



**HUBUNGAN ANTARA KUALITAS PELAYANAN POLI  
KIA/KB DENGAN DERAJAT KESEHATAN IBU DAN  
ANAK DI PUSKESMAS KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Kunthi Kencana Makayasa Putri  
NIM 122010101002**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**



**HUBUNGAN ANTARA KUALITAS PELAYANAN POLI  
KIA/KB DENGAN DERAJAT KESEHATAN IBU DAN  
ANAK DI PUSKESMAS KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

**Kunthi Kencana Makayasa Putri**  
**NIM 122010101002**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**2015**

## **PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda Sukrus Sriwiyati dan Ayahanda Bambang Eko Untung Lestari yang tercinta;
2. saudaraku Bima Perkasa Baskara Putra dan Shinta Perwira Nusantara Putri yang tersayang;
3. guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
4. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

## MOTO

Dan mintalah pertolongan (kepada Allah) dengan sabar dan sholat. Dan (sholat) itu sungguh berat, kecuali bagi orang-orang yang khusyuk.  
(terjemahan Surah *Al-Baqarah* ayat 45)<sup>\*)</sup>

---

<sup>\*)</sup> Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. *Al Quran Tajwid dan Terjemahan*. Bandung: PT CV Penerbit Diponegoro.

## **PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Kunthi Kencana Makayasa Putri

NIM : 122010101002

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan antara Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 23 Desember 2015

Yang menyatakan,

(Kunthi Kencana Makayasa Putri)

NIM 122010101002

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN ANTARA KUALITAS PELAYANAN POLI  
KIA/KB DENGAN DERAJAT KESEHATAN IBU DAN  
ANAK DI PUSKESMAS KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Kunthi Kencana Makayasa Putri  
NIM 122010101002

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Sugiyanta, M.Ked

## PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Hubungan antara Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Selasa, 29 Desember 2015

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

### Tim Penguji:

Dosen Penguji I

Dosen Penguji II

dr. Dwita Aryadina R., M. Kes  
NIP 19801027 200812 2 002

dr. M. Ali Shodikin, M. Kes., Sp. A  
NIP 19770625 200501 1 002

Dosen Penguji III

Dosen Penguji IV

dr. Ida Srisurani Wiji A., M.Kes  
NIP 19820901 200812 2 002

dr. Sugiyanta, M.Ked  
NIP 19790207 200501 1 001

Mengesahkan,  
Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas Jember

dr. Enny Suswati, M.Kes  
NIP 19700214 199903 2 001

## RINGKASAN

**Hubungan antara Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Kabupaten Jember;** Kunthi Kencana Makayasa Putri, 122010101002; 2015: 61 halaman; Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Kualitas pelayanan bisa diartikan sebagai ukuran seberapa bagus tingkat layanan yang diberikan mampu sesuai dengan harapan pengguna layanan. Kualitas pelayanan terdapat lima dimensi yaitu *reliability*, *empathy*, *assurance*, *responsiveness*, dan *tangible*. Pelayanan di Poli KIA/KB meliputi pelayanan ibu hamil, ibu melahirkan, ibu menyusui, bayi, balita, dan anak prasekolah. Derajat kesehatan ibu dan anak adalah faktor penting dalam pembangunan bangsa. Sebagai tolak ukur keberhasilan kesehatan ibu dan anak, maka indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan adalah dengan melihat Angka kematian ibu dan bayi di wilayah tersebut. Di Jember kasus kematian ibu dan bayi cukup tinggi dan salah satu faktor penyebab masih tingginya AKI dan AKB di Jember adalah kualitas pelayanan yang masih belum optimal, khususnya pelayanan antenatal. Puskesmas Jember Kidul adalah puskesmas dengan AKI dan AKB yang tergolong rendah, sedangkan Puskesmas Sukowono termasuk puskesmas dengan AKI dan AKB yang tergolong tinggi. Oleh karena itu, diperlukan kajian mengenai kualitas pelayanan di Puskesmas Kabupaten Jember, khususnya Puskesmas Jember Kidul dan Puskesmas Sukowono. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan kualitas pelayanan Poli KIA/KB dengan derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Kabupaten Jember.

Penelitian ini dilakukan di Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul dan Puskesmas Sukowono dengan menggunakan metode kuantitatif dan jenis penelitian analitik observasional dengan desain *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel dengan metode *consecutive sampling* dan jumlah respondennya 144 orang. Sumber data yang digunakan adalah data primer untuk mengetahui kualitas pelayanan dengan

menggunakan kuesioner dan data sekunder untuk mengetahui jumlah kematian ibu dan bayi guna menilai derajat kesehatan ibu dan anak. Data tersebut di uji normalitasnya menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov* dengan hasil signifikansi ( $p=0,000$ ) dan uji *Spearman's Rho* dengan koefisien korelasi ( $r$ ) sebesar 0,690.

Berdasarkan hasil penelitian, skor kualitas pelayanan Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul sebesar 81,11, artinya masuk dalam kategori baik, dan skor kualitas pelayanan Poli KIA/KB Puskesmas Sukowono sebesar 60,60, artinya masuk dalam kategori cukup baik . Sedangkan derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Jember Kidul termasuk tinggi dan derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Sukowono termasuk rendah. Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kualitas pelayan Poli KIA/KB dengan derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Kabupaten Jember dengan korelasi kuat.

## **PRAKATA**

Puji syukur kehadiran Allah Swt. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan antara Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. Enny Suswati, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Utama dan dr. Sugiyanta, M.Ked., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
3. dr. Dwita Aryadina Rachmawati, M. Kes., selaku Dosen Penguji I dan dr. M. Ali Shodikin, M. Kes., Sp. A., selaku Dosen Penguji II yang telah memberikan kritik dan saran dalam penyusunan skripsi ini;
4. dr. Ancah Caesarina Novi M., Ph.D., selaku koordinator KTI yang telah menyetujui penyusunan skripsi ini;
5. Ibunda Sukrus Sriwiyati dan Ayahanda Bambang Eko Untung Lestari tercinta yang telah memberikan dukungan moral, materi, doa, dan curahan kasih sayang yang tak akan pernah putus;
6. saudaraku Bima Perkasa Baskara Putra, Shinta Perwira Nusantara Putri, Lely Kusumaningtyas, dan Ahmad Affandi Miftah yang selalu memberi motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini;
7. teman-temanku Zuliyatul Masnunah, Meytika Fauziah Sugiartanti, Nadia Anggry Liani, Novita Dwi Cahyani, Siti Sarah Hajar, dan Davina Amalia yang telah memberi dorongan dan semangat untuk menyelesaikan skripsi ini;

8. teman-teman angkatan 2012 Panacea yang selalu saling bahu membahu menjalani studi demi meraih gelar Sarjana Kedokteran;
9. semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 23 Desember 2015

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>RINGKASAN</b> .....	viii
<b>PRAKATA</b> .....	x
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvi
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xviii
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xix
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xx
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Perumusan Masalah</b> .....	4
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	4
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	6
<b>2.1 Kualitas Pelayanan Kesehatan</b> .....	6
2.1.1 Pengertian Kualitas Pelayanan Kesehatan .....	6
2.1.2 Dimensi Kualitas Pelayanan Kesehatan .....	7
2.1.3 Penilaian Kualitas Pelayanan Kesehatan .....	9

<b>2.2 Derajat Kesehatan Ibu</b> .....	10
2.2.1 Angka Kematian Ibu .....	11
2.2.2 Strategi Peningkatan Derajat Kesehatan Ibu .....	13
<b>2.3 Derajat Kesehatan Anak</b> .....	14
2.3.1 Angka Kematian Bayi .....	14
2.3.2 Strategi Peningkatan Derajat Kesehatan Anak .....	15
<b>2.4 Poli KIA dan KB</b> .....	16
2.4.1 Kesehatan Ibu dan Anak .....	16
2.4.2 Kegiatan Program KIA .....	17
2.4.3 Pelayanan Poli KIA/KB .....	18
<b>2.5 Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak</b> .....	19
<b>2.6 Kerangka Konseptual</b> .....	20
<b>2.7 Hipotesis</b> .....	22
<b>BAB 3. Metode Penelitian</b> .....	23
<b>3.1 Jenis Penelitian</b> .....	23
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian</b> .....	23
3.2.1 Tempat Penelitian .....	23
3.2.2 Waktu Penelitian .....	23
<b>3.3 Populasi dan Sampel</b> .....	23
3.3.1 Populasi .....	23
3.3.2 Sampel .....	24
<b>3.4 Variabel Penelitian</b> .....	26
3.4.1 Variabel Independen .....	26
3.4.2 Variabel Dependen .....	26
<b>3.5 Instrumen Penelitian</b> .....	26
3.5.1 Rekam Medis .....	26
3.5.2 Kuesioner .....	27
<b>3.6 Definisi Operasional</b> .....	27

