektif, efisien, sistematis dan terkelola dengan baik, untuk menghasilkan produk/jasa yang memiliki mutu konsisten dengan standar yang telah ditetapkan.

3.7 Manfaat Standard Operating Procedure (SOP)

Beberapa manfaat *standard operating prosedur* (SOP) dalam institusi antara lain sebagai berikut:

1. Sebagai dokumen referensi mengenai kebijakan yang telah ditetapkan oleh institusi.
2. Sebagai panduan standar untuk pelaksanaan aktivitas institusi, baik aktivitas operasional/teknis maupun administratif, yang menjelaskan ruang lingkup aktivitas, alur aktivitas, serta wewenang pejabat atau unit kerja terkait dalam lingkup tersebut.
3. Sebagai pedoman dalam birokrasi/hierarki pengambilan keputusan dan validasi rangkaian kegiatan institusi.
4. Untuk menjamin konsistensi dan keandalan kegiatan produksi serta penyampaian produk kepada pelanggan.
5. Untuk menjamin efektivitas dan efisiensi aktivitas kerja, serta mencegah pemborosan sumber daya (tenaga, biaya, material, waktu)
6. Untuk menjaga tingkat kinerja setiap unit kerja agar tetap konsisten dengan menetapkan indikator kinerja masing-masing unit kerja.
7. Untuk meminimalkan risiko kesalahan, pelanggaran atau kegagalan dalam masing-masing aktivitas kerja.
8. Menghindari terjadinya *one man show* dalam institusi sehingga institusi dapat beroperasi secara berkesinambungan, walaupun terjadi pergantian personil yang bertanggung jawab terhadap aktivitas kerja tersebut.
9. Memastikan setiap aktivitas kerja dilaksanakan sesuai standar keselamatan dan kesehatan kerja sehingga aman bagi individu/unit kerja yang terlibat ataupun bagi lingkungan di sekitarnya.

3.8 Prinsip dalam Menyusun *Standard Operating Procedure* (SOP)

Standard Operating Procedure (SOP) yang berlaku dalam institusi harus memenuhi tujuh prinsip dasar sebagai berikut:

1. SOP dinyatakan secara tertulis dan disusun secara lengkap serta sistematis.

2. SOP dikomunikasikan secara sistematis kepada seluruh unit kerja dan individu dalam institusi.
3. SOP harus sesuai dengan kebijakan institusi dan patuh terhadap standar yang menjadi acuan institusi serta peraturan perundangan yang berlaku.
4. SOP harus mencerminkan hierarki dalam institusi dan proses pelayanan yang berlangsung dalam institusi.
5. SOP harus dapat mendorong pelaksanaan rangkaian aktivitas institusi untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien.
6. SOP harus memiliki mekanisme untuk memantau dan mengendalikan pelaksanaan rangkaian aktivitas agar tidak terjadi pelanggaran atau penyimpangan.
7. SOP harus dievaluasi secara periodik dan disesuaikan dengan kondisi terkini atau kebutuhan institusi.

3.9 Dokumen Standard Operating Procedure (SOP)

Berdasarkan standar, dokumen SOP terdiri atas dokumen-dokumen sebagai berikut:

1. Kebijakan

Kebijakan adalah dokumen level tertinggi berupa pernyataan institusi mengenai tujuan institusi, mengapa mereka melakukan hal itu, dan komitmen apa yang akan dilakukan organisasi untuk mencapai tujuan tersebut.

2. Pedoman

Pedoman adalah dokumen lini pertama yang menyatakan apa yang dilakukan institusi untuk mencapai kebijakan yang telah dinyatakan sebelumnya, mengapa harus dilakukan dan penjabaran mengenai cara melakukannya. Dalam beberapa SOP, kebijakan institusi biasanya tertuang di dalam dokumen yang sama dengan pedoman.

3. Prosedur

Prosedur adalah dokumen lini kedua yang menjabarkan aktivitas, metode atau proses yang digunakan untuk mengimplementasikan hal-hal yang telah ditetapkan dalam pedoman, serta fungsi institusi atau jabatan apa yang bertanggung jawab terhadap aktivitas/metode/proses tersebut. Prosedur dapat digunakan untuk mengatur aktivitas yang

bersifat administratif, karena melibatkan pelaksana yang berasal dari lebih satu jabatan atau unit kerja.

4. Instruksi kerja

Instruksi kerja bersifat lebih detail daripada prosedur, dan bersifat lokal pada satu orang, satu kelompok/unit kerja, peralatan/instalasi, atau aktivitas tertentu yang spesifik. Instruksi kerja umumnya digunakan untuk mengatur aktivitas yang bersifat teknis. Instruksi kerja juga dapat merupakan penjabaran dari langkah pada prosedur terkait.

5. Rekaman

Rekaman adalah dokumen yang menjadi bukti bahwa SOP yang dituangkan dalam dokumen pedoman, prosedur dan instruksi kerja telah dilaksanakan. Rekaman dapat berupa formulir yang telah diisi, lembar kerja yang telah ditandatangani, dokumen persetujuan produk yang telah distempel, atau berupa foto kejadian. Rekaman juga berfungsi sebagai alat telusur berbagai tindakan yang dilakukan dalam pelaksanaan SOP, baik apakah sebuah aktivitas/proses dilaksanakan dengan benar, maupun apabila terjadi kesalahan atau pelanggaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Santy Irene Putri, S.ST M, Astri Yunita, S.Tr.Keb M. 2021. *Buku Saku Mutu Pelayanan Kebidanan*. Graf Literas;
- Azwar A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara;
- Annah Hubaedah, SST. MK, Eli Inayanti, SST. MK. 2019. *Mutu Pelayanan Kebidanan*. (Guepedia, ed.). Guepedia;
- Ruri Yuni Astari. 2020. *Mutu Pelayanan Kebidanan Dan Kebijakan Kesehatan*. Deepublish;
- Abdul Bari Saefudin. 2010. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. YBP-SP;
- Cut Sriyanti. 2016. *Mutu Layanan Kebidanan & Kebijakan Kesehatan*. I. Kemenkes RI;

BAB 4

STANDAR PE LAYANAN KESEHATAN

Oleh Nelly Nugrawati

4.1 Pendahuluan

Mutu merupakan derajat dipenuhinya persyaratan yang ditentukan. Suatu produk atau pelayanan yang sesuai dengan segala spesifikasinya akan dikatakan bermutu, apapun bentuk produknya. Mutu harus dapat dicapai, dapat diukur, dapat memberikan keuntungan dan untuk mencapainya diperlukan kerja keras.

Pelayanan kesehatan adalah segala upaya yang dilakukan secara individu atau kolektif oleh suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Mutu pelayanan kesehatan merupakan sesuatu yang diharapkan dan telah menjadi kebutuhan dasar bagi setiap orang. Sarana kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas seperti klinik atau puskesmas yang meliputi berbagai pelayanan seperti penelitian, pengobatan, farmasi, laboratorium, termasuk pelayanan rekam medis, merupakan organisasi pelayanan publik yang langsung melayani masyarakat, sehingga rumah sakit dan puskesmas harus menyediakan kualitas pelayanan sesuai harapan pasien.

4.2 Pengertian Standar Layanan Kesehatan

Standar Layanan Kesehatan adalah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu menyangkut masukan, proses dan keluaran (*outcome*) sistem layanan kesehatan. Standar layanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menggambarkan mutu pelayanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga setiap orang yang terlibat dalam layanan kesehatan terikat oleh sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan, ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan dan akan bertanggung gugat dalam menjalankan tugas dan perannya masing-masing.

Pelayanan kesehatan merupakan konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Definisi pelayanan kesehatan menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo (2003) adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat (Notoatmodjo, 2003). Sedangkan, menurut Azrul Azwar (1996), pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menumbuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Standar, indikator, dan angka nilai ambang batas menjadi unsur-unsur yang akan membuat jaminan mutu layanan kesehatan itu dapat dikur, objektif dan bersifat kualitatif. Dikalangan profesi layanan kesehatan sendiri, terdapat berbagai definisi tentang standar layanan kesehatan. Kadang-kadang standar layanan kesehatan itu diartikan sebagai protokol, standar prosedur operasional (SPO) dan petunjuk pelaksanaan.

4.3 Persyaratan Pokok Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki berbagai persyaratan pokok seperti berikut:

4.3.1 Tersedia (*Available*) dan Berkesinambungan (*Continuous*)

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut tersedia (*available*) di masyarakat dan bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat mudah ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada setiap saat yang dibutuhkan.

4.3.2 Dapat Diterima (*Acceptable*) dan Wajar (*Appropriate*)

Syarat pokok yang kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (*Acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*Appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut sama dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat, budaya, kepercayaan dan kepercayaan masyarakat serta tidak wajar bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

4.3.3 Mudah Dicapai (*Accessible*)

Syarat pokok ketiga untuk pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud di sini terutama dari sudut lokasi. Oleh karena itu, pemerataan fasilitas kesehatan sangat penting untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan yang baik. Pelayanan kesehatan seringkali hanya terkonsentrasi di daerah perkotaan dan meskipun hal ini tidak terlihat di daerah pedesaan, pelayanan kesehatan masih buruk.

4.3.4 Mudah Dijangkau (*Affordable*)

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik yaitu mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksudkan disini terutama dari segi biaya. Untuk mewujudkan keadaan tersebut perlu diupayakan biaya pelayanan kesehatan disesuaikan dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya dapat dimanfaatkan oleh sebagian kecil masyarakat, pelayanan kesehatan yang buruk. Bermutu (*Quality*).

4.3.5 Bermutu (*Quality*)

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik yaitu bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksudkan adalah yang mengacu pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa layanan, dan disisi lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

4.4 Manfaat Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan

Program pemeliharaan mutu adalah suatu upaya yang dilakukan secara konsisten, sistematis, objektif dan komprehensif dalam mengidentifikasi masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia, serta menilai hasil yang dicapai dan

menyusun saran-saran tidak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan.

Program penjagaan mutu dapat dilaksanakan, sehingga banyak memperoleh manfaat. Secara umum manfaat yang dimaksudkan adalah:

- a. Dapat lebih meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan.
Peningkatan efektifitas yang dimaksud erat hubungannya dengan dapat diselesaikannya masalah dengan cara penyelesaian masalah yang benar. Karena dengan diadakannya program menjaga mutu dapat diharapkan pemilihan masalah telah dilakukan secara benar.
- b. Dapat lebih meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan
Peningkatan efisiensi yang dimaksudkan disini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya penyelenggaraan pelayanan yang berlebih atau yang dibawah standar. Biaya tambahan karena adanya pelayanan yang berlebihan atau karena harus mengatasi berbagai efek samping karena pelayanan yang dibawah standar akan dapat dicegah.
- c. Dapat lebih meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan
Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuainya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan kebutuhan dan tutuan masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan.
Apabila peningkatan penerimaan ini dapat diwujudkan, pada gilirannya pasti akan berpengaruh besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dapat melindungi pelaksana pelayanan kesehatan dari kemungkinan adanya gugatan hukum.

Masalah Pelayanan Kesehatan

Dengan berkembangnya berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi, banyak terjadi perubahan dalam pelayanan kesehatan. Perubahan yang seperti ini di satu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan seperti misalnya meningkatnya mutu pelayanan yang dapat dilihat dari makin menurunnya angka kesakita, cacat, dan kematian serta meningkatnya umur hidup rata-rata. Namun disisi lain,

perubahan yang seperti ini ternyata juga mendatangkan banyak masalah sebagai berikut (Wijono, 2000):

1. Terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan

Timbulnya pengkotakan dalam pelayanan kesehatan (*fragmented health services*), erat hubungannya dengan terciptanya spesialisasi dan sub spesialisasi dalam pelayanan kesehatan. Dampak negative yang ditimbulkan adalah menyulitkan masyarakat mendapat pelayanan kesehatan yang apabila, berkelanjutan pada gilirannya akan mengakibatkan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

2. Berubahnya sifat pelayanan kesehatan

Perubahan ini muncul sebagai akibat telah terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan, yang dampaknya terlihat dalam hubungan dokter pasien. Akibat munculnya spesialis dan sub spesialis menyebabkan perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat diberikan lagi secara menyeluruh. Perhatian terfokus hanya pada masalah dan atau organ yang sakit.

Perubahan sifat pelayanan kesehatan makin bertambah nyata, bila diketahui bahwa saat ini telah banyak dipergunakan berbagai peralatan kedokteran canggih. Ketergantungan yang kemudian muncul terhadap berbagai peralatan kedokteran canggih tersebut, dapat menimbulkan berbagai dampak negatif yang merugikan, yaitu (Wijono, 2000):

- a. Makin renggangnya hubungan dokter dan pasien antara dokter dan pasien telah terdapat suatu tabur pemisah yakni berbagai peralatan kedokteran yang dipergunakan tersebut.
- b. Makin mahalnya biaya kesehatan keadaan yang seperti ini mudah diperkirakan akan menyulitkan masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan.

Kedua perubahan yang berdampak negatif tersebut mau tidak mau akan mempengaruhi kualitas pelayanan. Pelayanan kesehatan yang hanya merawat organ tubuh jelas tidak akan menyelesaikan masalah kesehatan seseorang secara tuntas.

DAFTAR PUSTAKA

- Astari, R. Y. 2020. Mutu Pelayanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan. Deepublish.
- Astuti, A., Dewi, R. K., Azizah, N., Nardina, E. A., Lestari, R. T., Hutomo, C. S., ... & Santi, M. Y. 2021. Mutu Pelayanan Kebidanan: Standar, Indikator dan Penilaian. Yayasan Kita Menulis.
- Cut Sriyanti, S. S. T., Keb, M., Cut Sriyanti, S. S. T., & Keb, M. 2016. Mutu Layanan Kebidanan Kebijakan Kesehatan.
- Hubaedah, A., & Inayanti, E. 2019. *Mutu Pelayanan Kebidanan*. SPASI MEDIA.
- Putri, S. I., ST, S., Yunita, A., & Keb, S. T. 2021. Buku Saku Mutu Pelayanan Kebidanan: Graf Literasi. Graf Literasi.
- Rini, K., & Tiara Carolin, B. Mutu Layanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan.
- Sinaga, E. W., Fauza, R., Wahyuni, W., Hutabarat, E. N., Rambe, N. L., Simamora, D. L., ... & Sebayang, W. 2020. *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Yayasan Kita Menulis.