3.6.1	Kualitas Pelayanan Kesehatan .....	27
3.6.2	Derajat Kesehatan Ibu dan Anak .....	30
<b>3.7</b>	<b>Pengolahan Data .....</b>	<b>31</b>
3.7.1	Pengecekan Data ( <i>Editing</i> ) .....	31
3.7.2	Memberi Kode Data ( <i>Coding</i> ) .....	31
3.7.3	Memasukkan Data ke Komputer ( <i>Entering</i> ) .....	31
3.7.4	Pembersihan Data ( <i>Cleaning</i> ) .....	32
<b>3.8</b>	<b>Analisis Data .....</b>	<b>32</b>
<b>3.9</b>	<b>Masalah Etika dan Uji Kelayakan Etik .....</b>	<b>33</b>
3.9.1	<i>Informed Consent</i> .....	33
3.9.2	<i>Anonimity</i> .....	33
3.9.3	<i>Confidentiality</i> .....	34
<b>3.10</b>	<b>Kerangka Kerja Penelitian .....</b>	<b>34</b>
<b>BAB 4.</b>	<b>Hasil dan Pembahasan .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>Hasil Penelitian .....</b>	<b>36</b>
4.1.1	Karakteristik Responden .....	36
4.1.2	Pengukuran Tingkat Kesenjangan Responden terhadap Pelayanan Poli KIA/KB dengan <i>Servqual</i> .....	39
4.1.3	Pengukuran Tingkat Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul .....	44
4.1.4	Pengukuran Tingkat Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB Puskesmas Sukowono .....	46
4.1.5	Pengukuran Derajat Kesehatan Ibu dan Anak .....	47
4.1.6	Hubungan antara Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Kabupaten Jember .....	48
<b>4.2</b>	<b>Analisis Data .....</b>	<b>48</b>
4.2.1	Uji Normalitas .....	48
4.2.2	Uji <i>Spearman's Rho</i> .....	49

<b>4.3 Pembahasan</b> .....	50
4.3.1 Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul .....	50
4.3.2 Derajat Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Jember Kidul .....	52
4.3.3 Analisis Hubungan Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Jember Kidul .....	53
<b>4.4 Keterbatasan Penelitian</b> .....	55
<b>BAB 5. Penutup</b> .....	56
<b>4.1 Kesimpulan</b> .....	56
<b>4.2 Saran</b> .....	56
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	58
<b>LAMPIRAN</b> .....	62

## DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Skor Tingkat Harapan dan Tingkat Persepsi berdasarkan Skala <i>Likert</i> .....	27
3.2 Kriteria Derajat Kesehatan Ibu dan Anak .....	31
3.3 Penilaian Tingkat Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB .....	32
4.1 Distribusi Responden berdasarkan Usia .....	37
4.2 Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan .....	38
4.3 Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan .....	39
4.4 Skor Persepsi yang Dirasakan, Skor Harapan, dan Kesenjangan Dimensi Bukti Fisik .....	40
4.5 Skor Persepsi yang Dirasakan, Skor Harapan, dan Kesenjangan Dimensi Kehandalan .....	41
4.6 Skor Persepsi yang Dirasakan, Skor Harapan, dan Kesenjangan Dimensi Daya Tanggap .....	42
4.7 Skor Persepsi yang Dirasakan, Skor Harapan, dan Kesenjangan Dimensi Jaminan .....	43
4.8 Skor Persepsi yang Dirasakan, Skor Harapan, dan Kesenjangan Dimensi Empati .....	44
4.9 Rekapitulasi Persepsi Responden Mengenai Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul .....	45
4.10 Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul Per Dimensi .....	45
4.11 Rekapitulasi Persepsi Responden Mengenai Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB Puskesmas Sukowono .....	46
4.12 Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB Puskesmas Sukowono Per Dimensi .....	46

4.13 Rekapitulasi Data AKI dan AKB di Puskesmas Jember Kidul dan Puskesmas Sukowono bulan Januari 2015 sampai Oktober 2015 ..	47
4.14 Tabulasi Silang antara Kualitas Pelayanan dan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak .....	48
4.15 Hasil Uji Normalitas <i>Kolmogorov-Smirnov</i> .....	49
4.16 Uji <i>Spearman's Rho</i> Hubungan Kualitas Pelayanan dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak .....	49

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Penyebab Kematian Ibu di Indonesia Tahun 2010 .....	13
2.2 Kerangka Konseptual .....	21
3.1 Kerangka Kerja Penelitian .....	35
4.1 Grafik Distribusi Responden berdasarkan Usia .....	37
4.2 Grafik Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan .....	38
4.3 Grafik Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan .....	39

## DAFTAR SINGKATAN

AKI	= Angka Kematian Ibu
AKB	= Angka Kematian Bayi
KIA	= Kesehatan Ibu dan Anak
KB	= Keluarga Berencana
<i>Servqual</i>	= <i>Service Quality</i>
MDGs	= <i>Millenium Development Goals</i>
AKN	= Angka Kematian Neonatal
AKABA	= Angka Kematian Balita

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. <i>Informed Consent</i> (Lembar Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden) .....	62
B. Naskah Lembar Persetujuan Menjadi Responden .....	63
C. Kuesioner Kualitas Pelayanan .....	64
D. Surat Ijin dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember ....	67
E. Hasil Uji Normalitas Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB .....	69
F. Hasil Uji Normalitas Derajat Kesehatan Ibu dan Anak .....	69
G. Hasil Tabulasi Silang Hubungan Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak .....	70
H. Hasil Uji <i>Spearman's Rho</i> .....	70
I. Rekapitulasi Jawaban Responden tentang Nilai Persepsi terhadap Kualitas Pelayanan .....	71
J. Rekapitulasi Jawaban Responden tentang Nilai Harapan terhadap Kualitas Pelayanan .....	76

## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Salah satu permasalahan pokok yang dihadapi bangsa Indonesia adalah masalah kesehatan pada kelompok ibu dan anak, yang ditandai dengan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Sebagai tolak ukur keberhasilan kesehatan ibu dan anak (KIA), maka salah satu indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan adalah dengan melihat AKI dan AKB di wilayah tersebut. Dalam penelitian Palutturi *et al.* (2007), mengatakan dengan masih tingginya AKI dan AKB menunjukkan bahwa pelayanan KIA sangat mendesak untuk ditingkatkan baik dari segi jangkauan maupun kualitas pelayanannya. Menurut Riset Kesehatan Dasar (2008), salah satu penyebab tingginya AKI dan AKB di Indonesia adalah masih ada sekitar 16,8% penduduk yang kurang memanfaatkan fasilitas atau pelayanan persalinan di Puskesmas.

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja (Depkes RI, 2004). Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan dijangkau oleh masyarakat, dengan peran aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan. Salah satu fokus upaya kesehatan wajib di Puskesmas adalah upaya kesehatan ibu dan anak (KIA) serta keluarga berencana (KB) (Efendi dan Makhfudli, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian Hardianti *et al.* (2013), menunjukkan bahwa kualitas pelayanan antenatal lebih banyak yang kurang bermutu yaitu sebanyak

65,8%, dibandingkan dengan yang bermutu yaitu sebanyak 34,2%. Selain itu, dari hasil penelitian Simbolon *et al.* (2013) mengemukakan bahwa 66,3% kinerja pelayanan KIA di rumah sakit pemerintah Indonesia kurang optimal. Tidak optimalnya kinerja pelayanan KIA tersebut dipengaruhi karakteristik rumah sakit yang rendah dan ketidaklengkapan sumber daya manusia seperti tersedianya dokter, bidan atau perawat. Sedangkan menurut penelitian Sudibyo (2014), menunjukkan bahwa 55,1% menyatakan kualitas pelayanan KIA sudah cukup baik dan cukup puas.

Kabupaten Jember adalah salah satu kabupaten di Jawa Timur yang memiliki AKI dan AKB tinggi, yakni masuk ke dalam delapan besar AKI dan AKB tinggi di Provinsi Jawa Timur. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2015), pada tahun 2010 AKI mencapai 55 kasus, tahun 2011 mencapai 54 kasus, tahun 2012 mencapai 43 kasus, tahun 2013 mencapai 36 kasus, dan tahun 2014 jumlah kematian ibu melahirkan mengalami penurunan yakni sebanyak 20 kasus. Sementara untuk AKB, pada tahun 2010 mencapai 398 kasus, tahun 2011 mengalami peningkatan hingga 439 kasus, di tahun 2012 sebanyak 424 kasus, 2013 sebanyak 414 kasus, dan tahun 2014 menurun menjadi 251 kasus. Salah satu faktor penyebab masih tingginya AKI dan AKB di Kabupaten Jember adalah kualitas pelayanan yang masih belum optimal, khususnya pelayanan antenatal, padahal pelayanan antenatal merupakan salah satu upaya yang penting dalam usaha menurunkan AKI dan AKB (Hidayat, 2014).

Puskesmas Jember Kidul adalah salah satu Puskesmas di wilayah Jember, tepatnya di Kecamatan Kaliwates yang letaknya di tengah-tengah kota dan mudah dijangkau dibandingkan dengan Puskesmas lainnya. Menurut data Dinkes Jember (2011), Puskesmas Jember Kidul adalah Puskesmas dengan jumlah pengunjung terbanyak sebesar 30.987 pengunjung (Salam dan Santoso, 2013). Berdasarkan data yang diperoleh, kasus kematian ibu dan bayi di Puskesmas Jember Kidul tergolong rendah dibandingkan dengan Puskesmas lainnya. Pada tahun 2011 dan 2012 tercatat tidak ada kasus kematian ibu, pada tahun 2013 terdapat 1 kasus kematian ibu, dan pada tahun 2014 hingga Oktober 2015 tidak ada kasus kematian ibu. Sedangkan

untuk kasus kematian bayi, pada tahun 2011 sebanyak 6 kasus, tahun 2012 mengalami peningkatan menjadi 10 kasus, tahun 2013 juga terdapat 10 kasus, tahun 2014 menurun menjadi 6 kasus, dan hingga bulan Oktober 2015 terdapat 2 kasus.

Puskesmas Sukowono adalah salah satu Puskesmas di wilayah Jember yang letaknya dipedesaan dan jarak tempuh dari kota Jember sekitar satu jam. Berdasarkan data yang diperoleh, jumlah kelahiran hidup di Puskesmas Sukowono pada tahun 2014 sebanyak 849 kelahiran hidup dan hingga bulan Oktober 2015 sebanyak 712 kelahiran hidup. Sedangkan untuk kasus kematian ibu dan bayi di Puskesmas Sukowono tergolong tinggi, yaitu pada tahun 2014 terdapat 37 kematian bayi dan hingga bulan Oktober 2015 menurun menjadi 28 kematian bayi. Sedangkan untuk kasus kematian ibu, pada tahun 2014 dan hingga bulan Oktober 2015 terdapat 1 kasus.

Berdasarkan data di atas, salah satu faktor yang mempengaruhi perbedaan jumlah kematian ibu dan kematian bayi di suatu wilayah adalah kualitas pelayanan yang diberikan, terutama pelayanan pada ibu hamil (Efendi dan Makhfudli, 2009). Puskesmas Jember Kidul dan Puskesmas Sukowono berupaya untuk selalu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik agar bisa menurunkan jumlah kematian ibu dan bayi dari tahun sebelumnya. Peningkatan pelayanan kesehatan tersebut khususnya pelayanan untuk ibu dan anak yang dilakukan di Poli KIA/KB, tidak saja pelayanan kesehatan yang bersifat menyembuhkan tetapi juga dituntut untuk dapat memberikan kepuasan kepada pasien (Hidayat, 2014).

Melihat fenomena di atas, perlu adanya kajian mengenai bagaimana kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak yang dilakukan oleh Puskesmas di Kabupaten Jember, khususnya Puskesmas Jember Kidul dan Puskesmas Sukowono dengan perbedaan jumlah kematian ibu dan bayi. Dalam mengkaji kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur dari lima dimensi, yaitu dimensi *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy* yang tiap dimensinya saling berkaitan. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan antara

kualitas pelayanan di Poli KIA/KB dengan derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Kabupaten Jember.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dikemukakan, maka dapat dirumuskan permasalahan dalam penelitian ini, yaitu apakah ada hubungan antara kualitas pelayanan Poli KIA/KB dengan derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Kabupaten Jember?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut.

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan penelitian secara umum adalah untuk mengetahui hubungan antara kualitas pelayanan Poli KIA/KB dengan derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Kabupaten Jember.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi kualitas pelayanan Poli KIA/KB di Puskesmas Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Kabupaten Jember.
- c. Menganalisis hubungan antara kualitas pelayanan Poli KIA/KB dengan derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Kabupaten Jember.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Bagi Puskesmas Kabupaten Jember, khususnya Puskesmas Jember Kidul dan Puskesmas Sukowono dapat digunakan sebagai masukan dalam upaya

meningkatkan kualitas pelayanan, khususnya pelayanan untuk ibu dan anak di Poli KIA/KB,

- b. Bagi Fakultas Kedokteran, dapat digunakan untuk menambah bahan kepustakaan baik sebagai bahan pembelajaran, bahan masukan atau sebagai bahan informasi yang berguna bagi mahasiswa kedokteran.
- c. Bagi peneliti, dapat menambah pengetahuan tentang bagaimana melakukan penelitian khususnya mengenai kualitas pelayanan Poli KIA/KB dan derajat kesehatan ibu dan anak.
- d. Bagi masyarakat, sebagai informasi mengenai kualitas pelayanan Poli KIA/KB dan pentingnya kesehatan ibu dan anak.

## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Kualitas Pelayanan Kesehatan**

#### **2.1.1 Pengertian Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Menurut Kotler dan Armstrong (2012) berpendapat bahwa kualitas pelayanan harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Lewis dan Booms (dalam Tjiptono, 2008) mengatakan, kualitas pelayanan bisa diartikan sebagai ukuran seberapa bagus tingkat layanan yang diberikan mampu sesuai dengan ekspektasi pelanggan. Faktor utama yang mempengaruhi kualitas pelayanan adalah layanan yang diharapkan pelanggan (*expected service*) dan persepsi terhadap layanan (*perceived service*) (Parasuraman *et al.*, dalam Tjiptono, 2008). Setiap orang akan menilai kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar atau kriteria yang berbeda-beda. Setiap orang yang terlibat dalam layanan kesehatan, seperti pasien, masyarakat dan organisasi masyarakat, profesi layanan kesehatan, dinas kesehatan, dan pemerintah daerah pasti mempunyai pandangan yang berbeda tentang unsur apa yang penting dalam kualitas pelayanan kesehatan (Pohan, 2007). Menurut Brown *et al.* (dalam Pohan, 2007), perspektif kualitas pelayanan kesehatan sebagai berikut.

##### **a. Perspektif pasien atau masyarakat**

Pasien atau masyarakat melihat pelayanan kesehatan yang berkualitas sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit.

##### **b. Perspektif pemberi layanan kesehatan (*provider*)**

Provider mengaitkan layanan kesehatan yang berkualitas dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam setiap melakukan

layanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana keluaran (*outcome*) atau hasil layanan kesehatan itu.

c. Perspektif penyandang dana

Penyandang dana atau asuransi kesehatan menganggap bahwa kualitas layanan kesehatan sebagai suatu layanan kesehatan yang efisien dan efektif. Pasien diharapkan dapat disembuhkan dalam waktu sesingkat mungkin sehingga biaya layanan kesehatan dapat menjadi efisien. Dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pasien dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai (Bustami, 2011).

### 2.1.2 Dimensi Kualitas Pelayanan Kesehatan

Dalam penelitian Pasuraman *et al.* (dalam Bustami, 2011), terdapat lima dimensi utama yang disusun sesuai urutan tingkat kepentingan relatifnya yang disebut dengan *Servqual (Service Quality)*. Kelima dimensi tersebut adalah sebagai berikut.

a. Keandalan (*reliability*)

Setiap pelayanan memerlukan bentuk pelayanan yang handal, artinya dalam memberikan pelayanan, setiap pegawai diharapkan memiliki kemampuan dalam pengetahuan, keahlian, kemandirian, penguasaan dan profesionalisme kerja yang tinggi, sehingga aktivitas kerja yang dikerjakan menghasilkan bentuk pelayanan yang memuaskan, tanpa ada keluhan dan kesan yang berlebihan atas pelayanan yang diterima oleh masyarakat

b. Empati (*empathy*)

Setiap kegiatan atau aktivitas pelayanan memerlukan adanya pemahaman dan pengertian dalam kebersamaan asumsi atau kepentingan terhadap suatu hal yang berkaitan dengan pelayanan. Pelayanan akan berjalan dengan lancar dan berkualitas apabila setiap pihak yang berkepentingan dengan pelayanan memiliki adanya rasa empati dalam menyelesaikan atau mengurus atau memiliki komitmen yang sama

terhadap pelayanan. Empati dalam suatu pelayanan adalah adanya suatu perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan keterlibatan pihak-pihak yang berkepentingan dengan pelayanan untuk mengembangkan dan melakukan aktivitas pelayanan sesuai dengan tingkat pengertian dan pemahaman dari masing-masing pihak tersebut.

c. Jaminan (*assurance*)

Setiap bentuk pelayanan memerlukan adanya kepastian atas pelayanan yang diberikan. Bentuk kepastian dari suatu pelayanan sangat ditentukan oleh jaminan dari pegawai yang memberikan pelayanan, sehingga orang yang menerima pelayanan merasa puas dan yakin bahwa segala bentuk urusan pelayanan yang dilakukan atas tuntas dan selesai sesuai dengan kecepatan, ketepatan, kemudahan, kelancaran dan kualitas layanan yang diberikan.

d. Daya tanggap (*responsiveness*)

Setiap pegawai dalam memberikan bentuk-bentuk pelayanan, mengutamakan aspek pelayanan yang sangat mempengaruhi perilaku orang yang mendapat pelayanan, sehingga diperlukan kemampuan daya tanggap dari pegawai untuk melayani masyarakat sesuai dengan tingkat penyerapan, pengertian, ketidaksesuaian atas berbagai hal bentuk pelayanan yang tidak diketahuinya. Hal ini memerlukan adanya penjelasan yang bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan dan membujuk agar menyikapi segala bentuk-bentuk prosedur dan mekanisme kerja yang berlaku dalam suatu organisasi, sehingga bentuk pelayanan mendapat respon positif.

e. Bukti fisik (*tangible*)

Pengertian bukti fisik dalam kualitas layanan adalah bentuk aktualisasi nyata secara fisik dapat terlihat atau digunakan oleh pegawai sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan membantu pelayanan yang diterima oleh orang yang menginginkan pelayanan, sehingga puas atas pelayanan yang dirasakan, yang sekaligus menunjukkan prestasi kerja atas pemberian pelayanan yang diberikan. Berarti dalam memberikan pelayanan, setiap orang yang menginginkan pelayanan dapat merasakan pentingnya bukti fisik yang ditunjukkan oleh pengembang pelayanan, sehingga pelayanan yang diberikan memberikan kepuasan. Bentuk

pelayanan bukti fisik biasanya berupa sarana dan prasarana pelayanan yang tersedia, teknologi pelayanan yang digunakan, performance pemberi pelayanan yang sesuai dengan karakteristik pelayanan yang diberikan dalam menunjukkan prestasi kerja yang dapat diberikan dalam bentuk pelayanan fisik yang dapat dilihat.