BAB 5

STANDAR PELAYANAN KEBIDANAN

Oleh Ummi Kaltsum S. Saleh

5.1 Pendahuluan

Penelitian global telah menyimpulkan bahwa asuhan kebidanan memiliki peran penting dalam penurunan angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir yang dapat dicegah (Filby *et al.*, 2016). Laporan WHO (2019) menyatakan setiap hari pada tahun 2017 sekitar 810 ibu di dunia meninggal akibat kehamilan dan persalinan. 75 persen kasus kematian ibu diakibatkan oleh perdarahan, infeksi (biasanya saat paska persalinan), tekanan darah tinggi saat kehamilan (pre eklamsi dan eklamsi), komplikasi selama persalinan dan aborsi yang tidak aman. Sisanya disebabkan oleh penyakit seperti malaria, kondisi kronis seperti jantung atau diabetes. Menurut SDGs pada tahun 2030 Angka Kematian Ibu (AKI) yang ditargetkan kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup, angka kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 25 per 1000 kelahiran hidup (World Health Organization, 2019).

Pelayanan kebidanan yang berkualitas, terkoordinasi dan terintegrasi dalam masyarakat dan sistem kesehatan merupakan kunci utama keberhasilan dalam menanggulangi banyak kematian dan kecacatan yang diberikan secara menyeluruh sejak kehamilan, kelahiran dan seterusnya. Layanan kebidanan juga memfasilitasi rujukan ibu dan bayi baru lahir dari rumah atau fasilitas kesehatan ke rumah sakit rujukan untuk mendapatkan perawatan dokter spesialis kebidanan, dokter anak dan lainnya jika diperlukan (Carr *et al.*, 2011). Bukti menunjukkan bahwa penguatan pelayanan kebidanan adalah kunci untuk meningkatkan kualitas perawatan. Bidan dengan kompetensi kebidanan sangat penting untuk menyelamatkan perempuan dan bayi baru lahir. (Carr *et al.*, 2011; Filby *et al.*, 2016)

5.2 Definisi Kebidanan

Kebidanan adalah ilmu kesehatan dan profesi kesehatan yang mempelajari kehamilan, persalinan dan masa nifas termasuk perawatan bayi baru lahir, disamping kesehatan seksual dan reproduksi wanita sepanjang hidupnya. Di banyak negara termasuk Indonesia, kebidanan adalah profesi medis. Seorang profesional dalam kebidanan dikenal sebagai bidan. Bukti menunjukkan bahwa kebidanan memainkan peran “penting” dan ketika pelayanan diberikan oleh bidan yang terdidik, terlatih, teregulasi, berlisensi, dikaitkan dengan peningkatan kualitas perawatan dan penurunan angka kematian ibu dan bayi abru lahir secara cepat dan berkelanjutan.

5.2.1 Arti Bidan

Asal kata bidan, dalam bahasa Sansekerta, *wirdhan* memiliki arti perempuan bijaksana, dalam bahasa perancis *sage-femme* yang berarti *wise women*, dalam bahasa Inggris, *midwife* berarti *with- woman*” i.e. “*the woman with, the woman assisting*”. Dengan mempertimbangkan aspek sosial-budaya, kondisi masyarakat Indonesia dan mengacu kepada definisi bidan ICM serta asal kata “Bidan” maka Ikatan Bidan Indonesia menetapkan Bidan Indonesia adalah seorang perempuan (Wulandari *et al*, 2021).

Beberapa definisi bidan sebagai berikut:

1. Ikatan Bidan Indonesia (2016)

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

2. International Confederation of Midwives (2011)

“A midwife is a person who, having been regularly admitted to a midwifery educational program fully recognized in the country in which it is located, has succesfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualification to be registered and or legally licensed to practice midwifery” (Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi ijin untuk melaksanakan praktik kebidanan di negara itu).

3. *World Health Organization*

Bidan adalah seseorang yang telah diakui secara reguler dalam program pendidikan kebidanan sebagaimana yang diakui yuridis, dimana ia ditempatkan dan telah menyelesaikan pendidikan kebidanan dan telah mendapatkan kualifikasi serta terdaftar disahkan dan mendapatkan ijin melaksanakan praktik kebidanan

4. Permenkes nomor 28 pada tahun 2017

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

5. Undang – Undang Nomor 4 Tahun 2019

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.

Dari berbagai definisi tentang bidan dapat disimpulkan bahwa bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan bidan, diakui secara sah oleh negara, berkompeten, terdaftar dan mendapat ijin melakukan praktik kebidanan.

Seorang bidan dapat berpraktik di lingkungan mana pun termasuk di rumah, komunitas, rumah sakit, klinik, atau unit kesehatan (International Confederation of Midwives, 2017).

5.2.2 Ruang Lingkup Praktik Bidan

Ruang lingkup praktik kebidanan adalah cakupan peran, fungsi, tanggungjawab dan kegiatan yang diharapkan dari bidan (Nursing and Midwifery Board of Ireland, 2015).

1. Memberikan informasi dan nasihat keluarga berencana yang baik.
2. Mendiagnosis dan memantau kehamilan normal, melakukan pemeriksaan yang diperlukan untuk melakukannya.
3. Meresepkan atau menyarankan pemeriksaan yang diperlukan untuk diagnosis sedini mungkin dari kehamilan berisiko.

4. Menyediakan program persiapan menjadi orang tua dan memberikan saran persiapan persalinan termasuk saran tentang kebersihan dan nutrisi.
5. Merawat dan membantu ibu selama persalinan dan memantau kondisi bayi dalam kandungan dengan menggunakan sarana klinis dan teknis yang sesuai.
6. Membantu persalinan spontan; termasuk jika diperlukan episiotomi dan dalam kasus yang mendesak, persalinan sungsang; mengenali tanda-tanda peringatan kelainan pada kondisi ibu atau bayi yang perlu dirujuk ke dokter, dan membantu dokter jika diperlukan. Bidan juga harus mengambil tindakan darurat yang diperlukan jika dokter tidak ada, khususnya pelepasan plasenta secara manual, mungkin diikuti dengan pemeriksaan rahim secara manual.
7. Memeriksa dan merawat bayi baru lahir dan mengambil semua inisiatif yang diperlukan, termasuk resusitasi jika perlu.
8. Merawat dan memantau kemajuan ibu pada periode pascakelahiran dan menasihatinya tentang perawatan bayi sehingga bayi membuat kemajuan sebaik mungkin.
9. Melakukan pengobatan yang ditentukan oleh dokter.
10. Menyusun laporan tertulis yang diperlukan (pendokumentasian asuhan).

5.2.3 Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

Bidan merupakan salah satu dari jenis tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan asuhan kebidanan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki maka izin dan penyelenggaraan praktik Bidan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/Menkes/Per/X/201 yang disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan hukum terbaru ke Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017(Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017, 2017).

5.3 Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar

(teregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan (Astusi, 2016).

5.3.1 Jenis Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan dapat dibedakan menjadi: (Astusi, 2016)

- a. Layanan Primer ialah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
- b. Layanan Kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.
- c. Layanan Rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.

5.3.2 Standar Pelayanan Kebidanan

Ikatan Bidan Indonesia menetapkan 24 Standar Pelayanan Kebidanan, yang dikelompokkan menjadi 5 bagian besar – yaitu:

1. Standar Pelayanan Umum

- a. Standar 1: Persiapan untuk kehidupan keluarga

Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada perorangan, keluarga dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum (gizi, KB, kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjadi calon orang tua, persalinan dan nifas). Tujuannya adalah memberikan penyuluhan kesehatan yang tepat untuk mempersiapkan kehamilan yang sehat dan terencana serta menjadi orang yang bertanggung jawab. Dan hasil yang diharapkan dari penerapan standar 1 adalah masyarakat dan perorangan dapat ikut serta dalam upaya mencapai kehamilan yang sehat. Ibu, keluarga dan masyarakat meningkat

pengetahuannya tentang fungsi alat-alat reproduksi dan bahaya kehamilan pada usia muda. Tanda-tanda bahaya kehamilan diketahui oleh masyarakat dan ibu.

b. Standar 2: Pencatatan dan pelaporan

Bidan melakukan pencatatan dan pelaporan semua kegiatan yang dilakukannya, yaitu registrasi semua ibu hamil di wilayah kerja, rincian pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil/bersalin/nifas dan bayi baru lahir, semua kunjungan rumah dan penyuluhan kepada masyarakat. Disamping itu, bidan hendaknya mengikut sertakan kader untuk mencatat semua ibu hamil dan meninjau upaya masyarakat yang berkaitan dengan ibu dan bayi baru lahir. Bidan meninjau secara teratur catatan tersebut untuk menilai kinerja dan penyusunan rencana kegiatan untuk meningkatkan pelayanannya. Tujuan dari standar 2 ini yaitu mengumpulkan, menggunakan dan mempelajari data untuk pelaksanaan penyuluhan, kesinambungan pelayanan dan penilaian kerja.

2. Standar Pelayanan Antenatal

a. Standar 3: Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur. Adapun tujuan yang diharapkan dari penerapan standar ini adalah mengenali dan memotivasi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya.

b. Standar 4: Pemeriksaan dan pemantauan

Pemeriksaan dan pemantauan Kesehatan ibu hamil melalui pelayanan antenatal. Standar pelayanan antenatal yang semula 5T, meningkat menjadi 7T, lalu 10T dan 14 T. Standar Pelayanan antenatal 10 T oleh Kemenkes RI (2009) yaitu: timbang berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, tinggi fundus uteri, skrining status imunisasi, pemberian tablet tambah darah, menentukan status gizi, tes laboratorium, menentukan

presentasi janin dan DJJ, tatalaksana kasus dan temu wicara (Wulandari et al., 2021).

- c. Standar 5: Palpasi abdominal
Bidan harus melakukan pemeriksaan abdomen secara seksama dan melakukan palpasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui janin berkembang dengan baik atau tidak berdasarkan tinggi fundus untuk menentukan usia kehamilan, menentukan posisi janin apakah normal atau tidak, dan menentukan tafsiran berat janin sesuai dengan usia kehamilan.
 - d. Standar 6: Pengelolaan anemia pada ibu hamil
Bidan melakukan tindakan pencegahan anemia, penemuan, penanganan dan rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Tindakan yang bisa dilakukan bidan diantaranya memeriksakan kadar Hb semua ibu hamil pada kunjungan ANC, memberikan tablet Fe pada semua ibu hamil sedikitnya 1 tablet selama 90 hari berturut-turut. Beri penyuluhan gizi dan pentingnya konsumsi makanan yang mengandung zat besi, dan lain – lain.
 - e. Standar 7: Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan
Bidan dapat mengenali dan menemukan secara dini hipertensi pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan. Adapun tindakan yang dapat dilakukan bidan yaitu rutin memeriksa tekanan darah ibu dan mencatatnya. Jika terdapat tekanan darah diatas 140/90 mmHg lakukan tindakan yang diperlukan.
 - f. Standar 8: Persiapan persalinan
Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami atau keluarga pada trimester III memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman dan suasana menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat.
3. Standar Pelayanan Persalinan
- a. Standar 9: Asuhan persalinan kala I
Kala satu dimulai dari saat persalinan dimulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam dua

fase yaitu fase laten ketika serviks membuka mulai kurang dari 0,5 cm sampai 3-4 cm dan fase aktif ketika uterus sudah berkontraksi secara reguler hingga mengakibatkan pembukaan lengkap pada serviks (Kaltsum et al., n.d.).

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan ibu, selama proses persalinan 94 berlangsung. Bidan juga melakukan pertolongan proses persalinan dan kelahiran yang bersih dan aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat. Disamping itu ibu diijinkan memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan kelahiran.

b. Standar 10: Persalinan kala II yang aman

Kala dua dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Bidan melakukan pertolongan persalinan bayi dan plasenta yang bersih dan aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat. Disamping itu ibu diijinkan untuk memilih siapa yang akan mendampingi saat persalinan.

c. Standar 11: Penatalaksanaan Aktif persalinan kala III

Kala tiga dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Secara aktif bidan melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga. Tujuan dilaksanakannya standar ini yaitu membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan kala tiga, mencegah terjadinya atonia uteri dan retensio plasenta.

d. Standar 12: penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi.

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala dua, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk mempermudah persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

4. Standar Pelayanan Nifas;

a. Standar 13: Perawatan bayi baru lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah asfiksia, menemukan kelainan , dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermi dan mencegah hipoglikemia dan infeksi.

b. Standar 14: Penanganan pada 2 jam pertama setelah persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi paling sedikit selama 2 jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

c. Standar 15: Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas.

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas di puskesmas dan rumah sakit atau melakukan kunjungan ke rumah pada hari ketiga, minggu ke dua dan minggu ke enam setelah persalinan, untuk membantu proses penatalaksanaan tali pusat yang benar, penemuan dini, penatalaksanaan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, asuhan bayi baru lahir , pemberian ASI , imunisasi dan KB.

5. Standar Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri-Neonatal

a. Standar 16: Penanganan perdarahan dalam kehamilan pada trimester III

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya.

b. Standar 17: Penanganan kegawatan pada eklampsia

Bidan mengenali secara tepat dan gejala eklampsia mengancam, serta merujuk dan/atau memberikan pertolongan pertama.