### 2.1.3 Penilaian Kualitas Pelayanan Kesehatan

Banyak kerangka pikir yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan. Pada awal pengukuran kualitas layanan kesehatan, Donabedian (dalam Pohan, 2007) mengusulkan tiga kategori penggolongan layanan kesehatan, yaitu struktur, proses, dan keluaran. Konsep dari struktur, proses dan keluaran dapat diterapkan pada setiap penyedia profesional maupun lembaga yang berkontrak dengan organisasi layanan kesehatan yang terkelola.

#### a. Standar struktur

Standar struktur atau masukan adalah standar yang menjelaskan peraturan sistem yang menentukan tingkat sumber daya yang diperlukan agar standar layanan kesehatan dapat tercapai. Didalamnya terkandung hubungan organisasi, misi organisasi, kewenangan, komite, personel, peralatan, gedung, rekam medic, keuangan, obat, dan fasilitas. Standar struktur merupakan *rule of the game*.

#### b. Standar proses

Standar proses adalah sesuatu yang menyangkut semua aspek pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan, melakukan prosedur, dan kebijaksanaan. Standar ini menjelaskan apa yang dikerjakan, untuk siapa, siapa yang mengerjakan, kapan dan bagaimana standar pelayanan kesehatan dapat tercapai. Baik atau tidaknya proses yang dilakukan di puskesmas dapat diukur dari relevan atau tidaknya proses yang diterima oleh pelanggan, efektif atau tidaknya proses yang dilakukan, dan mutu proses yang dilakukan. Standar proses merupakan *playing the game*.

#### c. Standar keluaran

Standar keluaran (*outcome*) merupakan hasil akhir atau akibat dari layanan kesehatan yang menunjukkan apakah layanan kesehatan berhasil atau gagal. Kriteria

*outcome* antara lain kepuasan pasien, pengetahuan pasien, fungsi pasien, indikator kesembuhan, kematian, komplikasi dan lain-lain.

Penilaian kualitas pelayanan kesehatan menggunakan model *Servqual* yang mencakup perhitungan perbedaan diantara persepsi pelanggan atas layanan yang mereka terima dengan layanan yang diharapkan. Apabila pelayanan yang diterima sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik. Jika pelayanan diterima melampaui harapan konsumen maka kualitas pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika pelayanan yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan, maka kualitas dipersepsikan buruk. Dengan demikian penilaian kualitas pelayanan kesehatan tergantung pada kemampuan pemilik jasa (tenaga medis) dalam memenuhi harapan pasien secara konsisten namun dinamis dengan mengikuti kebutuhan konsumen (Pasuraman *et al.*, dalam Tjiptono, 2008).

Berdasarkan pada konsepsi tersebut Parasuraman *et al.* (dalam Tjiptono, 2008) menyimpulkan tiga kondisi yang mengekspresikan kepuasan pengguna layanan terhadap pelayanan yang diterimanya yaitu:

- 1) Saat harapan pelanggan lebih rendah dari persepsi terhadap pelayanan yang diperoleh, maka hal tersebut menjadi kejutan yang menyenangkan bagi pengguna layanan,
- 2) Pada saat harapan pelanggan sesuai dengan persepsi terhadap pelayanan yang diperoleh maka pelanggan akan merasa puas,
- 3) Pada saat harapan pelanggan lebih besar daripada persepsi terhadap pelayanan yang diperoleh maka pelanggan akan merasa tidak puas terhadap pelayanan.

## **2.2 Derajat Kesehatan Ibu**

Kesehatan ibu adalah persoalan utama pembangunan di Indonesia karena merupakan komponen yang sangat penting dalam pembangunan bangsa dan seluruh komponen yang lain sangat dipengaruhi oleh kesehatan ibu (Dwicaksono dan Setiawan, 2013). Diantara banyak target pencapaian *Millenium Development Goals* di

Indonesia, target kesehatan ibu masih jauh tertinggal dan perlu perhatian khusus. Tiga indikator derajat kesehatan ibu adalah AKI, proporsi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, dan angka pemakaian kontrasepsi (Depkes RI, 2004). Sebagai tolak ukur keberhasilan kesehatan ibu, maka salah satu indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan obstetrik dan ginekologi adalah dengan melihat AKI (Efendi dan Makhfudli, 2009).

### 2.2.1 Angka Kematian Ibu

#### a. Pengertian Angka Kematian Ibu

Menurut ICD 10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision*) (dalam Ditjen Bina Gizi dan KIA, 2013), kematian ibu adalah kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil atau dalam 42 hari setelah akhir kehamilannya, tanpa melihat usia dan letak kehamilannya, yang diakibatkan oleh sebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh insiden dan kecelakaan. Menurut *Millenium Development Goals* (MDGs) target AKI tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup (Efendi dan Makhfudli, 2009).

#### b. Penyebab Kematian Ibu

Ditjen Bina Gizi dan KIA (2013) mengemukakan, terdapat dua kategori penyebab kematian ibu, yaitu pertama adalah kematian yang disebabkan oleh penyebab langsung obstetrik (*direct*) yaitu kematian yang diakibatkan langsung oleh kehamilan dan persalinannya. Kedua adalah kematian yang disebabkan oleh penyebab tidak langsung (*indirect*) yaitu kematian yang terjadi pada ibu hamil yang disebabkan oleh penyakit dan bukan oleh kehamilan atau persalinannya.

##### 1) Penyebab tidak langsung kematian ibu

Penyebab non obstetrik kematian ibu diantaranya ibu hamil yang meninggal akibat penyakit tuberkulosis, anemia, malaria, penyakit jantung, dan lain sebagainya. Penyakit tersebut dianggap dapat memperberat kehamilan meningkatkan resiko terjadinya kesakitan dan kematian. proporsi kematian ibu indirek di Indonesia cukup

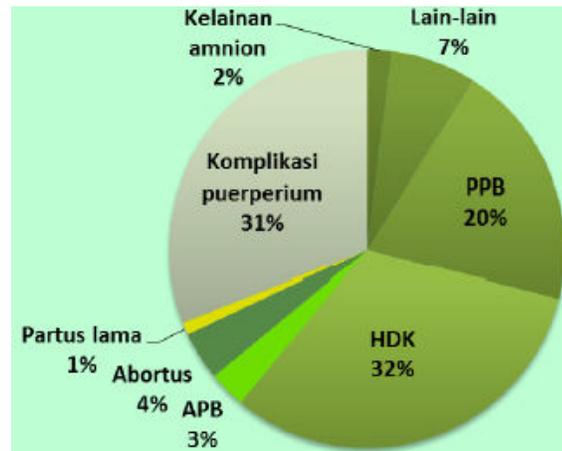
signifikan yaitu sekitar 22% sehingga pencegahan dan penanganannya perlu mendapatkan perhatian.

Secara garis besar terdapat beberapa faktor yang melatarbelakangi terjadinya kematian ibu, diantaranya sebagai berikut.

- a) Terbatasnya pelayanan kesehatan ibu dari tenaga kesehatan, sarana serta belum optimalnya keterlibatan swasta.
- b) Terbatasnya kualitas tenaga kesehatan untuk pelaksanaan kegiatan responsif gender, yaitu antenatal yang terintegrasi, pertolongan persalinan, penanganan komplikasi kebidanan, serta Keluarga Berencana.
- c) Belum adanya sistem pelayanan kesehatan yang sesuai untuk daerah terpencil, seperti belum ada regulasi untuk memberikan kewenangan yang lebih untuk tindakan medis khusus, terbatasnya intensif untuk tenaga kesehatan, terbatasnya sarana atau dana untuk transportasi kunjungan dan rujukan.
- d) Kurangnya dana operasional untuk pelayanan kesehatan ibu, terutama untuk daerah terpencil.
- e) Kurang optimalnya pemberdayaan masyarakat, seperti ketidaksetaraan gender, persiapan persalinan dan dalam menghadapi kondisi gawat darurat di tingkatan desa.
- f) Belum optimalnya perencanaan terpadu lintas sektor dan lintas program untuk percepatan penurunan AKI (Efendi dan Makhfudli, 2009).