- c. Standar 18: Penanganan kegawatan pada partus lama/macet
Bidan mengenali secara tepat tanda gejala partus lama/macet serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu untuk merujuk untuk persalinan yang aman.
- d. Standar 19: Persalinan dengan menggunakan vacum ekstraktor
Bidan hendaknya mengenali kapan waktu diperlukan menggunakan ekstraksi vakum, melakukan secara benar dalam memberikan pertolongan persalinan dengan memastikan keamanan bagi ibu dan janinnya.
- e. Standar 20: Penanganan retensio plasenta
Bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama, termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan, sesuai dengan kebutuhan.
- f. Standar 21: Perdarahan perdarahan postpartum primer
Bidan mampu mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan dan segera melakukan pertolongan pertama kegawat daruratan untuk mengendalikan perdarahan. Tujuan nya adalah bidan mampu mengambil tindakan pertolongan kegawat daruratan yang tepat pada ibu yang mengambil perdarahan post partum primer/ atonia uteri.
- g. Standar 22: Penanganan perdarahan postpartum sekunder
Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini gejala perdarahan post partum sekunder, dan melakukan pertolongan pertama untuk penyelamatan jiwa ibu, dan/atau merujuk. Tujuan nya adalah mengenali gejala dan tanda perdarahan post partum sekunder serta melakukan penanganan yang tepat untuk menyelamatkan jiwa ibu.
- h. Standar 23: Penanganan sepsis puerperalis
Bidan mampu menangani secara tepat tanda dan gejala sepsis puerperalis, melakukan perawatan dengan segera merujuknya. Tujuannya adalah mengenali tanda dan gejala sepsis puerperalis dan mengambil tindakan yang tepat . hasil yang diharapkan yaitu ibu dengan sepsis puerperalis

mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Penurunan angka kesakitan dan kematian akibat sepsis puerperalis. Meningkatnya pemanfaatan bidan dalam pelayanan nifas.

i. Standar 24: Penanganan asfiksia neonatorum

Bidan mengenali secara tepat bayi baru lahir dengan asifiksia, serta melakukan tindakan secepatnya, memulai resusitasi, mengusahakan bantuan medis, merujuk bayi baru lahir dengan tepat dan memberikan perawatan lanjutan yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Astusi, K. . E. W. 2016. *Konsep Kebidanan Dan Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan* (1st ed.). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Carr, C., Fauveau, V., Fogstad, H., Garden, B., Johnson, P., Laski, L., Lynch, B., Mangiaterra, V., Poz, M., Rushwan, H., Campbell, E. J., Chilvers, R., Guarenti, L., Hoope-bender, P., Jolivet, R., Maliqi, B., Mcmanus, J., Minca, M., Moyo, N., ... Bucagu, M. (2011). *Delivering health, saving lives*.
- Filby, A., Mcconville, F., & Portela, A. 2016. *What Prevents Quality Midwifery Care? A Systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider Perspective*. 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>
- International Confederation of Midwives. 2017. Definición Internacional de Matronas por la ICM. *International Confederation of Midwives*, 3.
- Kaltsum, U., Saleh, S., & Bakoil, M. B. (n.d.). *The Effect of the Maternal Position on the Length of First Active Stage Labor*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017, 1. 2017.
- Nursing and Midwifery Board of Ireland. 2015. *Practice of Standards for Midwives* (Issue May).
- World Health Organization. 2019. Maternal mortality Evidence brief. In *Department of Reproductive Health and Research*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf?ua=1>
- Wulandari, C. L., Riswati, L., Maharani, Saleh, U. K. S., Kristin, D. M., Mariati, N., Lathifah, N. S., Khanifah, M., Hanifah, A. N., & Wariyaka, M. R. 2021. Asuhan Kebidanan Kehamilan. In R. Widyastuti (Ed.), *CV, Media Sains Indonesia* (1st ed.). Media Sains Indonesia. <https://books.google.co.id/books/about?id=mZ5BEAAAQBAJ>

BAB 6

INDIKATOR MUTU PELAYANAN KEBIDANAN

Oleh Kartini

6.1 Definisi Indikator Mutu Pelayanan Kebidanan

6.1.1 Pengertian Indikator

Beberapa pengertian indikator menurut paRa ahli, yaitu:

- a. Indikator adalah pengukuran secara tidak langsung pada suatu kondisi atau peristiwa (Wilson, R, Sapanuchart, 1993).
- b. Indikator adalah variabel untuk mengukur suatu perubahan baik langsung maupun tidak langsung (World Health Organization (WHO)., 1981).

Berdasarkan kedua pengertian tersebut maka dapat disimpulkan indikator adalah petunjuk atau alat dalam pengukuran suatu peristiwa atau kegiatan. Karakteristik indikator yaitu:

- 1) Spesifik (*Specific*) yaitu adanya gambaran yang jelas tentang perubahan ukuran yang tidak saling tumpang tindih.
- 2) Sahih (*Valid*) yaitu dapat digunakan untuk mengukur aspek yang akan dinilai.
- 3) Dapat dipercaya (*Reliable*) yaitu dapat menunjukkan hasil yang sama walaupun diukur berulang baik waktu sekarang maupun kedepannya.
- 4) Relevan yaitu sesuai dengan aspek kegiatan yang akan diukur dan kritikal.
- 5) Peka (*Sensitive*) yaitu cukup peka untuk mengukur sehingga jumlahnya tidak perlu banyak (Nurunnayah, S., Nurhayati, 2013).

6.1.2 Klasifikasi Indikator

Klasifikasi indikator yaitu:

- a. *Input*: merujuk pada sumber-sumber yang diperlukan untuk melaksanakan aktivitas, antara lain: personel, alat/fasilitas, informasi, dana, peraturan/kebijakan.
- b. *Proses*: memonitoring tugas atau kegiatan yang dilaksanakan.
- c. *Output*: mengukur hasil meliputi cakupan, pengetahuan, sikap, perubahan perilaku yang dihasilkan oleh tindakan yang dilakukan. Indikator ini juga disebut indikator *effect*.
- d. *Outcome*: dipergunakan untuk menilai perubahan atau dampak (*impact*) suatu program, perkembangan jangka panjang termasuk perubahan status kesehatan masyarakat/penduduk (Astuti et al., 2021).

6.1.3 Pengukuran Indikator

Indikator merupakan suatu pengukuran kuantitatif. Pengukuran itu terdiri dari:

- a) Numerator merupakan data pembilang dari suatu peristiwa (*events*) yang sudah diukur.
- b) Denominator data penyebut merupakan jumlah target sasaran atau jumlah seluruh pasien yang menjadi sasaran pemberian asuhan/pelayanan. Denominator sangat bermanfaat dalam monitoring perubahan dan membandingkan tingkat keberhasilan suatu area dengan area lain pada suatu wilayah.

6.1.4 Pengumpulan data indikator kinerja

Pengumpulan data indikator merupakan tolak ukur dari program pengukuran kinerja. Hal tersebut hanya dapat dikembangkan melalui sistem manajemen informasi yang tepat, dimana pengumpulan data, pengorganisasian serta reaksi terhadap data kinerja direncanakan dan diorganisir secara sistematis, sehingga dapat memberikan makna terhadap perubahan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dalam suatu organisasi.

Mengukur kinerja bidan dengan menggunakan indikator kinerja klinis merupakan suatu langkah yang mempunyai keuntungan ganda. Pertama, cara ini akan memberikan kesempatan bagi bidan untuk melakukan *self assessment* sehingga dapat mengetahui tingkat kemampuannya, dan berusaha untuk memperbaikinya. Sistem

penilaian kinerja dengan indikator akan memberikan kesempatan kepada pimpinan untuk melakukan komunikasi interpersonal yang efektif, sehingga secara bersama-sama dapat dilakukan evaluasi dan perbaikan yang mengarah pada perbaikan kinerja dan bermuara pada peningkatan mutu pelayanan (Fahmi, 2014).

6.2 Standar Pelayanan Kebidanan

6.2.1 Delapan Standar Pelayanan Kebidanan

Delapan standar pelayanan kebidanan, yaitu:

1. Standar I

Falsafah dan tujuan pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki visi dan misi, filosofi, tujuan pelayanan, serta organisasi pelayanan sebagai dasar untuk melaksanakan tugas pelayanan yang efektif dan efisien.

Definisi operasional:

- a. Pengelola pelayanan kebidanan memiliki visi, misi, dan filosofi pelayanan kebidanan yang mengacu pada visi, misi, dan filosofi masing-masing.
- b. Ada bagian struktur organisasi yang menggambarkan garis komando, fungsi, dan tanggung jawab, serta kewewenangan dalam pelayanan kebidanan dan kandungan dengan unit lain dan disahkan oleh pimpinan.
- c. Ada uraian tugas tertulis untuk setiap tenaga yang ada pada organisasi yang disahkan oleh pimpinan.
- d. Ada bukti tertulis tentang persyaratan tenaga yang menduduki jabatan pada organisasi yang disahkan oleh pimpinan.

2. Standar II

Administrasi dan pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki pedoman pengelolaan pelayanan, standar pelayanan, prosedur tetap, dan pelaksanaan kegiatan pengelolaan pelayanan yang konduktif yang memungkinkan terjadinya praktek pelayanan kebidanan yang akurat.

Definisi operasional:

- a. Ada pedoman pengelolaan pelayanan yang mencerminkan mekanisme kerja di unit pelayanan tersebut yang disahkan oleh pimpinan.

- b. Ada standar pelayanan yang dibuat mengacu pada pedoman standar alat, status ruangan, status ketenagaan yang telah disahkan.
- c. Ada prosedur tetap untuk setiap jenis kegiatan/tindakan kebidanan yang disahkan oleh pimpinan.
- d. Ada rencana/program kerja di setiap institusi pelayanan yang mengacu ke institusi induk.
- e. Ada bukti terselenggaranya pertemuan berkala secara teratur, dilengkapi dengan daftar hadir dan notulen rapat.
- f. Ada naskah kerja sama, program praktek dari institusi yang menggunakan lahan praktek program pengajaran klinik, penilaian klinik, dan ada bukti administrasi yang meliputi buku register.

3. Standar III

Staf dan pimpinan pengelolaan pelayanan kebidanan mempunyai program pengelola SDM agar pelayanan kebidanan berjalan efektif dan efisien.

Definisi operasional:

- a. Ada program kebutuhan SDM sesuai dengan kebutuhan.
- b. Mempunyai jadwal pengaturan kerja harian.
- c. Ada jadwal dinas yang menggambarkan kemampuan tiap-tiap unit yang menduduki tanggung jawab dan kemampuan yang dimiliki bidan.
- d. Ada seorang bidan pengganti dengan peran dan fungsi yang jelas dengan kualifikasi minimal selaku kepala ruangan bila kepala ruangan berhalangan.
- e. Ada dua personil yang bertugas di ruang tersebut.

4. Standar IV

Fasilitas dan peralatan tersedia sarana dan peralatan untuk mendukung pencapaian tujuan pelayanan kebidanan sesuai dengan beban tugasnya dan fungsi institusi pelayanan.

Definisi operasional:

- a. Tersedia peralatan yang sesuai dengan standar dan ada mekanisme keterlibatan bidan dalam perencanaan dan perkembangan sarana dan prasarana.
- b. Ada buku inventaris peralatan yang mencerminkan jumlah barang dan kualitas barang.

- c. Ada pelatihan khusus untuk bidan tentang penggunaan alat tertentu.
 - d. Ada prosedur permintaan dan penghapusan alat.
5. Standar V
- Kebijakan dan prosedur pengelolaan pelayanan kebidanan melakukan kebijakan dalam penyelenggaraan pelayanan dan pembinaan personil menuju pelayanan yang berkualitas.
- Definisi operasional:
- a. Ada kebijakan tertulis tentang prosedur pelayanan dan standar pelayanan yang disahkan oleh pimpinan.
 - b. Ada prosedur personalia, penerimaan pegawai, kontrak kerja, hak, dan kewajiban personalia.
 - c. Ada prosedur pengajuan cuti personil, istirahat, sakit, dan lainnya.
 - d. Ada prosedur pembinaan personil.
6. Standar VI
- Pengembangan staf dan program pendidikan pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki program pengembangan staf dan perencanaan pendidikan sesuai dengan kebutuhan pelayanan.
- Definisi operasional:
- a. Ada program pembinaan staf dan program pendidikan secara berkesinambungan.
 - b. Ada program pelatihan dan orientasi bagi tenaga kerja bidan/personil baru maupun lama agar dapat beradaptasi dengan pekerjaan.
 - c. Ada data hasil identifikasi kebutuhan pelatihan dan evaluasi hasil pelatihan.
7. Standar VII
- Standar asuhan pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki standar asuhan/manajemen kebidanan yang diterapkan sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
- Definisi operasional:
- a. Ada standar manajemen kebidanan sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan.
 - b. Ada format manajemen kebidanan yang terdaftar pada catatan medik.
 - c. Ada pengkajian asuhan kebidanan bagi setiap klien.

- d. Ada diagnosa asuhan kebidanan.
 - e. Ada dokumen tertulis tentang tindakan kebidanan.
 - f. Ada evaluasi dalam memberikan asuhan kebidanan.
 - g. Ada dokumentasi untuk kegiatan manajemen kebidanan.
8. Standar VIII
- Evaluasi dan pengendalian mutu pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki program dan pelaksana dalam evaluasi dan pengendalian mutu pelayanan kebidanan yang dilaksanakan secara berkesinambungan.
- Definisi operasional:
- a. Ada program atau rencana tertulis peningkatan mutu pelayanan kebidanan.
 - b. Ada bukti tertulis dari notulen rapat sebagai hasil kegiatan pengendalian mutu asuhan kebidanan dan pelayanan kebidanan.
 - c. Ada bukti tertulis tentang pelaksanaan evaluasi pelayanan dan rencana tindak lanjut.
 - d. Ada laporan hasil evaluasi yang dipublikasikan secara teratur kepada semua staf pelayanan kebidanan (Sriyanti, 2016).

6.2.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Standar Pelayanan Kebidanan

Beberapa faktor yang berpengaruh dalam pelaksanaan standar pelayanan kebidanan, yaitu:

1. Penghargaan (*Reward*), yaitu hadiah yang berasal dari orang lain atau muncul dengan sendirinya karena perilaku orang tersebut. *Reward* tidak selalu dalam bentuk positif, namun bisa berupa hilangnya *punishment* (hukuman).
2. Beban kerja yaitu sekumpulan kegiatan yang harus diselesaikan oleh suatu unit organisasi atau pemegang jabatan dalam jangka waktu tertentu dengan menggunakan teknik analisis jabatan, teknik analisis beban kerja atau teknik manajemen lainnya.
3. Supervisi dari atasan yaitu pembinaan dan pengawasan yang terencana untuk membantu para pelaksana melakukan pekerjaan lebih efektif. Keefektifitasan pengawasan ini tergantung pada frekuensi pengawasan, intensitas

pengawasan, dan kualitas pengawasan (Soemohadiwidjojo, 2014).

6.3 Standar Outcome

Standar *outcome* merupakan hasil akhir atau akibat layanan kesehatan yang menunjukkan apakah layanan kesehatan berhasil atau gagal. Keluaran (*outcome*) adalah apa yang diharapkan akan terjadi sebagai hasil dari layanan kesehatan yang diselenggarakan dan terhadap apa keberhasilan tersebut akan diukur (Retnaningtyas, 2018).

6.3.1 Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan sangat dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman klien. Kepuasan yang bersifat subjektif. Tiap orang memiliki tingkat kepuasan yang berbeda, walaupun pelayanan kebidanan telah memuaskan klien, tetapi masih banyak ditemukan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar profesi dan kode etik sehingga dilakukan pembatasan untuk mengatasi masalah tersebut. Pembatasan itu yaitu:

- a. Pembatasan pada derajat kepuasan pasien. Pengukuran kepuasan dilakukan tidak secara individual, tetapi yang dipakai adalah kepuasan rata-rata.
- b. Pembatasan pada upaya yang dilakukan menimbulkan kepuasan harus memenuhi kode etik dan standar pelayanan kebidanan. Mutu pelayanan kebidanan merujuk pada tingkat kesempurnaan yang dapat memuaskan dengan tingkat rata-rata klien serta penyelenggaraanya sesuai dengan kode etik dan standar profesi kebidanan.

Kepuasan pasien memiliki dimensi yang sangat bervariasi, secara umum dimensi kepuasan dibedakan atas dua macam.

- a. Kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi. Ukuran-ukuran yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai:
 - 1) Hubungan bidan-pasien (*midwife-patient relationship*).
 - 2) Kenyamanan pelayanan (*amenities*).
 - 3) Kebebasan melakukan pilihan (*choice*).

- 4) Pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*),
 - 5) Efektifitas pelayanan (*effectiveness*).
 - 6) Keamanan tindakan (*safety*).
- b. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan. Ukuran-ukuran pelayanan kesehatan lebih bersifat luas, karena di dalamnya tercakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai:
- 1) Ketersediaan pelayanan kesehatan (*available*), yaitu pelayanan yang bermutu, apabila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat.
 - 2) Kewajaran pelayanan kesehatan (*appropriate*), yaitu pelayanan kesehatan bersifat wajar, dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.
 - 3) Kesiambungan pelayanan kesehatan (*continue*), yaitu pelayanan kesehatan tersedia setiap saat, baik menurut waktu ataupun kebutuhan pemakai jasa pelayanan kesehatan.
 - 4) Penerimaan pelayanan kesehatan (*acceptable*), yaitu pelayanan kesehatan dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.
 - 5) Ketercapaian pelayanan kesehatan (*accessible*) yaitu lokasi dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.
 - 6) Keterjangkauan pelayanan kesehatan (*affordable*), yaitu biaya pelayanan kesehatan dapat dijangkau oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.
 - 7) Efisiensi pelayanan kesehatan (*efficient*), yaitu pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan secara efisien.
 - 8) Mutu pelayanan kesehatan (*quality*), yaitu dapat menyembuhkan pasien serta tindakan yang diberikan adalah aman. Jika dibandingkan kedua kelompok dimensi kepuasan pasien ini, dapat terlihat bahwa dimensi kepuasan yang kedua bersifat ideal (Satrianegara, M. F., Saleha, 2012).

6.3.2 Ketepatan

Ketepatan yaitu tingkat layanan yang diberikan kepada pasien adalah yang paling bermanfaat atau yang paling dibutuhkan waktunya. Ketetapan sebagai indikator mutu pelayanan kesehatan dimaksudkan adalah keefektifan dalam penanganan kesehatan yaitu:

- a. Tepat dalam pelayanan atau penanganannya.
- b. Tepat waktu pelaksanaan tindakan.
- c. Tepat dalam pemberian obat serta dosisnya.
- d. Tepat dalam penggunaan fasilitasnya (Hasyim, 2013).

6.3.3 Indikator Kepuasan Pelanggan, Ketepatan, Efisiensi, Efektifitas Standar Outcome

1. Dampak dari kepuasan pelanggan ampak dari pelayanan yang berkualitas adalah meningkatnya cakupan. Ukuran keberhasilan mutu.
 - a. *Physical outcomes*: produksi dan jasa service yang lebih baik.
 - b. *Service outcomes*: *customers* yang puas dan sedikit *complain*, peningkatan keterlibatan staf pada institusi, peningkatan moral dan kebanggaan staf pada institusi.
 - c. *Cost outcomes*: peningkatan produksi dan lebih efisien dalam penggunaan sumber daya, evaluasi terus-menerus dan perencanaan yang lebih baik untuk masa dating.
2. Ketepatan waktu yang tepat (*timeliness*) yaitu waktu yang tepat terhadap tes, prosedur, perlakuan, atau pelayanan yang diberikan kepada pasien.
3. Efisiensi dan efektivitas. Efisien dalam pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang disediakan berhubungan antara hasil layanan dan sumber daya yang digunakan untuk memberikan layanan kepada pasien. Efektivitas dalam pelayanan kesehatan adalah perlakuan dan pelayanan yang diberikan dalam konteks yang benar, diberikan sesuai dengan keilmuan saat ini untuk mencapai hasil yang diinginkan (Sondakh, J. J. S., Marjati, Pipitcahyani, 2013).

6.4 Indikator Kinerja

6.4.1 Penilaian Kinerja

Kinerja adalah gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan/program atau kebijaksanaan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi, dan visi institusi yang tertuang dalam perumusan skema strategis (*strategic planning*) suatu institusi. Manajemen kinerja adalah suatu ilmu yang memadukan seni di dalam institusi untuk menerapkan suatu konsep manajemen yang memiliki tingkat fleksibilitas yang representatif dan aspiratif guna mewujudkan visi dan misi institusi dengan cara mempergunakan orang yang ada di organisasi tersebut secara maksimal.

Elemen manajemen kinerja yaitu hasil kerja dicapai secara individual atau secara institusi, dalam melaksanakan tugas orang atau institusi diberikan wewenang dan tanggung jawab, pekerjaan haruslah dilakukan secara legal yang berarti dalam melaksanakan tugas individu atau institusi tentu saja harus mengikuti aturan yang telah ditetapkan, pekerjaan tidaklah bertentangan dengan moral dan etika.

Ada hubungan kuat antara kinerja dan prestasi kerja bahwa kinerja adalah prestasi kerja yang merupakan hasil kerja yang diperoleh dari melaksanakan tugas yang dibebankan kepada seseorang. Hasil dan kualitas prestasi kerja yang maksimal tidak dapat dilepaskan dari hasil yang dibangun oleh pihak manajemen institusi karena tidak mungkin suatu prestasi kerja yang bagus itu bisa diperoleh tanpa ada penanganan yang serius dan mendalam dari pihak manajemen institusi.

Suatu perencanaan dan pengendalian yang baik tidak akan diperoleh dengan maksimal jika seandainya itu tidak dapat dikomunikasikan dengan baik kepada para karyawan. Itu sebabnya karyawan memegang andil besar dalam mewujudkan perencanaan yang terlaksana sesuai harapan dari berbagai pihak, khususnya harapan pimpinan institusi. Jadi, tegasnya karyawan merupakan bagian penting, penentu, dan pencipta manajemen kinerja yang diharapkan.

Penilaian kinerja merupakan proses mengevaluasi seberapa baik karyawan mengerjakan pekerjaan mereka ketika dibandingkan dengan satu set standar dan kemudian mengomunikasikan informasi tersebut. Penilaian yang dilakukan tersebut nantinya akan menjadi bahan masukan yang berarti dalam menilai kinerja yang dilakukan dan

selanjutnya dapat dilakukan perbaikan atau yang biasa disebut perbaikan yang berkelanjutan.

Manfaat penilaian kinerja bagi institusi yaitu mengelola operasi institusi secara efektif dan efisien melalui pemotivasian karyawan secara maksimum, membantu pengambilan keputusan yang bersangkutan dengan karyawan, seperti promosi, pemberhentian, dan lain-lain, mengidentifikasi kebutuhan pelatihan dan pengembangan karyawan untuk menyediakan kriteria seleksi dan evaluasi program pelatihan karyawan, menyediakan umpan balik bagi karyawan mengenai bagaimana atasan mereka menilai kinerja mereka.

Penilaian kinerja sebaiknya dilakukan secara berkala karena berbagai alasan karena penilaian kinerja diperlukan untuk memvalidasi alat pemilihan atau mengukur dampak dari program yang ada dan bersifat administratif, yaitu untuk membantu dalam membuat keputusan mengenai kenaikan gaji, promosi, dan pelatihan (Sriyanti, 2016).

6.4.2 Peningkatan kinerja Bidan

Peningkatan kinerja bidan meliputi beberapa hal, yaitu:

- a. Komitmen dan kebijaksanaan yaitu menjalankan pekerjaan sesuai wewenang, menciptakan situasi yang kondusif, memakai alat pelindung diri (APD), mengutamakan kebersihan personal (*personal hygiene*), mempertahankan standar pelayanan, memotivasi masyarakat untuk ikut serta dalam program kesehatan, menetapkan norma standar pelayanan dalam kinerja dan produktivitas kerja.
- b. Perencanaan merupakan usaha untuk menjawab pertanyaan sebelum pertanyaan itu benar-benar timbul, mengantisipasi sebanyak mungkin keputusan pelaksanaan dengan meramalkan masalah-masalah yang mungkin timbul, menerapkan prinsip-prinsip, serta menetapkan aturan-aturan untuk memecahkannya. Lima langkah perencanaan adalah mengamati keadaan, mengenali masalah, menetapkan tujuan, mengkaji hambatan, menjadwalkan kegiatan.
- c. Pelaksanaan yaitu aplikasi dari perencanaan yang disusun. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan yaitu apakah kegiatan program dilaksanakan sesuai rencana dan pelayanan dilakukan seperti yang dimaksud, bagaimana

penempatan orang dalam jumlah, waktu, dan tempat yang tepat untuk menjalankan kegiatan-kegiatan itu, mobilisasi dan alokasi sumber daya fisik dan dana yang diperlukan untuk menjalankan kegiatan tersebut, keputusan yang berkenaan dengan informasi yang diperlukan, cara pengolahan, dan cara komunikasinya untuk mendukung keputusan-keputusan terdahulu dan untuk mendukung evaluasi.

- d. Pengukuran yaitu pengamatan tentang seberapa jauh kemajuan suatu pekerjaan, kinerja, dan pencapaian pelayanan.
- c. Peninjauan ulang dan peningkatan manajemen adalah salah satu cara untuk menganalisis faktor-faktor yang menghasilkan atau menghambat kinerja yang memuaskan (pengetahuan, sikap bidan, lingkungan dan sumber daya), menemukan kekurangan-kekurangan keterampilan staf dalam komunikasi dan pemecahan masalah yang menjadi kendala saat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, mempertimbangkan informasi (masyarakat, masalah kesehatan, tujuan program, dan standar-standar yang harus dicapai), mengenali kebutuhan-kebutuhan tertentu akan dukungan logistik atau data.
- d. Peningkatan berkelanjutan. Pada tahap ini, bidan melakukan perbaikan serta upaya peningkatan kinerja sebagaimana hasil dari tahapan-tahapan sebelumnya secara berkelanjutan (Sriyanti, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti et al. 2021. *Mutu pelayanan kebidanan standar, indikator dan penilaian*. Jakarta: Yayasan kita menulis.
- Fahmi, I. 2014. *Perilaku Organisasi*. Bandung: Alfabeta.
- Hasyim, H. 2013. *Pengambilan Keputusan Manajerial*. Jakarta: Universitas Mercu Buana.
- Nurunnayah, S., Nurhayati, A.S. 2013. *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Retnaningtyas, E. 2018. *Manajemen Mutu Pelayanan Kebidanan*. Kediri: Strada Press.
- Satrianegara, M. F., Saleha, S. 2012. *Buku Ajar Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Soemohadiwidjojo, A.T. 2014. *Mudah menyusun SOP*. Jakarta: Penebar Plus.
- Sondakh, J. J. S., Marjati, Pipitcahyani, T.I. 2013. *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sriyanti, C. 2016. *Mutu Layanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Wilson, R, Sapanuchart, t. 1993. *Primary Health Care Management Advancement Program*. Aga Khan Foundation.
- World Health Organization (WHO). 1981. *Development of Indicator for Monitoring Progress Towards Health for All by The Year 2000*. Geneva.

BAB 7

PENILAIAN MUTU PELAYANAN KEBIDANAN

Oleh Cahyaning Setyo Hutomo

7.1 Pendahuluan

Mutu pelayanan kebidanan adalah hasil akhir dari ketergantungan berbagai aspek, komponen atau unsur yang saling berinteraksi dari suatu organisasi pelayanan kebidanan. Mutu pelayanan kebidanan merupakan bukti yang menunjukkan bahwa pelayanan kebidanan yang diselenggarakan oleh suatu instansi dapat memberikan kepuasan terhadap pengguna layanan. Pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh suatu instansi adalah dalam bentuk upaya untuk meningkatkan kesehatan pengguna layanan (pasien) sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan untuk mendapatkan hasil yang diinginkan sesuai dengan harapan dan menekan faktor-faktor yang dapat menghambat upaya tersebut.

Mutu pelayanan kebidanan memiliki sifat multi dimensi, yang mana dimensi tersebut terdiri dari : (1) kompetensi teknis, (2) keterjangkauan (akses), (3) efektivitas, (4) efisiensi, (5) keamanan, (6) kontinyu dan atau terintegrasi, (7) kenyamanan, (8) Dimensi ketepatan waktu, dan (9) hubungan antar manusia.

7.2 Aspek dan Dimensi Penilaian Mutu Pelayanan Kebidanan

Penilaian adalah rangkaian proses yang dilakukan untuk mengetahui hasil dari pelaksanaan suatu kegiatan dalam mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan. Sesuai dengan definisinya, proses ini merupakan tahapan terakhir yang berguna untuk menunjukkan luaran. Penilaian merupakan bagian dari program menjaga mutu pelayanan kebidanan yang telah diselenggarakan suatu instansi. Penilaian dilakukan secara sumatif dengan standar dan indikator tertentu yang merujuk pada mutu pelayanan kebidanan.