## 2) Penyebab langsung kematian ibu

Secara global, penyebab tersering kematian ibu adalah hipertensi dalam kehamilan (32%) dan komplikasi puerperium atau masa postpartum (31%). Sedangkan penyebab yang jarang menyebabkan kematian ibu adalah partus lama (1%) dan kelainan amnion (2%) seperti pada Gambar 2.1.



Gambar 2.1 Penyebab kematian ibu di Indonesia tahun 2010 (Sumber: Ditjen Bina Gizi dan KIA, Kemenkes RI, Hasil Analisis Lanjut Sensus Penduduk Tahun 2010)

### c. Pengukuran Angka Kematian Ibu

Angka Kematian Ibu pada proses kehamilan merupakan indikator penting dalam menilai pelayanan obstetrik dan keberhasilan program Keluarga Berencana. Selain itu juga bisa dipakai sebagai tolak ukur pengembangan status sosial ekonomi masyarakat. Rumus yang digunakan sebagai berikut.

$$AKI = \frac{\text{Jumlah kematian ibu pada proses kehamilan, kelahiran, dan nifas}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

(Efendi dan Makhfudli, 2009).

### 2.2.2 Strategi Peningkatan Derajat Kesehatan Ibu

Sejak tahun 2000, Departemen Kesehatan RI telah menetapkan *Making Pregnancy Safer* (MPS) untuk percepatan penurunan AKI dengan tiga kunci sebagai berikut.

- a. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terampil.
- b. Setiap komplikasi kehamilan dan persalinan mendapat penanganan yang adekuat
- c. Setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi yang adekuat.

Tiga kunci tersebut dilaksanakan melalui empat strategi yang sesuai dengan visi misi Depkes RI, yaitu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan yang berkualitas, meningkatkan sistem surveilans, monitoring dan informasi kesehatan, serta meningkatkan pembiayaan kesehatan (Efendi dan Makhfudli, 2009).

### **2.3 Derajat Kesehatan Anak**

Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa. Upaya peningkatan kesehatan anak diharapkan mampu menurunkan angka kematian anak. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak adalah AKN, AKB, dan AKABA (Ditjen Bina Gizi dan KIA, 2014). Sedangkan menurut Hidayat (2008), dalam menentukan derajat kesehatan anak di Indonesia, terdapat beberapa indikator yang dapat digunakan, antara lain AKB, Angka Kesakitan Bayi, status gizi, dan Angka harapan hidup waktu lahir. Diantara indikator-indikator tersebut, WHO (dalam Yarlina 2013) menyatakan bahwa indikator pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak adalah AKB karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini.

#### **2.3.1 Angka Kematian Bayi (AKB)**

##### **a. Pengertian Angka Kematian Bayi (AKB)**

AKB adalah angka kematian anak berumur kurang dari satu tahun. AKB merupakan indikator penting dalam menilai status kesehatan masyarakat yang meliputi keadaan tingkat ekonomi, sanitasi, gizi, pendidikan, dan fasilitas kesehatan yang terdapat di suatu Negara (Efendi dan Makhfudli, 2009). Target AKB menurut MDGs tahun 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup (Ditjen Bina Gizi dan KIA, 2014).

#### b. Penyebab Kematian Bayi

Tingginya AKB di Indonesia disebabkan berbagai faktor, diantaranya adalah faktor penyakit infeksi dan kekurangan gizi. Beberapa penyakit yang saat ini masih menjadi penyebab kematian terbesar dari bayi adalah penyakit diare, tetanus, gangguan perinatal, dan radang saluran napas bagian bawah (Hapsari, dalam Hidayat, 2008).

Penyebab kematian bayi yang lainnya adalah berbagai penyakit yang sebenarnya dapat dicegah dengan imunisasi, seperti tetanus, campak, dan difteri. Hal ini terjadi karena masih kurangnya kesadaran masyarakat untuk memberi imunisasi pada anak (Hidayat, 2008). Kematian pada bayi juga dapat disebabkan oleh adanya trauma persalinan dan kelainan bawaan yang kemungkinan besar dapat disebabkan oleh rendahnya status gizi ibu pada saat kehamilan serta kurangnya jangkauan pelayanan kesehatan dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Penyebab kematian bayi yang cukup tinggi terutama dalam periode neonatal adalah pneumonia, malaria, dan diare serta masalah gizi (WHO dalam Hidayat, 2008). Sedangkan menurut JNPK-KR (2008), penyebab kematian bayi baru lahir di Indonesia adalah berat lahir rendah 29%, asfiksia 27%, dan lain-lain 44%.

#### c. Pengukuran Angka Kematian Bayi

Rumus yang digunakan untuk menghitung AKB sebagai berikut.

$$AKB = \frac{\text{Jumlah kematian bayi} < 1 \text{ tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times 1000$$

(Budiarto dan Anggraeni, 2003).

### 2.3.2 Strategi Peningkatan Derajat Kesehatan Anak

Pemerintah telah membuat berbagai kebijakan untuk mengatasi persoalan kesehatan anak, khususnya untuk menurunkan AKB, diantaranya sebagai berikut.

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan pemerataan pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan kematian bayi akibat persalinan, maka upaya yang dapat dilakukan adalah memperbaiki pelayanan kebidanan dan menyebarkan buku KIA.

- b. Meningkatkan status gizi masyarakat. Peningkatan status gizi masyarakat merupakan bagian dari upaya untuk mendorong terciptanya perbaikan status kesehatan. Dengan pemberian gizi yang baik diharapkan pertumbuhan dan perkembangan anak akan baik pula, disamping dapat memperbaiki status kesehatan anak. Upaya tersebut dapat dilakukan melalui UPGK (Upaya Pemberian Gizi Keluarga).
- c. Meningkatkan peran serta masyarakat. Peningkatan peran serta masyarakat dalam membantu perbaikan status kesehatan ini penting, sebab upaya pemerintah dalam rangka menurunkan kematian bayi tidak dapat dilakukan hanya oleh pemerintah, melainkan peran serta masyarakat dengan keterlibatan atau partisipasi secara langsung. Melalui peran serta masyarakat diharapkan mampu pula bersifat efektif dan efisien dalam pelayanan kesehatan.
- d. Meningkatkan manajemen kesehatan. Upaya pelaksanaan program pelayanan kesehatan anak dapat berjalan dan berhasil dengan baik bila didukung dengan perbaikan dalam pengelolaan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, peningkatan manajemen kesehatan melalui pendayagunaan tenaga kesehatan profesional yang mampu secara langsung mengatasi masalah kesehatan anak. Tenaga kesehatan yang dimaksud antara lain tenaga perawat, bidan, dan dokter (Hidayat, 2008).

## **2.4 Poli KIA dan KB**

### **2.4.1 Kesehatan Ibu dan Anak**

#### **a. Pengertian**

Upaya KIA adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta anak prasekolah.

#### **b. Tujuan**

##### **1) Tujuan Umum**

Tujuan program KIA adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu dan keluarganya untuk atau

mempercepat pencapaian target Pembangunan Kesehatan Indonesia, serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.

## 2) Tujuan Khusus

- a) Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan, sikap, dan perilaku) dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, Dasa Wisma, penyelenggaraan Posyandu dan sebagainya.
- b) Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, Dasa Wisma, Posyandu dan Karang Balita, serta di sekolah TK.
- c) Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan ibu menyusui.
- d) Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita.
- e) Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dalam keluarganya (Nolvian dan Retnoningsih, 2012).

### 2.4.2 Kegiatan Program KIA

#### a. Ibu

- 1) Pemeliharaan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas dan menyusui.
- 2) Deteksi dini faktor resiko ibu hamil.
- 3) Imunisasi Tetanus Toxoid pada ibu hamil.
- 4) Pengobatan bagi ibu untuk macam-macam penyakit ringan.
- 5) Kunjungan rumah untuk mencari ibu yang memerlukan pemeliharaan kesehatan.

#### b. Anak

- 1) Pemeliharaan kesehatan bayi, anak balita, dan anak prasekolah.

- 2) Pemantauan tumbuh kembang balita dengan menggunakan buku KIA.
- 3) Imunisasi hepatitis B tiga kali, polio empat kali, BCG satu kali, DPT tiga kali, Hib tiga kali, dan campak satu kali pada bayi.
- 4) Pengobatan bagi bayi, anak balita, dan anak pra sekolah untuk macam-macam penyakit ringan.
- 5) Kunjungan rumah untuk mencari anak yang memerlukan pemeliharaan kesehatan serta bayi-bayi yang lahir ditolong oleh dukun selama periode neonatal (0-30 hari) (Nolvian dan Retnoningsih, 2012).

#### 2.4.3 Pelayanan Poli KIA/KB

##### a. Kesehatan Ibu Anak – *Antenatal Neonatus Care* (ANC)

- 1) ANC pada ibu hamil normal dan ibu hamil resiko tinggi
- 2) Penatalaksanaan ibu hamil resiko tinggi
- 3) ANC pada ibu hamil normal dan ibu hamil resiko tinggi
- 4) Penatalaksanaan ibu hamil resiko tinggi
- 5) Nifas
- 6) Melaksanakan perawatan nifas normal
- 7) Penanganan perdarahan post partum
- 8) Penanganan infeksi nifas
- 9) Pre-eklamsi / eklamsi nifas
- 10) Melakukan rujukan kasus resiko tinggi ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi secara tepat, cepat, benar.