Penilaian yang dilakukan pada suatu program dapat dibedakan menjadi tiga yang dilakukan pada :

a) Awal program

Penilaian yang terjadi pada awal pelaksanaan suatu program adalah ketika merencanakan suatu program (*formative evaluation*) dilakukan. Penilaian kesesuaian program dengan masalah atau kebutuhan yang ada di masyarakat merupakan studi peninjauan kebutuhan (*need assessment study*). Penilaian ini bertujuan untuk dapat memberikan keyakinan bahwa rencana yang telah disusun telah sesuai dengan hasil dari studi yang telah dilakukan sebelumnya.

b) Pelaksanaan program

Penilaian ini terjadi pada saat program sedang dilaksanakan (*promotive evaluation*). Penilaian dilakukan dalam bentuk pemantauan (*monitoring*) dan penilaian berkala (*periodical evaluation*). Penilaian dapat mengukur kesesuaian antara rencana yang telah disusun dengan penerapan dari rencana tersebut. Penilaian ini dapat pula mengidentifikasi kemungkinan adanya penyimpangan-penyimpangan yang dapat menghambat proses pencapaian hasil dari suatu program.

c) Akhir program

Penilaian yang terjadi setelah program selesai dilaksanakan (*summative evaluation*) memiliki tujuan untuk mengetahui luaran (*outcome*) yang telah dihasilkan dari suatu program dan mengetahui besarnya dampak (*impact*) yang ditimbulkan dari program tersebut. Penilaian untuk mengukur luaran (*outcome*) lebih mudah dilakukan daripada penilaian dampak (*impact*), hal ini dikarenakan penilaian dampak (*impact*) membutuhkan waktu yang relatif lebih lama daripada penilaian luaran (*outcome*).

Dalam proses melakukan penilaian mutu terdapat tiga aspek penilaian, yang terdiri dari :

a) Aspek pendekatan

Aspek pendekatan ini dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu pendekatan secara umum dan pendekatan secara khusus. Pendekatan secara umum dapat dilakukan dengan menilai dan membandingkan antara kemampuan dari suatu penyelenggara (Rumah Sakit, Klinik dan sebagainya) dan pemberi pelayanan

kebidanan (bidan) dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan atau yang telah berlaku. Pendekatan khusus dilakukan dengan menilai interaksi yang terjadi antara penyelenggara (Rumah Sakit, Klinik dan sebagainya) dan pemberi pelayanan kebidanan (bidan) dengan pengguna layanan (pasien).

b) Aspek teknik

Aspek ini dapat dilakukan penilaian pada tiga komponen yang terdiri dari struktur, proses dan hasil. Pada komponen struktur dilakukan penilaian terhadap input dari penyelenggaraan pelayanan kebidanan, misalnya dilakukan penilaian terhadap bangunan yang digunakan, fasilitas yang diberikan, kemampuan pemberi pelayanan (tenaga kesehatan dan tenaga medis), kebijakan yang berhubungan dengan pelayanan yang diberikan dan lain sebagainya. Komponen proses dinilai pada saat pelayanan kebidanan berlangsung. Pada saat memberikan pelayanan kebidanan terdapat interaksi antara pemberi dengan penerima layanan. Proses interaksi yang terjadi mencakup kegiatan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan dan pelaksanaan serta evaluasi dari asuhan yang telah diberikan. Komponen hasil dapat dinilai dengan melihat hasil akhir dari proses penanganan masalah atau keluhan dan pemenuhan kebutuhan oleh pemberi layanan kepada penerima layanan, sehingga dapat terlihat perubahan kondisi dan kepuasan oleh penerima layanan. Perubahan kondisi penerima layanan merupakan dampak dari pelayanan kebidanan yang telah diberikan yang merupakan proses perkembangan yang terjadi dalam jangka yang panjang.

c) Aspek kriteria

Aspek kriteria ini dapat dibedakan menjadi kriteria eksplisit dan kriteria implisit. Kriteria eksplisit merupakan kriteria nyata dan tertulis, contohnya aturan dalam melakukan dokumentasi pada lembar rekam medis penerima layanan oleh pemberi layanan. Sedangkan kriteria implisit adalah kriteria yang tidak tertulis.

Dalam penilaian mutu pelayanan kebidanan terdapat perbedaan dimensi penilaian oleh beberapa unsur pelayanan kebidanan, yaitu :

a) Pasien sebagai pengguna layanan mengaitkan mutu dengan dimensi layanan yang diberikan oleh pemberi layanan. Yang

mana layanan ini sendiri adalah bentuk interaksi antara pengguna layanan dengan pemberi layanan, komunikasi yang bagus dan baik, empati, cepat tanggap, ramah tamah, kemampuan dalam melakukan asuhan dan tindakan, dan sebagainya.

- b) Instansi kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan mengaitkan mutu dengan dimensi kesesuaian pelayanan yang ditawarkan dan diberikan. Pelayanan yang sesuai dengan keilmuan terbaru, berdasarkan penelitian-penelitian dan ditunjang oleh teknologi yang maju, serta otoritas penyelenggara dalam memberikan layanan berdasarkan profesi sumber daya kesehatan di dalamnya untuk memenuhi kebutuhan pengguna layanan.
- c) Yayasan atau penyandang dana lain mengaitkan mutu dengan dimensi efisiensi yang berhubungan dengan finansial. Efisiensi finansial dilihat dari efisiensi penggunaan dana, pembiayaan yang wajar dan beban biaya yang dapat ditekan demi memaksimalkan pendanaan untuk menyelenggarakan layanan kebidanan dan memperoleh pendapatan yang wajar untuk menjaga kelangsungan instansi kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kebidanan.

7.3 Strategi Melakukan Penilaian Mutu Pelayanan Kebidanan

Dalam melakukan penilaian mutu pelayanan kebidanan terdapat beberapa strategi yang dapat diterapkan, antara lain :

a) Observasi

Observasi merupakan kegiatan mengamati suatu objek tertentu dengan tujuan untuk memperoleh suatu data atau informasi mengenai objek tersebut, dengan persetujuan dari objek pengamatan. Hasil dari observasi dapat dijadikan dasar untuk menentukan suatu keputusan atau dapat dijadikan suatu kesimpulan akan sesuatu. Objek yang dilakukan observasi harus memiliki syarat tertentu, yaitu : dapat dilihat dan atau didengar, serta dapat dihitung atau diukur.

Melakukan penilaian mutu dengan observasi memiliki kelebihan, yaitu :

- i) Tingkat keakuratan data yang tinggi karena memberikan kesempatan untuk dapat mengamati objek secara langsung dengan durasi pengamatan sesuai kebutuhan subjek yang melakukan observasi.
- ii) Pengamatan tidak terbatas hanya pada visual, namun juga pada verbal.
- iii) Hasil pengamatan tidak hanya terbatas pada objek saja namun termasuk juga lingkungan sekitar objek.
- iv) Observasi dapat didokumentasikan dalam bentuk tulisan, gambar, suara atau perpaduan dari visual dan verbal.

Sedangkan kekurangan dari observasi adalah :

- i) Observasi tidak bisa dilakukan dalam waktu yang singkat, mungkin membutuhkan durasi yang lama untuk dapat memperoleh hasil yang maksimal.
- ii) Durasi yang lama ini dapat beresiko menimbulkan ketidaknyamanan pada objek.
- iii) Beresiko terjadi bias oleh subjek dalam menginterpretasikan objek. Hal ini berhubungan dengan kemampuan individual subjek.
- iv) Adanya keterbatasan objek untuk dilakukan observasi, misalnya waktu yang terbatas atau hal yang bersifat rahasia.

Bentuk penilaian mutu dengan observasi dapat dilakukan dengan tinjauan oleh rekan atau teman sejawat (*peer review*). Sedangkan instrumen yang dapat digunakan dalam melakukan observasi adalah (1) daftar tilik atau ceklist, (2) skala penilaian (*rating scale*), dan (3) alat-alat mekanik.

b) Wawancara

Wawancara merupakan suatu kegiatan untuk menghimpun data dengan melakukan interaksi secara langsung, komunikasi, percakapan antara subjek dan objek, yang dilakukan dengan persetujuan dari objek. Sama seperti observasi, hasil dari wawancara dapat dijadikan dasar untuk menentukan suatu

keputusan atau dapat dijadikan suatu kesimpulan akan sesuatu. Wawancara dapat menunjang kelengkapan data yang tidak diperoleh dari observasi.

Penilaian mutu dengan wawancara memiliki kelebihan antara lain :

- i) Bersifat fleksibel, baik dari sisi waktu maupun konten yang akan dihimpun datanya (pertanyaan yang diberikan).
- ii) Mendapatkan jawaban yang jelas dari objek.
- iii) Resiko bias oleh subjek dapat ditekan karena hasil wawancara merupakan buah pikir dari objek.

Kekurangan dari wawancara adalah :

- i) Membutuhkan kerjasama yang lebih, mengingat wawancara merupakan interaksi secara langsung dengan objek.
- ii) Keberhasilan untuk memperoleh data dipengaruhi oleh kemampuan subjek dalam melakukan wawancara.
- iii) Adanya resiko penyampaian informasi atau jawaban oleh objek tidak sesuai dengan kenyataan.

Instrumen yang digunakan untuk melakukan wawancara adalah lembar yang berisi daftar pertanyaan atau kuesioner. Kuesioner sebelumnya telah disusun oleh subjek yang disesuaikan dengan kebutuhan data yang ingin diperoleh dari objek. Dokumentasi hasil wawancara dapat ditulis pada lembar kuesioner atau lembar tersendiri, dan dapat disimpan dalam bentuk audio atau audio visual dengan merekam proses wawancara

7.4 Penilaian Mutu Pelayanan Kebidanan dengan Konsep Siklus *Plan, Do, Check, and Action* (PDCA)

Konsep siklus *Plan, Do, Check, and Action* (PDCA) merupakan proses yang digunakan sebagai langkah alternatif pemecahan masalah untuk mengendalikan kualitas. Siklus PDCA ini merupakan rangkaian kegiatan kerja yang terdiri dari perencanaan, aplikasi atau pelaksanaan, pengawasan dan tindakan perbaikan. Siklus ini merupakan cerminan dasar dari program menjaga mutu yang dilakukan secara berkelanjutan

untuk mencapai tujuan yang diinginkan dalam pelayanan kebidanan. Rangkaian dari siklus tersebut adalah :

a) *Plan* (Perencanaan)

Tahapan siklus yang pertama adalah plan (perencanaan) yang merupakan suatu kegiatan untuk Menyusun uraian atau detail dari langkah-langkah yang perlu dilakukan untuk dapat mencapai tujuan. Uraian inilah yang nantinya akan dijadikan pedoman dalam proses penyelesaian masalah. Pada rencana kerja penyelesaian masalah mutu terdapat beberapa unsur, yaitu :

- i) Judul rencana
- ii) Uraian atau rumusan masalah masalah mutu yang dihadapi
- iii) Rumusan tujuan yang ingin dicapai
- iv) Uraian kegiatan yang akan dilakukan
- v) Waktu pelaksanaan
- vi) Susunan organisasi atau petugas pelaksana atau tim pelaksana
- vii) Biaya yang diperlukan
- viii) Metode dan kriteria penilaian dari keberhasilan yang digunakan

b) *Do* (Pelaksanaan)

Tahapan selanjutnya adalah melakukan pelaksanaan dari rencana yang telah disusun pada tahap sebelumnya. Pada tahap pelaksanaan ini memerlukan kerjasama antara anggota dan ketua manajerial tim. Apabila pelaksanaan rencana memerlukan keterlibatan dari staf lain yang bukan merupakan anggota tim, maka perlu dilakukan penjelasan pada staf tersebut.

c) *Check* (Pemeriksaan)

Tahapan ketiga adalah dengan melakukan pemeriksaan secara berkala mengenai proses dari pelaksanaan rencana, dan melihat kemajuan serta hasil yang diperoleh. Pemeriksaan ini merupakan bentuk monitoring untuk memastikan bahwa pelaksanaan sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya, mengevaluasi rencana yang sudah terlaksana, mengevaluasi sumber daya dan cara penyelesaian masalah yang sudah dilakukan. Tahap pemeriksaan dapat dilakukan dengan instrument seperti ceklist dan atau peta control.

d) *Action* (Perbaikan)

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan perbaikan dari rencana kerja yang telah dilaksanakan dan telah dicek. Perbaikan dilakukan guna menyempurnakan rencana kerja selanjutnya. Rencana kerja inilah yang nantinya akan digunakan untuk menyelesaikan masalah mutu selanjutnya. Pelaksanaan rencana kerja tersebut harus dipantau kemajuan dan hasilnya, karena akan dapat mempengaruhi pelaksanaan tindakan selanjutnya. Pelaksanaan tahapan ini ada dua, yang terdiri dari :

i) Standarisasi perubahan

- Mempertimbangkan area penerapan
- Proses yang telah diperbaiki direvisi Melakukan modifikasi standar, prosedur dan kebijakan
- Komunikasi antara seluruh staf atau organisasi atau petugas pelaksana atau tim pelaksana terkait perubahan yang dilakukan
- Pelatihan apabila diperlukan
- Melakukan pengembangan rencana secara jelas
- Melakukan dokumentasi proyek

ii) Memonitor perubahan

- Secara teratur melakukan pengukuran dan pengendalian proses
- Menggunakan alat ukur yang memiliki kekuatan dalam manajemen kualitas, menunjang untuk melakukan pekerjaan lebih efektif dan efisien. Sebagai alat bantu untuk mengolah data dari informasi yang telah dihimpun.

DAFTAR PUSTAKA

- Aboriginal Health and Medical Research Council of New South Wales.
2013. The Aboriginal Health & Medical Research Council of NSW
: Annual Report 2012-13. 22 Agustus 2022.
https://www.ahmrc.org.au/wp-content/uploads/2019/07/ahmrc_ar_2013_organisation.pdf
- Astuti, A., Dewi, R.K., Azizah, N., ... Winarsih, Arum, D.N.S., Santi, M.Y.
2021. Mutu Pelayanan Kebidanan: Standar, Indikator dan
Penilaian. Medan : Yayasan Kita Menulis.
- Bustami. 2011. Penjamin Mutu Pelayanan Kesehatan dan
Akseptabilitasnya. Jakarta : Erlangga.
- Donabedian, A. 2005. Evaluating the Quality of Medical Care. The
Milbank Quarterly. 44(3). Hal : 166–203.
- Kovner, A.R. & Knickman, J.R. 2008. Jonas And Kovner's Health Care
Delivery In The United States : 9th Edition. New York City:
Springer Publishing Company.
- Pencheon, D. 2008. The Good Indicators Guide: Understanding How to
Use and Choose Indicators. 22 Agustus 2022.
<https://communityindicators.net/wp-content/uploads/2017/11/The-good-indicators-guide.pdf>
- Sriyanti, C. 2016. Mutu Layanan Kebidanan & Kebijakan Kesehatan.
Jakarta : BPPSDMK.
- Victorian Government Department of Human Services. 2008. A Guide to
Using Data For Health Care Quality Improvement. 22 Agustus
2022.
https://aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0006/273336/vqc-guide-to-using-data.pdf
- WHO. 2006. Quality of Care. 22 Agustus 2022.
https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

BAB 8

MASALAH PELAYANAN KEBIDANAN DI TINGKAT PELAYANAN PRIMER

Oleh Vera Iriani Abdullah

8.1 Pendahuluan

Kematian ibu didefinisikan sebagai “*kematian seorang wanita saat hamil atau dalam 42 hari setelah persalinan*” menurut laporan WHO tahun 2014 angka kematian ibu di dunia mencapai 289.000 orang (Nurhayati and Nur Wijayanti, 2022). Setiap tahunnya WHO melaporkan kematian ibu sebanyak 500.000 ibu dan sekitar 99% diantaranya terjadi di negara berkembang (Vira Sari and Melda Suhita, 2022). Di Amerika Serikat berdasarkan data dari National Vital Sistem Statistik, pada tahun 2020 sekitar 861 ibu meninggal (Hoyert L., 2021). Di Asia Tenggara jumlah kematian ibu sekitar 16.000 ibu. Sedangkan di Indonesia berdasarkan data survey penduduk antar sensus (SUPAS) Tahun 2015, kematian ibu sekitar 305/100.000 kelahiran hidup (“profil-kesehatan-indonesia-2018”) artinya bahwa setiap hari ada sekitar 830 ibu meninggal di dunia dan 38 ibu, meninggal di Indonesia, yang diakibatkan penyakit/komplikasi terkait kehamilan dan persalinan. Penurunan angka kematian ibu dinilai lambat. Hal ini menyebabkan Indonesia tidak dapat mencapai target Millennial Development Goals (MDGs) dengan AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup (Dwi Wulandari *et al.*, 2020).

Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi merupakan salah satu indikator yang menentukan derajat Kesehatan masyarakat, untuk itu pelayanan kesehatan ibu dan anak menjadi prioritas utama dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Hal ini di dasarkan karena penurunan AKI dan AKB masih jauh dari target yang ditetapkan. Upaya penurunan AKI dan AKB telah dilakukan pemerintah diantaranya dengan melakukan pendekatan dengan dukun beranak, mempertegas batasan terkait kewenangan dukun beranak, pembinaan bagi para dukun dengan memberikan pelatihan serta secara langsung memberikan nota kesepakatan

berupa batasan wewenang dan insentif yang diterima oleh dukun (Indryanti Harahap, 2022).

Gerakan yaitu Gerakan Sayang Ibu merupakan salah satu program pemerintah yang dicanangkan oleh Presiden RI pada tanggal 22 Desember 1996 di Kabupaten Karanganyar dengan tujuan utamanya untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Program ini telah memberikan kontribusi positif dengan berkurangnya jumlah kematian ibu karena hamil, melahirkan dan nifas, serta meningkatnya rujukan yang berhasil ditangani (Vira Sari and Melda Suhita, 2022). Selain itu penguatan system informasi dan rujukan untuk ibu hamil terkait mekanisme rujukan serta persiapan pembiayaan saat persalinan juga harus di perbaiki agar penanganan kasus kegawatdaruratan dapat tertangani dengan cepat dan tepat (Indryanti Harahap, 2022).

Berdasarkan hasil studi menunjukkan bahwa pelaksanaan mekanisme proses persiapan rujukan tidak selamanya berjalan lancar. Hal ini disebabkan karena masih ada layanan primer yang belum tersedia bank darah serta kurangnya informasi yang diberikan oleh petugas kepada pasien maupun keluarganya ("risika", n.d.). Untuk perlu di tingkatkan lagi upaya dalam penanganan masalah kebidanan khususnya pada ibu dan anak.

8.2 Pelayanan Kebidanan

Berdasarkan Undang-Undang Kebidanan Nomor 4 Tahun 2019, yang dimaksud pelayanan kebidanan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan, yang bertujuan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga yang berkualitas. Asuhan Kebidanan mandiri merupakan pelayanan yang di lakukan oleh seorang bidan tanpa intervensi dari pihak lain dalam menjalankan asuhan kebidanan, sedangkan asuhan kebidanan kolaborasi merupakan hubungan saling berbagi tanggung jawab (kerjasama) dengan rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya/profesi lain misalnya dokter, perawat, analis, gisi dan lain sebagainya dalam memberi asuhan, jika mendapatkan kendala maka dilakukan asuhan

rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi misalnya dari Polindes ke Puskesmas ke Rumah Sakit.

Pelayanan kebidanan merupakan layanan yang diberikan oleh bidan sesuai kewenangan yang diberikan dengan maksud meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka tercapainya keluarga yang berkualitas, bahagia dan sejahtera. Seorang Bidan dapat memberikan pelayanan kebidanan meliputi (Undang-Undang Kebidanan No.04, 2019) :

8.2.1 Pelayanan Kesehatan Ibu

Pelayanan kesehatan ibu, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan asuhan kebidanan pada masa sebelum hamil, masa kehamilan normal, masa persalinan dan menolong persalinan normal, masa nifas, pertolongan pertama kegawatdaruratan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan serta melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, pascapersalinan, nifas, serta pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Bidan memiliki kewenangan normal artinya semua kasus normal yang berhubungan dengan kesehatan ibu, maka Bidan berhak untuk melakukan asuhan, diantaranya:

- ✚ Pelayanan konseling pada masa pra hamil
- ✚ Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
- ✚ Pelayanan persalinan normal
- ✚ Pelayanan ibu nifas normal
- ✚ Pelayanan ibu menyusui
- ✚ Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan

Beberapa kewenangan yang dapat dilakukan oleh bidan dalam penanganan kasus diantaranya ;

- ✚ Melakukan episiotomy dengan indikasi medis (Perineum kaku, bayi besar, adanya indikasi bayi distress)
- ✚ Melakukan penjahitan perineum pada robekan dengan grade I dan II (maksimal luka terjadi pada dinding vagina belakang laserasi otot perineum laserasi, tetapi belum mencapai sfingter ani).
- ✚ Melakukan penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan sesuai standar BAKSOKU (Bidan, Alat, Kendaraan, Surat Rujukan, Obat, Keluarga Dan Uang).

- ✚ Memberikan dan mengawasi konsumsi tablet Fe pada ibu hamil sebanyak 90 tablet selama masa kehamilannya yang diminum secara rutin 1 gari sekali.
- ✚ Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- ✚ Memfasilitasi dan membimbing ibu untuk melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan promosi air susu ibu (ASI) eksklusif
- ✚ Memberikan uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
- ✚ Menyuluh dan memberikan konseling sesuai kebutuhan ibu
- ✚ Memberikan surat keterangan kematian, keterangan cuti bersalin serta keterangan kelahiran

8.2.2 Pelayanan Kesehatan Anak

Pelayanan kesehatan anak, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah, pemberian imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat, melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan serta memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

8.2.3 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan Dan Keluarga Berencana

Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana Bidan memiliki wewenang untuk melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

8.2.4 Pelaksanaan Tugas Berdasarkan Pelimpahan Wewenang

Ada 2 jenis pelimpahan wewenang yaitu pelimpahan secara mandat dan pelimpahan secara delegatif. Pelimpahan wewenang secara mandat merupakan pelimpahan wewenang yang diberikan oleh dokter kepada Bidan sesuai kompetensinya. Sedangkan Pelimpahan wewenang secara mandat merupakan pelimpahan yang harus dilakukan secara tertulis.

8.2.5 Pelaksanaan Tugas Dalam Keadaan Keterbatasan Tertentu

Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu merupakan penugasan yang dilakukan oleh pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak ada tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

8.3 Upaya Penanganan Masalah Kebidanan

Perdarahan dan kondisi medis kronis lainnya diantaranya infeksi pasca salin, preeclampsia dan eclampsia, partus lama/macet serta aborsi yg tdk aman merupakan penyebab terjadinya kematian pada ibu. Komplikasi pada masalah kebidanan pada dasarnya dapat di cegah untuk itu pemerintah telah melakukan beberapa program mulai dari masa kehamilan sampai dengan persalinan dan nifas. Beberapa program diantaranya:

8.3.1 ANC (*Antenatal Care*)Terpadu

Program unggulan yang diatur oleh pemerintah pusat dalam mencegah kematian ibu yaitu antenatal terpadu yang bertujuan untuk deteksi dini agar dapat meningkatkan kesehatan ibu dan janin (Laksono *et al.*, 2020). Setiap ibu hamil diwajibkan untuk melakukan setidaknya enam kali kunjungan kehamilan ke fasilitas kesehatan primer dengan rincian 2x di trimester 1, 1x di trimester 2 dan 3x di trimester, pada trimester 1 dan 3 minimal 1x pemeriksaan dilakukan di Dokter untuk dilakukan deteksi komplikasi. Namun ada beberapa hambatan yang menyebabkan kurang maksimalnya ANC Terpadu ini diantaranya dukungan suami atau pasangan, tingkat pendidikan, paritas, status kekayaan, dan jaminan kesehatan (Laksono *et al.*, 2020).

Untuk itu perlu dilakukan pemerataan akses layanan primer khususnya bagi masyarakat dengan keterbatasan akses serta pemerataan SDM Dokter dan Bidan dilayanan primer. Sesuai rekomendasi kementrian Kesehatan Standar ANC terpadu meliputi 10T, diantaranya melakukan Timbang berat badan, pengukuran lingkaran lengan atas, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi fundus uteri, menghitung denyut jantung janin, menentukan presentasi janin, pemberian imunisasi tetanus toksoid, pemberian tablet tambah darah, periksa laboratorium, tatalaksana/ penanganan khusus, dan KIE efektif (Ilmu Kesehatan Masyarakat *et al.*, 2020).

Perdarahan pada masa pasca salin dapat ditangani dengan perawatan kebidanan dasar dilayanan primer. Dengan manajemen aktif kala III yang baik dipercaya dapat membantu mencegah terjadinya perdarahan post partum Selain itu Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin, namun juga dimulai sejak ibu hamil dengan melakukan antenatal care yang baik. Semua ibu hamil harus didorong untuk mempersiapkan kelahiran dan kesiagaan terhadap komplikasi dan agar melahirkan dengan baik dan selamat.

8.3.2 Penguatan system rujukan

Layanan yang siap dalam waktu 24 jam sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya, namun dilapangan masih banyak kendala dan hambatan yang didapatkan sehingga menyebabkan keterlambatan dalam penanganan kasus kegawatdaruratan yang menyumbang kematian ibu dan bayi. Untuk mencegah terjadinya kematian maternal neonatal diperlukan rujukan yang efektif untuk menghindari Tiga terlambat :

1. Terlambat deteksi kelainan atau penyakit pada ibu hamil
2. Terlambat mengambil keputusan
3. Terlambat mengirim dan menangani

Keterlambatan ini disebabkan taraf pendidikan yang rendah, faktor ekonomi, geografis dan akses layanan yang sulit sehingga sampai tempat rujukan, kondisi ibu sudah melemah serta fasilitas Kesehatan dan sumber daya manusia dalam hal ini tenaga Kesehatan kurang(Armini, 2020) .

DAFTAR PUSTAKA

- Armini, L.N. (N.D.). *Hambatan Rujukan Pada Kasus Kegawatdaruratan Maternal*.
- Dwi Wulandari, R., Putri, K. And Laksono, A.D. 2020. *Socioeconomic Disparities In Antenatal Care Utilisation In Urban Indonesia, International Journal Of Innovation, Creativity And Change. Www.Ijicc.Net*, Vol. 14, Available At: Www.Ijicc.Net.
- Hoyert L., D. 2021. *Maternal Mortality Rates In The United States, 2019*, Atlanta, Georgia, Available At: <https://doi.org/10.15620/Cdc:103855>.
- Ilmu Kesehatan Masyarakat, J., Ilmu Keolahragaan, F. And Negeri Semarang, U. 2020. "759 Higeia 4 (Special 4) (2020) Higeia Journal Of Public Health Research And Development Program Antenatal Care Terpadu Dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Fatahilah 1*", Available At: <https://doi.org/10.15294/Higeia.V4ispecial%204/37214>.
- Indryanti Harahap, F. 2022. "Implementasi Kebijakan Kesehatan Masyarakat Dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu Dan Bayi (Studi Kasus Di Gunung Tua, Kabupaten Padang Lawas Utara)", *Journal Scientific Of Mandalika (Jsm)*, Vol. 3 No. 7, Available At: <http://Ojs.Cahayamandalika.Com/Index.Php/Jomla/Issue/Archive>.
- Laksono, A.D., Rukmini, R. And Wulandari, R.D. 2020. "Regional Disparities In Antenatal Care Utilization In Indonesia", *Plos One, Public Library Of Science*, Vol. 15 No. 2, Available At: <https://doi.org/10.1371/Journal.Pone.0224006>.
- Undang-undang kebidanan Nomor 04 tahun 2019*. (2019). .
- Nurhayati, A. And Nur Wijayanti, D. 2022. "Analysis Of Midwifery Quality Service In Primary Health Care", Vol. 7 No. 6.
- Riset Kesehatan Dasar. *Profil-Kesehatan-Indonesia-2018*". (2018). .
- "Riska". *Tingkat Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak: Kepuasan Pasien Ibu Hamil Dalam Proses Rujukan Di Puskesmas Kebayoran Baru, Jakarta Selatan* (2022). .

Vira Sari, D. And Melda Suhita, B. 2022. "Analisis Gerakan Sayang Ibu Dalam Menurunkan Aki Dan Akb Di Kabupaten Sukamara Analysis Of Maternal Affection Movemen In Reducing Imr And Mmr In Sukamara", *Avicenna : Journal Of Health Research*, Vol. 5 No. 1, Pp. 66–86.

BAB 9

PENDEKATAN QUALITY ASSURANCE

Oleh Niken Bayu Argaheni

9.1 Pendahuluan

Jaminan kualitas sebagai 'kumpulan kebijakan, prosedur, sistem dan praktik internal atau eksternal organisasi yang dirancang untuk mencapai, memelihara dan meningkatkan kualitas'. Penjaminan mutu dapat berupa proses internal dan eksternal. Istilah ini mencakup 'untuk semua bentuk pemantauan kualitas eksternal, evaluasi atau tinjauan'. Tentu saja ada penekanan berbeda yang diberikan pada jaminan kualitas. Beberapa otoritas menyatakan bahwa tujuan penjaminan mutu adalah untuk memastikan bahwa pendidikan tinggi mencapai standar yang ditetapkan. Namun, beberapa otoritas fokus pada akuntabilitas, istilah itu sendiri yang jarang didefinisikan sehubungan dengan pendidikan tinggi. Memang, jaminan kualitas tampaknya dipahami oleh banyak kolega dan institusi sebagai ungkapan lain untuk 'akuntabilitas'. (Elassy, 2015; Noda, Hou, Shibui, & Chou, 2018; Williams, 2016).