##### b. Kesehatan Ibu Anak – Keluarga Berencana (KB)

- 1) Konseling pranikah
- 2) Konseling metode KB
- 3) Pelayanan KB kondom, pil, injeksi, *implant*, IUD
- 4) Penatalaksanaan efek samping KB baik hormonal maupun non hormonal
- 5) Melakukan rujukan kasus KB ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi secara tepat, cepat dan benar (Nolvian dan Retnoningsih, 2012).

## **2.5 Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak**

Pelayanan kesehatan dikatakan berkualitas jika pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pasien dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai (Bustami, 2011). Seperti halnya puskesmas yang merupakan salah satu tempat pelayanan kesehatan yang dalam pelayanannya mempunyai standar pelayanan, yaitu standar struktur, standar proses, dan standar keluaran. Di dalam standar tersebut, untuk mengetahui kualitasnya terdapat 5 dimensi yang bisa diukur, yakni *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*.

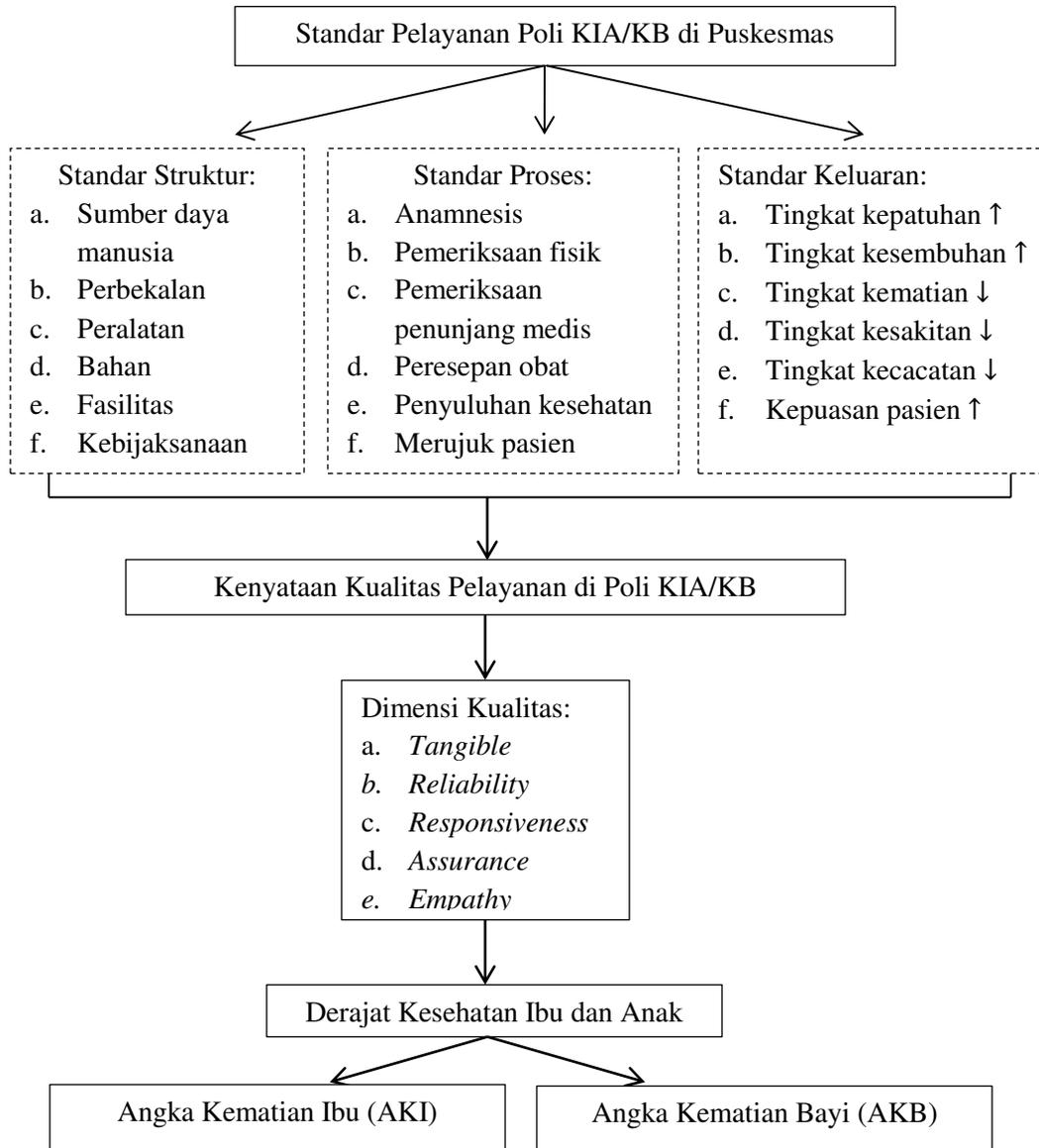
Sesuai fungsinya Puskesmas bisa dikatakan sebagai pusat pelayanan primer dan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan salah satunya yaitu pelayanan obstetri neonatal. Dari sisi pelayanan tersebut dapat diketahui seberapa besar kualitas sebuah Puskesmas dalam pelayanan obstetri neonatal dengan melihat derajat kesehatan ibu dan anak.

Penentuan derajat kesehatan ibu dan anak dengan melihat AKI dan AKB (WHO dalam Yarlina, 2013). Sampai saat ini AKI dan AKB di Indonesia masih tinggi dan masih jauh dari target MDGs 2015. Faktor utama yang melatarbelakangi tingginya angka AKI dan AKB adalah terbatasnya atau kurang maksimalnya pelayanan KIA, yaitu bisa dari terbatasnya kualitas tenaga kesehatan atau rendahnya kualitas dari sarana prasarananya (Efendi dan Makhfudli, 2009). Kenyataan ini menunjukkan perlu adanya upaya peningkatan pengetahuan, kemampuan (*skill*) petugas pelayanan kesehatan khususnya kebidanan, karena belum sesuai dengan arah kebijakan pelayanan kesehatan maternal yang menghendaki sarana kesehatan seharusnya memiliki petugas professional dan kualitas pelayanan yang berkualitas untuk menurunkan AKI dan AKB. Hal ini apabila peningkatan kualitas tidak diwujudkan beresiko terhadap semakin tingginya AKI dan AKB sehingga otomatis derajat kesehatan ibu dan anak akan menurun juga (Ditjen Bina Gizi dan KIA, 2013). Dengan demikian, strategi yang paling utama untuk meningkatkan derajat kesehatan

ibu dan anak adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan pemerataan pelayanan kesehatan (Hapsari dalam Hidayat, 2008).

## **2.6 Kerangka Konseptual**

Kerangka konseptual menjelaskan secara teoritis model konseptual variabel - variabel penelitian, tentang bagaimana pertautan teori-teori yang berhubungan dengan variabel - variabel penelitian yang ingin diteliti, yaitu variabel bebas dengan variabel terikat. Kerangka konseptual pada penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 2.2.



Keterangan:

□ : diteliti

□ : tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka konseptual

Puskesmas merupakan salah satu pelayanan kesehatan ibu dan anak yang dalam pelayanannya mempunyai standar pelayanan. Standar pelayanan mencakup tiga standar, yaitu standar struktur, proses, dan keluaran yang disetiap standar tersebut di dalamnya terdapat indikator-indikator yang harus terpenuhi, sehingga dengan adanya standar tersebut, bisa diketahui bagaimana kualitas pelayanan yang telah diberikan di Poli KIA/KB. Penentuan kualitas pelayanan di Poli KIA/KB dengan menilai lima dimensi, yaitu dimensi *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*. Seberapa besar kualitas pelayanan di Poli KIA/KB yang diberikan akan mempengaruhi derajat kesehatan ibu dan anak. Indikator dalam menentukan derajat kesehatan ibu dan anak yaitu dengan melihat AKI dan AKB di wilayah tersebut.

## 2.7 Hipotesis

Berdasarkan uraian di atas, maka hipotesis dari penelitian ini sebagai berikut:

1.  $H_0$  : tidak ada hubungan antara kualitas pelayanan Poli KIA/KB dengan derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Jember Kidul Kabupaten Jember.
2.  $H_a$  : ada hubungan antara kualitas pelayanan Poli KIA/KB dengan derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Jember Kidul Kabupaten Jember.

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan penelitian deskriptif analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian korelatif *cross sectional* adalah suatu bentuk studi observasional non eksperimental untuk menentukan hubungan variabel independen (kualitas pelayanan Poli KIA/KB di Puskesmas Kabupaten Jember) dengan variabel dependen (derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Kabupaten Jember) dengan melakukan pengukuran sesaat (Sugiyono, 2011).

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1 Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan di Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul dan di Poli KIA/KB Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember.

#### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan pada bulan November 2015.