Kualitas mengacu pada kemampuan produk atau jasa untuk memenuhi tujuan atau kebutuhan konsumen. Manajemen mutu (QM) berfungsi sebagai sistem menyeluruh yang digunakan untuk mencapai dan mengelola kualitas. Subset dari manajemen kualitas termasuk jaminan kualitas (QA), proses yang menjamin kualitas, serta kontrol kualitas (QC), cara mengevaluasi kualitas. Gerakan kualitas dimulai dengan QC, unit fundamental, atau struktur dalam sistem QM. Pertama kali dicatat dengan manufaktur dan rekayasa pada tahun 1920 dan mengacu pada tugas-tugas penting atau kegiatan yang mengkonfirmasi produk, layanan, atau unit memenuhi tujuan yang dimaksudkan. QC melibatkan penetapan standar dan pemeliharaan operasi dalam parameter ini melalui inspeksi dan pengumpulan data (Branca & Longatto-Filho, 2015).

QA, yang dimulai pada 1950-an, menekankan pada keyakinan bahwa persyaratan kualitas akan dipenuhi. Hal ini penting baik bagi pemangku kepentingan internal seperti pimpinan maupun bagi pasien,

akreditasi, dan pihak eksternal terkait lainnya. QA menggunakan alat QC untuk memenuhi tujuannya, dan informasi yang diperoleh digunakan untuk memastikan bahwa kinerja tetap pada tingkat standar kualitas yang teridentifikasi. QA bereaksi terhadap ketidaksempurnaan dalam sistem untuk mencapai hasil yang ideal. Untuk membedakan QC dan QA, berikut adalah contoh klinisnya: QC adalah tugas mengumpulkan data berdasarkan operasi yang dilakukan secara salah pada sisi tubuh pasien yang salah, sedangkan QA melibatkan proses kamar operasi yang memiliki "*time out*" sebelum dimulai. Operasi untuk memastikan sisi dan lokasi operasi yang tepat (Dodwad, 2013).

QM, payung menyeluruh yang mencakup QC dan QA, mengacu pada administrasi desain sistem, kebijakan, dan proses yang meminimalkan, jika tidak menghilangkan, bahaya sekaligus mengoptimalkan perawatan dan hasil pasien. Ini memerlukan pendekatan yang lebih komprehensif untuk tidak hanya mempertahankan kualitas tetapi juga meningkatkannya. Ini menggunakan kontrol kualitas dan jaminan kualitas di samping model manajemen kualitas lainnya, seperti manajemen kualitas total (TQM) atau peningkatan kualitas berkelanjutan (CQI) (Woten, 2005).

Ada persepsi bahwa QA tidak lagi berlaku karena menyiratkan bahwa kualitas itu statis dan begitu spesifikasi terpenuhi, tidak perlu berjuang untuk produk atau layanan yang lebih baik, tetapi tidak demikian halnya. Organisasi mungkin berada dalam tahap yang berbeda dalam memberikan dan mencapai kualitas, atau semua tahap dapat hidup berdampingan sekaligus. Dalam suatu organisasi, setiap departemen atau unit juga mungkin berada dalam tahapan yang berbeda. Mengejar kualitas adalah jaringan yang melibatkan QC, QA, dan QM. Bahkan ketika seseorang mencapai layanan terbaik, akan selalu ada peraturan dan faktor baru yang dapat mengubah dinamika dan lingkungan, yang mengarah pada kebutuhan untuk memulai siklus perbaikan dari awal (Burstin, Leatherman, & Goldmann, 2016).

Secara tradisional, ini telah dilakukan di dalam rumah sakit oleh sebuah komite yang telah mengidentifikasi kekhawatiran mengenai beberapa aspek dari perawatan atau prosedur tertentu. Setelah mengidentifikasi masalah kualitas, standar untuk tingkat kinerja yang dapat diterima vs. yang tidak dapat diterima ditetapkan. Tindakan QC akan mengumpulkan data untuk menentukan apakah standar

minimum yang dapat diterima tercapai atau apakah tindakan apa pun diperlukan untuk meningkatkan kinerja keseluruhan (QA).

QA telah menjadi sangat penting bagi kelanjutan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pada tahun 1976, *National Association for Healthcare Quality* (NAHQ) didirikan di Amerika Serikat untuk membekali profesional dan organisasi kesehatan dengan alat untuk memastikan kualitas perawatan yang sangat baik. NAHQ mensertifikasi individu dalam profesi kualitas kesehatan (CPHQ) dan menginstruksikan profesional kesehatan dalam kompetensi penting dalam jaminan kualitas; ini termasuk keselamatan pasien, koordinasi perawatan pasien, peningkatan kinerja dan proses, manajemen risiko, analisis data, kesehatan populasi, dan kepatuhan terhadap standar dan peraturan (Averill, Fuller, McCullough, & Hughes, 2016).

Profesional melatih kompetensi dalam jaminan kualitas di semua tingkat pemberian perawatan pasien. Upaya pengukuran kualitas bahkan telah terjalin dengan penggantian dalam sistem perawatan kesehatan Amerika Serikat untuk memastikan penyedia mengambil tindakan tertentu. Paradigma ini menunjukkan perubahan dalam kebijakan pembayaran untuk memastikan kualitas perawatan daripada tugas yang sangat kompleks untuk memberikan nilai pada perawatan. Beberapa contoh metrik kualitas termasuk tingkat infeksi luka operasi, tingkat rawat inap kembali di rumah sakit dalam waktu 30 hari, tingkat kematian operasi, kematian ibu-janin, infeksi nosokomial, tingkat vaksinasi berdasarkan demografi populasi, tingkat pasien yang dirujuk ke tes skrining yang sesuai (Damberg & Baker, 2016; Grol & Wensing, 1995).

9.2 Pemahaman Kualitas Berbasis Standar

Dalam pemahaman kualitas 'berbasis standar', lembaga harus menunjukkan kualitas lembaga terhadap seperangkat standar yang telah ditentukan. Kepatuhan terhadap standar dikembangkan secara eksternal oleh kelompok referensi dipandang sebagai ambang batas kualitas. Kepatuhan terhadap norma, akuntabilitas, kepatuhan terhadap aturan dan peraturan dan mengadopsi kode praktek yang dominan di sini. Ini juga merupakan praktik di mana hasil dan kompetensi yang diperoleh adalah penting, seperti dalam hal perizinan untuk praktek profesional. Dapat dicatat bahwa standar tidak selalu

kuantitatif. Untuk menilai apakah standar terpenuhi, beberapa tingkat harus disepakati atau ditetapkan. Tingkat ini mungkin kuantitatif (misalnya rasio siswa-guru) atau kualitatif (memadai, kompeten dan fakultas yang memenuhi syarat). Dari contoh yang diberikan dalam tanda kurung, jelas bahwa masalah dianggap kuantitatif juga dapat memiliki dasar kualitatif. Selain itu, jelas bahwa sebagian besar aspek kualitatif dapat diberikan ekspresi kuantitatif. Sebagai contoh, rasio siswa-guru dalam hal data numerik berdasarkan asumsi bahwa staf tertentu: rasio siswa diperlukan untuk pengajaran yang baik dan sedang belajar. Di sisi lain, gambaran dosen yang kompeten dan berkualitas dapat dinyatakan dalam kualifikasi akademik, pengalaman bertahun-tahun, publikasi catatan, evaluasi mahasiswa fakultas, dan sebagainya yang juga memberikan ukuran kualitas dalam kaitannya dengan staf pengajar.

9.3 Pengukuran

Terlepas dari potensi peningkatan yang dimaksudkan dari proyek QA tradisional dan modern, ada beberapa keterbatasan dan kelemahan. "Kualitas" secara alami, sulit untuk diukur. Jaminan kualitas seringkali dapat lebih terkait dengan memastikan standar perawatan terpenuhi daripada dengan memastikan metrik tertentu. Dengan mengasumsikan serangkaian hasil biner (yaitu, ya atau tidak), metrik ini menjadi tidak fleksibel dan tidak memperhitungkan kompleksitas yang terkait dengan kebutuhan dan tujuan perawatan pasien. Misalnya, dalam kasus pasien diabetes, rekomendasi standar untuk hemoglobin A1c adalah $<7\%$. Namun, dalam kasus pasien perawatan paliatif, mungkin ada potensi keuntungan kesehatan minimal atau bahkan potensi bahaya yang terkait dengan kepatuhan yang ketat. Namun, metrik QA akan menandai penyedia apa pun. Selain itu, metrik biner memiliki potensi untuk mencerminkan penghormatan terhadap otonomi pasien dan hak untuk menolak pengobatan yang direkomendasikan secara negatif pada penyedia layanan kesehatan. Terakhir, mengaitkan metrik QA dengan penggantian biaya menambah beban administratif pada sistem perawatan kesehatan yang sudah mahal. Perusahaan asuransi menggunakan ribuan metrik untuk menghitung penyesuaian pembayaran, menghasilkan sistem yang

membebani dengan perhitungan dan interpretasi yang sulit(Shaller, 2004).

Masalah lain yang mungkin terjadi dengan konsep QA adalah bahwa sejak tahun 1990-an, pengejaran kualitas layanan kesehatan telah bergeser dari jaminan kualitas ke peningkatan kualitas. Manual Akreditasi Rumah Sakit tahun 1992 dari *Joint Commission* mulai bergerak menuju konsep CQI. Ada juga pergeseran terminologi, dari menentukan dan memenuhi "ambang" di QA untuk menetapkan dan mengukur "tujuan" sebagai bagian dari proses peningkatan kualitas berkelanjutan (CQI). Tujuan dalam skenario CQI sekarang sama dengan standar perawatan yang diterima. TQM juga dilihat oleh Komisi Gabungan sebagai evolusi logis berikutnya dari metode QI, sementara CQI memberikan solusi untuk kekurangan program QA saat ini. (Griffin *et al.*, 2017; Hashjin *et al.*, 2014).

Telah terjadi pergeseran dari QA ke QCI atau TQM, QA tetap relevan berdasarkan tujuan. Misalnya, QA tetap menjadi kekuatan pendorong untuk harmonisasi dan standardisasi untuk kedokteran laboratorium. [16] Misalnya, laboratorium pengujian medis harus menunjukkan kesetaraan antar laboratorium untuk memenuhi standar internasional ISO 15189:2012. Organisasi seperti Centers for Disease Control and Prevention menganggap harmonisasi hasil laboratorium sebagai hal yang penting untuk mengurangi bias, meningkatkan presisi, dan meningkatkan kepercayaan pada hasil tes(Weiner, Shortell, & Alexander, 1997).

Studi lain yang meninjau hubungan antara metrik QA dan budaya keselamatan menemukan bahwa keduanya saling terkait. Sementara budaya keselamatan menginformasikan sikap terhadap perawatan, metrik QA memberikan rincian lebih lanjut tentang perawatan pasien langsung. Sejak perkembangannya, QA telah terjalin erat dengan praktik klinis. Praktisi cenderung memandang positif intervensi yang dimaksudkan untuk meningkatkan praktik mereka. Kegiatan jaminan kualitas dasar seperti persyaratan pendidikan kedokteran berkelanjutan (CME) dan daftar Periksa untuk peralatan bedah telah menjadi hal biasa. Metrik QA baru sedang diuji sepanjang waktu dan memengaruhi penyedia layanan kesehatan di semua spesialisasi, termasuk manajer rumah sakit dan perawat, dokter medis, perawat, teknisi medis, petugas rekam medis, dan petugas peningkatan kualitas(Hooper, Richardson, Maters, Carroll, & Pronovost, n.d.).

QA dan upaya peningkatan kualitas dan upaya multidimensi dan sukses melibatkan kontribusi industri dari pemain di semua tingkat pemberian perawatan. Upaya yang paling sukses berasal dari inisiatif yang didukung di bagian paling atas organisasi. Ketika individu yang terlibat dalam semua tingkatan organisasi dan semua fase peningkatan kualitas menerima pelatihan di QA, setiap posisi berinteraksi dan berkomunikasi secara lebih efektif dengan profesional lain dan upaya untuk mencapai hasil terbaik. Pelatihan QA harus menjadi prioritas bagi semua profesional kesehatan terkait yang berkomitmen untuk perawatan pasien yang aman dan efisien.

Departemen penjaminan mutu di bawah kepemimpinan Manajer Penjaminan Mutu akan memastikan hal-hal berikut(Manghani, 2011):

- 1) Dokumen kualitas global dan khusus afiliasi yang sesuai (Level 1: Kebijakan perusahaan termasuk kebijakan kualitas dan rencana manajemen kualitas; Level 2: SOP; Level 3: instruksi kerja; Level 4: konvensi, pedoman, formulir, templat, log, tab, dan label) ditentukan, dikembangkan dan diimplementasikan.
- 2) Personil yang terlibat dalam penelitian dan pengembangan klinis, dan tetap, memenuhi syarat dan dilatih dengan baik untuk peran pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Pelatihan akan mencakup pengenalan staf baru, pelatihan kesadaran kualitas berkelanjutan termasuk pelatihan SOP yang berlaku dan dokumen kualitas lainnya, pelatihan untuk perubahan peran di dalam dan antar unit fungsional, dan pelatihan yang dihasilkan dari analisis kebutuhan termasuk hasil audit dan inspeksi peraturan, top tinjauan manajemen dan penilaian karyawan. Pendidikan lebih lanjut dan kebutuhan pelatihan tambahan harus terus dinilai oleh Perusahaan.
- 3) Semua kegiatan penelitian dan pengembangan klinis dilakukan sesuai dengan standar kualitas Perusahaan, GxP saat ini, dan semua persyaratan hukum, etika, dan peraturan lokal, nasional, regional dan internasional yang berlaku sebagaimana didefinisikan dalam dokumen kualitas, untuk memenuhi tujuan kualitas Perusahaan dan persyaratan pelanggan.
- 4) Sebuah sistem diberlakukan untuk melacak semua dokumen kualitas global dan khusus afiliasi dan untuk memelihara

inventaris keseluruhan terkini dari semua dokumen kualitas historis dan efektif.