### **3.3 Populasi dan Sampel**

#### **3.3.1 Populasi**

Populasi dalam penelitian merupakan wilayah yang ingin diteliti oleh peneliti. Menurut Sugiyono (2011), populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi yang digunakan pada penelitian ini yaitu pasien Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul dan Puskesmas Sukowono pada tahun 2015 (bulan Januari 2015 sampai Oktober 2015). Jumlah populasi diambil dari rata-rata perbulan jumlah pasien tahun

2015 yaitu di Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul sebanyak 355 pasien dan di Poli KIA/KB Puskesmas Sukowono sebanyak 178 pasien.

### 3.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang ingin diteliti oleh peneliti. Menurut Sugiyono (2011), sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah pasien ibu hamil, pasien yang memasang kontrasepsi, dan pasien yang berkonsultasi di Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul dan Puskesmas Sukowono yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

#### a. Besar Sampel

Penentuan besar sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rumus Slovin, sebagai berikut (Sugiyono, 2011):

$$n = \frac{N}{1 + N (e^2)}$$

Keterangan:

n = besar sampel

N = besar populasi

e = taraf kesalahan (*error*) sebesar 10% (0,10)

Sehingga perhitungan untuk jumlah sampel di Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul sebagai berikut.

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1 + N (e^2)} \\ &= \frac{355}{1 + 355 (0,01)} \\ &= \frac{355}{4,55} \\ &= 78,022 \end{aligned}$$

Berdasarkan rumus di atas, maka sampel yang diperoleh merupakan pembulatan dari 78,022 yaitu 78 orang. Akan tetapi dalam penelitian ini menggunakan responden sebanyak 80 orang untuk memudahkan peneliti dalam pengolahan data. Sedangkan perhitungan untuk jumlah sampel di Poli KIA/KB Puskesmas Sukowono sebagai berikut.

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1 + N (e^2)} \\
 &= \frac{178}{1 + 178 (0,01)} \\
 &= \frac{178}{2,78} \\
 &= 64,03
 \end{aligned}$$

Berdasarkan rumus di atas, maka sampel yang diperoleh merupakan pembulatan dari 64,03 yaitu 64 orang.

#### b. Teknik Pengambilan Sampel

Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan cara *non probability sampling* dengan metode *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* ialah setiap pasien yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro, 2014).

#### c. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini sebagai berikut.

- 1) Pasien ibu hamil, pasien yang memasang kontrasepsi, dan pasien yang berkonsultasi yang berumur  $\geq 20$  tahun di Poli KIA/KB Puskesmas Jember Kidul dan Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember.
- 2) Mampu untuk membaca, menulis, dan berkomunikasi bahasa Indonesia dengan baik.
- 3) Kondisi sehat dan kooperatif.

4) Bersedia menjadi responden dan mengikuti prosedur penelitian sampai tahap akhir.

d. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini sebagai berikut.

- 1) Pasien yang merupakan pegawai Puskesmas Jember Kidul dan Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember.
- 2) Pasien yang menderita sakit berat, gangguan berkomunikasi atau tidak kooperatif sehingga tidak dapat mengisi kuesioner penelitian sesuai prosedur.
- 3) Pasien yang tidak bersedia untuk mengisi kuisisioner yang telah disediakan sebagai tanda persetujuan sampel penelitian.

### **3.4 Variabel Penelitian**

Variabel dalam penelitian ini terdapat dua variabel, yaitu:

#### 3.4.1 Variabel Independen

Variabel independen pada penelitian ini adalah tingkat kualitas pelayanan Poli KIA/KB di Puskesmas Kabupaten Jember.

#### 3.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Kabupaten Jember.

### **3.5 Instrumen Penelitian**

#### 3.5.1 Rekam medis

Menurut PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis digunakan sebagai sumber data untuk mengetahui jumlah pasien yang berobat, jumlah kematian ibu, jumlah kematian bayi, dan jumlah kelahiran hidup bayi.

### 3.5.2 Kuesioner

Kuesioner yang dirancang dikenal dengan *Servqual* yang didasarkan pada skala multi item yang dirancang untuk mengukur harapan dan persepsi pengguna layanan Puskesmas serta gap diantara keduanya pada lima dimensi kualitas pelayanan. Kelima dimensi tersebut dijabarkan ke dalam 28 pertanyaan harapan dan 28 pertanyaan untuk persepsi yang dituangkan dalam bentuk skala *Likert*. Skala *Likert* tersebut dapat dilihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Skor tingkat harapan dan tingkat persepsi berdasarkan skala *Likert*

Skor	Kriteria	
	Tingkat harapan	Tingkat persepsi
1	sangat tidak penting	sangat tidak puas
2	tidak penting	tidak puas
3	netral/cukup penting	netral/cukup puas
4	penting	puas
5	sangat penting	sangat puas

Sumber: Tjiptono (2008)

## 3.6 Definisi Operasional Penelitian

### 3.6.1 Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas pelayanan kesehatan adalah suatu pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan, dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien atau konsumen ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat. Pengukuran variabel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 5 dimensi, yaitu: (Parasuraman *et al.*, dalam Bustami, 2011)

#### a. Kehandalan (*Reliability*)

Kehandalan berarti sejauh mana jasa mampu memberikan apa yang telah dijanjikan kepada pasiennya dengan memuaskan.

#### 1) Indikator:

- a) Keakuratan diagnosis dokter
- b) Kesungguhan dokter memeriksa pasien

- c) Ketepatan dokter dalam menulis resep
- d) Kediaan perawat membantu dokter
- e) Tercapainya pemenuhan pelayanan yang dijanjikan
- f) Pelayanan yang cepat dan tidak berbelit-belit
- g) Informasi tentang pelayanan kesehatan

2) Pengukuran:

Menggunakan skala *Likert*.

b. Daya tanggap (*Responsiveness*)

Daya tanggap yaitu keinginan tenaga medis atau karyawan membantu pasien dan memberikan pelayanan dengan tanggap.

1) Indikator:

- a) Kediaan dokter mendengarkan keluhan pasien
- b) Kediaan petugas memberi informasi yang dibutuhkan dengan baik
- c) Kediaan petugas memberi tahu bila ada keterlambatan pemeriksaan
- d) Kediaan petugas apotek memberi tahu lamanya proses pembelian obat

2) Pengukuran:

Menggunakan skala *Likert*.

c. Jaminan (*Assurance*)

Jaminan artinya tenaga medis atau karyawan memiliki kompetensi, kesopanan dan dapat dipercaya, bebas dari bahaya, bebas dari resiko, dan keragu-raguan.

1) Indikator:

- a) Kesabaran petugas menghadapi keluhan pasien
- b) Keramahan dokter terhadap pasien
- c) Kediaan petugas menampilkan senyum kepada pasien
- d) Kesabaran dokter dalam menjelaskan penyakit pasien
- e) Kediaan dokter memberi tahu alasan atau timbulnya penyakit pasien

2) Pengukuran:

Menggunakan skala *Likert*.

d. Empati (*Empathy*)

Dalam hal ini tenaga medis atau karyawan mampu menempatkan dirinya pada pasien, dapat berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatian terhadap para pelanggan, serta dapat memahami kebutuhan dari pelanggan.

1) Indikator:

- a) Kesiediaan dokter mengingat keluhan pasien sebelumnya
- b) Kesiediaan dokter menanyakan kabar pasien
- c) Kesiediaan dokter mendengarkan keluhan pasien
- d) Kesiediaan dokter mengenal setiap pasien
- e) Kesiediaan petugas pendaftaran menanyakan kabar pasien
- f) Kesiediaan petugas mengenal pasien dengan baik
- g) Kesiediaan petugas meminta maaf bila ada kesalahan

2) Pengukuran:

Menggunakan skala *Likert 5*.

e. Bukti fisik atau bukti langsung (*Tangible*)

*Tangible* berupa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan tenaga medis atau karyawan yang menyenangkan.

1) Indikator:

- a) Kondisi gedung yang bersih dan terawat serta kerapian petugas
- b) Peralatan kesehatan yang memadai
- c) Ketersediaan ruang tunggu yang memadai
- d) Kelengkapan jumlah obat di apotek
- e) Ketersediaan dan keamanan ruang pemeriksaan

2) Pengukuran:

Menggunakan skala *Likert*.

### 3.6.2 Derajat Kesehatan Ibu dan Anak

#### a. Derajat Kesehatan Ibu

Sebagai tolak ukur keberhasilan kesehatan ibu, maka salah satu indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan obstetrik dan ginekologi adalah dengan melihat AKI (Efendi dan Makhfudli, 2009). Menurut ICD 10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision*) (dalam Ditjen Bina Gizi dan KIA, 2013), kematian ibu adalah kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil atau dalam 42 hari setelah akhir kehamilannya, tanpa melihat usia dan letak kehamilannya, yang diakibatkan oleh sebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh insiden dan kecelakaan.

$$AKI = \frac{\text{Jumlah kematian ibu pada proses kehamilan, kelahiran, dan nifas}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

(Efendi dan Makhfudli, 2009).

#### b. Derajat Kesehatan Anak

AKB adalah angka kematian anak berumur kurang dari satu tahun. AKB merupakan indikator penting dalam menilai status kesehatan masyarakat yang meliputi keadaan tingkat ekonomi, sanitasi, gizi, pendidikan, dan fasilitas kesehatan yang terdapat di suatu Negara (Efendi dan Makhfudli, 2009).

$$AKB = \frac{\text{Jumlah kematian bayi < 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times 1.000$$

(Budiarto dan Anggraeni, 2003).