- 5) Personil akan memiliki deskripsi pekerjaan tertulis yang akan dengan jelas mendefinisikan peran dan tanggung jawab mereka, serta proses dan SOP yang harus mereka ikuti.
- 6) Sebuah sistem diberlakukan untuk memulai dan memelihara file pribadi pada setiap karyawan, yang berisi riwayat hidup saat ini, deskripsi pekerjaan, catatan pendidikan dan pelatihan dan rencana pengembangan pribadi dan profesional.
- 7) Fungsi audit, independen dari unit operasional dan sistem kendali mutu, dibuat untuk merencanakan, melaksanakan, dan melaporkan audit internal dan eksternal serta untuk mendukung dan memantau penutupannya melalui rencana tindakan korektif dan tindakan pencegahan (CAPA) yang sesuai.[3,4] Efektivitas tindakan korektif dan pencegahan harus dinilai.
- 8) Sebuah sistem diberlakukan untuk mengawasi audit pelanggan, inspeksi peraturan dan sertifikasi/akreditasi Perusahaan sebagaimana berlaku.
- 9) Sebuah sistem diberlakukan untuk a) berbagi temuan dan pembelajaran audit dan inspeksi peraturan dengan unit fungsional yang relevan dan manajemen puncak, b) mempromosikan audit bersama-sama, dan penyerbukan silang auditor, c) melacak semua audit internal dan eksternal, audit pelanggan dan inspeksi regulasi, dan d) melacak status temuan (terbuka, tertutup, atau tertunda) yang dibuat selama audit dan inspeksi regulasi.
- 10) Hubungan dipertahankan dengan unit fungsional, afiliasi, dan sumber daya manusia untuk pengembangan pribadi dan profesional yang berkelanjutan (pelatihan dan pelatihan ulang berbasis pengetahuan dan lanjutan dan berbasis pengetahuan) karyawan di seluruh dunia.
- 11) Hubungan dipelihara dengan dan antara unit fungsional dan afiliasi untuk mempromosikan standarisasi, meningkatkan komunikasi, dan untuk meningkatkan efisiensi sistem mutu melalui kerjasama.
- 12) Semua unit fungsional dan afiliasi selalu mengikuti perkembangan terkini dengan berbagai standar hukum, etika, dan peraturan lokal, nasional, regional dan internasional yang sudah mapan dan sedang berkembang.

- 13) Inisiatif peningkatan kualitas berkelanjutan (adopsi praktik terbaik industri: penentuan, pengembangan, implementasi, dan pemantauan indikator kinerja utama; dan benchmarking internal dan eksternal) diidentifikasi, diimplementasikan, dan dipantau melalui Plan-Do-Check-Act (P-D-C) -A siklus.[5 , 6]
- 14) Orang yang bertanggung jawab atas sistem jaminan kualitas tersedia dalam peran sebagai penasihat bagi karyawan di seluruh dunia mengenai hal-hal yang terkait dengan sistem kualitas, peraturan yang berlaku termasuk GxP dan kepatuhan terhadap peraturan.

Personil yang terlibat dalam penelitian dan pengembangan klinis, dan tetap, memenuhi syarat dan dilatih dengan baik untuk peran pekerjaan yang menjadi tanggung jawab mereka. Pelatihan akan mencakup pengenalan staf baru, pelatihan kesadaran kualitas berkelanjutan termasuk pelatihan SOP yang berlaku dan dokumen kualitas lainnya, pelatihan untuk perubahan peran di dalam dan antar unit fungsional, dan pelatihan yang dihasilkan dari analisis kebutuhan termasuk hasil audit dan inspeksi peraturan, atas tinjauan manajemen dan penilaian karyawan. Pendidikan lebih lanjut dan kebutuhan pelatihan tambahan harus terus dinilai oleh Lembaga.

DAFTAR PUSTAKA

- Averill, R. F., Fuller, R. L., McCullough, E. C., & Hughes, J. S. 2016. Rethinking medicare payment adjustments for quality. *Journal of Ambulatory Care Management*, 39(2), 98–107. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000137>
- Branca, M., & Longatto-Filho, A. 2015. Recommendations on Quality Control and Quality Assurance in Cervical Cytology. *Acta Cytologica*, Vol. 59, pp. 361–369. <https://doi.org/10.1159/000441515>
- Burstin, H., Leatherman, S., & Goldmann, D. 2016. The evolution of healthcare quality measurement in the United States. *Journal of Internal Medicine*, Vol. 279, pp. 154–159. <https://doi.org/10.1111/joim.12471>
- Damberg, C. L., & Baker, D. W. 2016. Improving the Quality of Quality Measurement. *Journal of General Internal Medicine*, 31, 8–9. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3577-y>
- Dodwad, S. S. 2013. Quality management in healthcare. *Indian Journal of Public Health*, 57(3), 138–143. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.119814>
- Elassy, N. 2015. The concepts of quality, quality assurance and quality enhancement. *Quality Assurance in Education*, 23(3), 250–261. <https://doi.org/10.1108/QAE-11-2012-0046>
- Griffin, A., McKeown, A., Viney, R., Rich, A., Welland, T., Gafson, I., & Woolf, K. 2017. Revalidation and quality assurance: The application of the MUSIQ framework in independent verification visits to healthcare organisations. *BMJ Open*, 7(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014121>
- Grol, R., & Wensing, M. 1995. Implementation of quality assurance and medical audit: General practitioners' perceived obstacles and requirements. *British Journal of General Practice*, 45(399), 548–552.
- Hashjin, A. A., Ravaghi, H., Kringos, D. S., Ogbu, U. C., Fischer, C., Azami, S. R., & Klazinga, N. S. 2014. Using quality measures for quality improvement: The perspective of hospital staff. *PLoS ONE*, 9(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086014>

- Hooper, J. E., Richardson, H., Maters, A. W., Carroll, K. C., & Pronovost, P. J. (n.d.). The Association of Departmental Quality Infrastructure and Positive Change: A Pathology Department Illustration. *Academic Pathology*, 5, 2374289517744753. <https://doi.org/10.1177/2374289517744753>
- Manghani, K. 2011. Quality assurance: Importance of systems and standard operating procedures. *Perspectives in Clinical Research*, 2(1), 34. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.76288>
- Noda, A., Hou, A. Y. C., Shibui, S., & Chou, H.-C. 2018. Restructuring quality assurance frameworks. *Higher Education Evaluation and Development*, 12(1), 2–18. <https://doi.org/10.1108/heed-12-2017-0008>
- Shaller, D. 2004. Implementing and Using Quality Measures for Children's Health Care: Perspectives on the State of the Practice. *Pediatrics*, Vol. 113, pp. 217–227. <https://doi.org/10.1542/peds.113.s1.217>
- Weiner, B. J., Shortell, S. M., & Alexander, J. 1997. Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effects of top management, board, and physician leadership. *Health Services Research*, 32(4), 491–510. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9327815>
- Williams, J. 2016. Quality assurance and quality enhancement: is there a relationship? *Quality in Higher Education*, Vol. 22, pp. 97–102. <https://doi.org/10.1080/13538322.2016.1227207>
- Woten, L. 2005. National Association for Healthcare Quality announces Luc R. Pelletier as fellow member. *Nursing Outlook*, Vol. 53, p. 51. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2005.01.003>

BIODATA PENULIS



Novita Ika Wardani, S.ST., M.Kes

Dosen tetap Program Studi Kebidanan Blora Program Diploma III
Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Wonosobo, 5 November 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Blora Program Diploma III Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Semarang. Menyelesaikan pendidikan DIV Bidan Komunitas di Poltekkes Kemenkes Semarang, S2 Kedokteran Keluarga di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis bekerja sebagai Dosen aktif di Prodi Kebidanan Blora Program Diploma III Poltekkes Kemenkes Semarang dari tahun 2015 sampai sekarang.

BIODATA PENULIS



Diaz Capriani Randa Kusuma, SST.,M.Kes

Dosen tetap sekaligus staf pada Institut Teknologi Kesehatan Dan
Bisnis Graha Ananda Palu

Penulis dilahirkan di Kabupaten Tolitoli pada tanggal 01 mei 1993. Anak Bungsu dari 3 bersaudara dari pasangan Markus .P. randa, AMG dan Magdalena. Penulis menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar di SDN 2 Nalu Kabupaten Tolitoli pada tahun 2004. Pada tahun itu juga penulis melanjutkan Pendidikan di SMP Negeri 5 Tolitoli dan tamat pada tahun 2007 kemudian melanjutkan pendidikan SMA Negeri 1 Tolitoli dan selesai pada tahun 2010. Tahun 2010 penulis melanjutkan pendidikan di Akademi Kebidanan Graha Ananda dan selesai pada tahun 2013. Selanjutnya pada tahun yang sama penulis melanjutkan pendidikan D4 Bidan pendidik di Universitas Indonesia Timur Makassar. Tahun 2017 penulis menyelesaikan pendidikan S2 Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia Timur Makassar. Kemudian Tahun 2021, penulis melanjutkan pendidikan di Universitas Mega Buana Palopo dengan jurusan program studi profesi bidan sampai saat ini.

Pada tahun 2016 Penulis mengawali karier bekerja sebagai staf di Akademi Kebidanan Graha Ananda Palu dan pada tahun 2017 dan sampai saat ini menjadi dosen tetap sekaligus staf pada Institut Teknologi Kesehatan Dan Bisnis Graha Ananda Palu.

Ditengah kesibukan penulis, penulisan buku ini merupakan salahsatu pengabdian yang dilakukan dalam berbagi ilmu bagi para pembaca yang adalah generasi penerus khususnya yang menggeluti

dunia kesehatan dan sebagai pengabdian tugas penulis dalam menjalankan Tridarma Perguruan Tinggi.

BIODATA PENULIS



Eka Yuli Handayani, SST, M.Kes, CBMT

**Dosen D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pasir
Pengaraian (2011-Sekarang)**

Penulis lahir di Kota Bangun Kabupaten Rokan Hulu Provinsi Riau tanggal 24 September 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pasir Pengaraian. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di STIKes Payung Negeri Pekanbaru pada tahun 2009 dan D4 Kebidanan STIKes Prima Nusantara Bukittinggi pada tahun 2010 dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat di STIKes Hang Tuah Pekanbaru pada tahun 2012-2014 dengan konsentrasi Kesehatan Reproduksi. Pada saat ini penulis bekerja di D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pasir Pengaraian mulai Oktober tahun 2012 hingga sekarang.

BIODATA PENULIS



Nelly Nugrawati, S.ST., M.Kes

Staf Dosen Program Studi Kebidanan STIKES Amanah Makassar

Penulis lahir di Madining, 24 Desember 1989 dan menjalani aktifitas sehari-hari sebagai dosen tetap di program studi DIII Kebidanan STIKES Amanah Makassar. Penulis lulus DIII Kebidanan pada tahun 2011 di STIKES Amanah Makassar, DIV Bidan Pendidik di STIKES Megabuana Palopo tahun 2013 serta menyelesaikan Magister Kesehatan di Universitas Muslim Indonesia tahun 2016.

Penulis telah menerbitkan buku yang berjudul Asuhan Kebidanan pada Kehamilan, Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan, Kumpulan Soal Latihan Uji Kompetensi DIII Kebidanan, Modul Pembelajaran Asuhan Kebidanan Kehamilan, Teori Konsep Kebidanan, Kebutuhan Dasar Manusia.

BIODATA PENULIS



Umami Kaltsum S. Saleh
Poltekkes Kemenkes Kupang

Dosen di Prodi DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang. Menyelesaikan Pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2017. Beberapa karya buku diharapkan dapat membantu mahasiswa kebidanan diantaranya buku Kursi Persalinan – Teknologi Tepat Guna Dalam Kebidanan (2018), Buku Panduan Praktik Asuhan Kebidanan Kehamilan (2018), Buku Asuhan Kebidanan Kehamilan (2021), Buku Kebutuhan Dasar Manusia (2022), Buku Konsep Kebidanan (2022), Buku Ajar Remaja (2022) dan lain lain. Penulis juga aktif meneliti tentang kesehatan Ibu dan Anak serta kesehatan reproduksi remaja yang dipublikasikan pada jurnal nasional dan internasional. Selain itu penulis merupakan pemilik HAKI Kursi Persalinan BC-MK15 Tipe T1 (2021). Penulis dapat dihubungi di +628113841384 dan email: ummikaltsum13@gmail.com.

BIODATA PENULIS



Kartini

Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Kendari

Penulis lahir di Surabaya. Penulis merupakan dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Kendari. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Universitas Gadjah Mada dan S3 di Universitas Hasanuddin.

BIODATA PENULIS



Cahyaning Setyo Hutomo

**Tenaga Pendidik di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga Universitas
Sebelas Maret Surakarta**

Cahyaning Setyo Hutomo, lahir di Bojonegoro, Jawa Timur, pada tahun 1987, adalah alumni Diploma Empat Kebidanan Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2009. Penulis melanjutkan studi pada Program Studi Kedokteran Keluarga dengan peminatan Pendidikan Profesi Kesehatan di Universitas yang sama pada tahun 2010 dan lulus pada tahun 2012. Saat ini penulis berdomisili di Surakarta. Penulis pernah bekerja sebagai Tenaga Pendidik di Stikes AkbidYo pada tahun 2012-2015, selain itu penulis juga pernah bekerja sebagai Kepala Ruang Bersalin di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret pada tahun 2016-2019 dan pada tahun 2018 sampai sekarang penulis menjadi bagian dari Tenaga Pendidik di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis merupakan bagian dari tim vaksinator dari kegiatan Serbuan Vaksinasi TNI-POLRI di Surakarta pada tahun 2021. Sebagai seorang tenaga pendidik, menulis buku merupakan salah satu bentuk aktualisasi diri dari penulis. Kritik dan saran mengenai buku yang telah ditulis dapat dikirimkan ke alamat email cahyaninghutomo@gmail.com

BIODATA PENULIS



Vera Iriani Abdullah

Staf Dosen Jurusan Kebidanan

Penulis lahir di Jayapura tanggal 22 Agustus 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Sorong. Menyelesaikan pendidikan D3 pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Jayapura (Lulus Tahun 2006) dan D4 Pendidik pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Bandung (Lulus Tahun 2007) dan melanjutkan S2 Kebidanan pada Universitas Padjadjaran Bandung (Lulus Tahun 2018). Saat ini selain sebagai dosen peneliti juga sebagai kepala pusat penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di Poltekkes Kemenkes Sorong.

BIODATA PENULIS



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb.,
Dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian dan Pengabdian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan Lentera Surakarta (2021)”. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com