#### c. Pengukuran

Derajat kesehatan ibu dan anak diukur dengan menggunakan skala ordinal (tinggi, normal, rendah) dengan alat dan bahan penelitian mengumpulkan data Puskesmas. Kriteria derajat kesehatan ibu dan anak dapat dilihat pada Tabel 3.2 berikut ini.

Tabel 3.2 Kriteria derajat kesehatan ibu dan anak

No	Kategori		Kriteria derajat kesehatan
	AKI	AKB	
1	>102	>23	rendah
2	102	23	normal
3	<102	<23	tinggi

a. AKI menunjukkan kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup  
b. AKB menunjukkan kematian bayi per 1.000 kelahiran .hidup

### 3.7 Pengolahan Data

Pada penelitian ini dilakukan pengolahan data secara komputerisasi dengan langkah-langkah sebagai berikut.

#### 3.7.1 Pengecekan Data (*Editing*)

*Editing* yaitu melihat atau mengecek kuesioner-kuesioner yang sudah terisi, apakah isian kuesioner dapat dibaca, apakah semua pertanyaan telah dijawab, apakah ada ketidakserasian atau ketidakkonsistenan jawaban, apakah nomor sudah berurutan, dan berbagai kesalahan lainnya.

#### 3.7.2 Memberi Kode Data (*Coding*)

*Coding* adalah mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka. Kegunaan pengkodean adalah mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat memasukkan data ke komputer.

#### 3.7.3 Memasukkan Data ke Komputer (*Entering*)

*Entering* ialah mentransfer data ke program komputer tertentu agar data dapat disajikan dan dianalisis dengan baik.

### 3.7.4 Pembersihan Data (*Cleaning*)

Data yang sudah dimasukkan ke komputer harus diperiksa kembali dari kesalahan-kesalahan yang mungkin terjadi, sehingga data yang masuk ke program komputer tersebut betul-betul sudah tidak ada kesalahan lagi dan siap untuk dianalisis.

## 3.8 Analisis Data

Analisis data dilaksanakan melalui kegiatan: (1) mengelompokkan data sejenis dalam suatu tabel (tabulasi), (2) menganalisis data dengan melakukan perhitungan-perhitungan. Dalam menghitung skor *Servqual*, maka Berry, Parasuraman, dan Zeithaml mengembangkan rumus berikut ini: (Tjiptono, 2008)

$$\text{Skor } \textit{Servqual} = \text{Skor persepsi} - \text{Skor harapan}$$

Pada prinsipnya data yang diperoleh melalui instrument *Servqual* dapat digunakan untuk menghitung skor gap kualitas pelayanan pada level secara rinci:

- a. *Item by item analysis*, contoh: P1-H1, P2-H2, dst.
- b. *Dimensi by dimensionalisis*, contoh:  $(P1+P2+P3)/3 - (H1+H2+H3)/3$ .
- c. Perhitungan ukuran tunggal kualitas jasa / *Gap Servqual*, contoh:  $(P1+P2+\dots+P28)/28 - (H1+H2+\dots+H28)/28$ .

Dalam menentukan kualitas pelayanan kesehatan dari persepsi pasien menggunakan rumus sebagai berikut.

$$\text{Kualitas pelayanan} = \frac{\text{Total Skor Persepsi}}{\text{Total Skor Maksimal}} \times 100$$

Hasil skor diklasifikasikan berdasarkan tingkat kualitasnya yang dapat dilihat pada Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Penilaian tingkat kualitas pelayanan Poli KIA/KB

No	Persentase (%)	Kriteria
1	20 – 35,9	sangat kurang baik
2	36 – 51,9	kurang baik
3	52 – 67,9	cukup baik
4	68 – 83,9	baik
5	84 - 100	sangat baik

Alat analisis yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* dan uji korelasi *Spearman's Rho*. Uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* digunakan untuk mengetahui distribusi data normal atau tidak. Sedangkan uji *Spearman's Rho* adalah alat uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis asosiatif dua variabel bila datanya berskala ordinal yang bertujuan untuk melihat kuat lemahnya hubungan dan arah hubungan antara dua variabel tersebut yaitu variabel independen (tingkat kualitas pelayanan Poli KIA/KB) dan variabel dependen (derajat kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Kabupaten Jember).

### **3.9 Masalah Etika dan Uji Kelayakan Etik**

Penelitian ini sudah dilakukan uji kelayakan etik dan sudah disetujui oleh Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Etika dalam sebuah penelitian meliputi beberapa hal sebagai berikut.

#### **3.9.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Responden)**

*Informed Consent* merupakan bentuk persetujuan antara penelitian dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan dari *Informed Consent* adalah untuk menghormati harkat dan martabat manusia (Notoatmodjo, 2010).

#### **3.9.2 *Anonymity* (Tanpa Nama)**

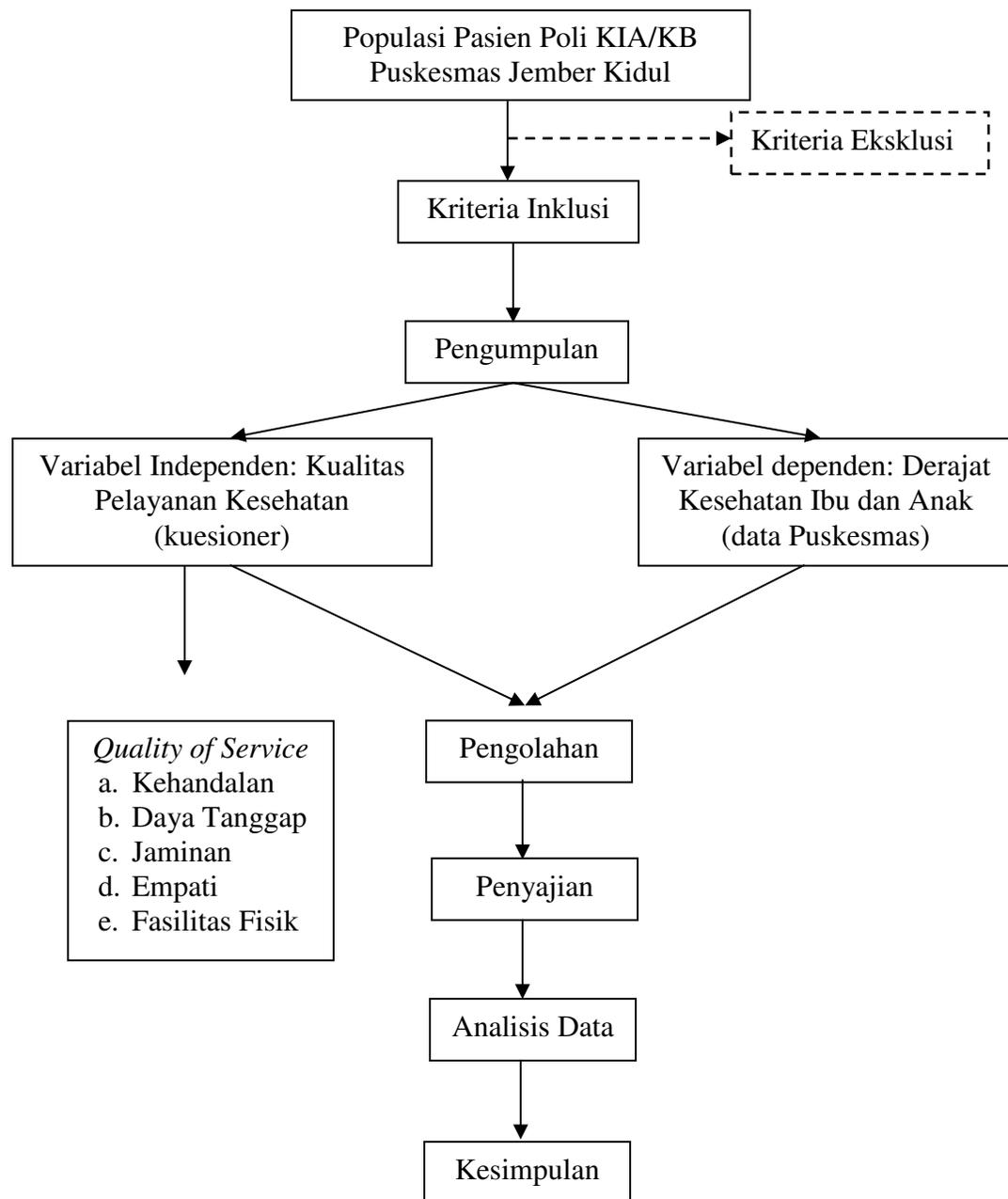
Memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan. Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh subjek. Lembar tersebut hanya diisi oleh nomor kode responden (Notoatmodjo, 2010).

### 3.9.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010).

### **3.10 Kerangka Kerja Penelitian**

Sebelum melakukan penelitian, harus ditentukan kerangka kerja penelitian yang jelas. Kerangka kerja penelitian dijelaskan pada Gambar 3.1 berikut ini.



Keterangan:

: diteliti

: tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka kerja penelitian