

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Mutu Pelayanan Kesehatan

2.1.1. Pengertian

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat (Sondakh, 2014:1). Mutu pelayanan hanya dapat diketahui apabila sebelumnya dilakukan penilaian, baik terhadap tingkat kesempurnaan, sifat, wujud, serta ciri-ciri pelayanan kesehatan ataupun kepatuhan terhadap standar pelayanan (Azwar, 2010:33). Jadi mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien, semakin tinggi tingkat kepuasan pasien maka makin baik pula mutu dari pelayanan kesehatan tersebut (Satrianegara, 2014:198).

2.1.2. Ukuran Mutu Pelayanan

Dalam pelayanan kesehatan terdapat dua elemen dasar mutu yaitu:

1. Layanan teknik (*technical care*) yang merupakan penerapan ilmu dan teknis bagi kedokteran atau ilmu kesehatan lainnya kedalam penanganan masalah kesehatan.
2. Layanan interpersonal (*interpersonal care*) yang merupakan manajemen interaksi sosial dan psikososial antara pasien dan petugas kesehatan

lainnya seperti dokter dan perawat, serta kenyamanan ruang seperti ruang tunggu, ruang periksa, dan lainnya (Satrianegara, 2014:203).

Dalam menyampaikan suatu jasa pelayanan dapat terjadi ketidaksesuaian antara pelayanan dengan harapan seorang pasien, kegagalan dalam penyampaian jasa sebagai berikut:

1. Kesenjangan antara harapan pelanggan dengan prinsip manajemen.
2. Kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi mutu jasa.
3. Kesenjangan antara spesifikasi mutu jasa dan penyampaian jasa.
4. Kesenjangan antara penyampaian jasa dan komunikasi eksternal.
5. Kesenjangan antara jasa yang dialami dan jasa yang diharapkan

(Satrianegara, 2014:204).

2.2. Dimensi Mutu Pelayanan Parasuraman

Salah satu pendekatan kualitas pelayanan yang dijadikan bahan acuan penilaian kualitas jasa adalah SERVQUAL (Service Quality) yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithmal, dan Berry (1990). Dasar dari model SERVQUAL adalah penilaian gap antara harapan pelanggan atas pelayanan nyata yang diterima dengan pelayanan yang sesungguhnya. Alur perjalanan model dengan penilaian gap ini melewati beberapa tahap. Terdapat lima gap hingga terbentuk konsep pelayanan nyata yang diterima dengan pelayanan yang sesungguhnya. Berikut adalah penjelasan tentang gap tersebut menurut (Parasuraman et al 1985 dalam Tjiptono 2014):

1. Gap 1. Harapan pelanggan dengan persepsi manajemen.

Penilaian gap 1 ini didasarkan pada alasan bahwa harapan pelanggan akan berpengaruh terhadap penilaian atau evaluasi pelanggan tentang kualitas pelayanan.

2. Gap 2. Persepsi manajemen tentang harapan pelanggan dengan tafsiran persepsi tersebut kedalam spesifikasi kualitas pelayanan.

Penilaian gap 2 ini didasarkan pada alasan bahwa persepsi manajemen tentang harapan pelanggan dan spesifikasi kualitas pelayanan akan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan dari sudut pandang pelanggan.

3. Gap 3. Spesifikasi kualitas pelayanan dengan pelayanan yang diberikan.

Penilaian gap 3 ini didasarkan pada alasan bahwa spesifikasi kualitas pelayanan akan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan menurut pelanggan.

4. Gap 4. Pelayanan yang diberikan dengan komunikasi pada pelanggan.

Penilaian gap 4 ini didasarkan pada alasan bahwa pelayanan yang diberikan akan berpengaruh terhadap tolak ukur kualitas pelayanan menurut pelanggan.

5. Gap 5. Pelayanan yang diharapkan dengan pelayanan yang diterima.

Penilaian gap 5 ini didasarkan pada alasan bahwa kualitas pelayanan yang dirasakan pelanggan merupakan sesuatu yang penting karena akan dibandingkan dengan harapannya.

Melalui serangkaian penelitian berbagai macam industri jasa, Parasuraman, Zeithmal, dan Berry (1985) berhasil mengidentifikasi sepuluh

pokok kualitas jasa yaitu reliability, responsivitas, kompetensi, akses, kesopanan, komunikasi, kredibilitas, keamanan, kemampuan memahami pelanggan, bukti fisik (Tjiptono, 2011:197). Namun pada tahun 1988 Parasuraman, Zeithmal, dan Berry menemukan adanya *overlapping* diantara dimensi diatas dan mereka menyederhanakan sepuluh dimensi tersebut menjadi lima dimensi pokok. Lima dimensi tersebut adalah *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *empathy* atau yang lebih dikenal dengan model SERVQUAL dengan 22 poin penilaian (Parasuraman *et al.*, 1998). Poin penilaian yang berjumlah 22 inilah yang sering dikenal dengan istilah SERVQUAL/*questionnaire* sebagai instrument untuk mengukur kualitas pelayanan.

Parasuraman *et al.*, sendiri menjelaskan didalam jurnalnya pada tahun 1994 bahwa kuesioner SERVQUAL telah digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan pada banyak sektor. Seperti penelitian pada dunia akuntansi (Bojanic, 1991), *department store* (Finn dan Lamb, 1991., Teas, 1993), perusahaan gas (Babakus dan Bollar, 1992), rumah sakit (Babakus dan Mangold, 1992), perbankan (Cronin dan Taylor 1992), serta pada perguruan tinggi (Boulding, Karla, Staelin, dan Zeithmal, 1993; Ford, dan Joseph 1993). Model SERVQUAL oleh Parasuraman *et al* telah beberapa kali diuji dan diterapkan dilingkungan kesehatan. Seperti yang dilakukan oleh Emin Babakus dan W. Glynn Mongold pada tahun 1992 menemukan bahwa skala pengukuran SERVQUAL merupakan suatu evaluasi yang empirik yang dapat digunakan dan sangat bermanfaat dalam pengukuran kualitas pelayanan di

rumah sakit. Begitu pula dengan temuan Dinesh Amjeriya dan Kumar Malviya pada tahun 2012 yaitu skala pengukuran SERVQUAL yang disusun oleh Parasuraman *et al.* efektif digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan di lingkungan kesehatan.

Dalam model penilaian mutu terdapat berbagai model dimensi mutu menurut para ahli sebagai berikut:

Table 2.1 Model Dimensi Mutu Menurut Ahli

Peneliti	Model	Dimensi
Grönroos, 1984	<i>Service Quality Model</i>	Kualitas teknis, kualitas fungsional, citra perusahaan.
Philip & Hazlett, 1997	<i>PCP model</i>	<i>Pivotal</i> (atribut utama), <i>core</i> (atribut inti), <i>peripheral</i> (atribut tambahan).
Parasuraman et al., 1985	<i>GAP Model</i>	Kehandalan, ketanggapan, kompeten, akses, kesopanan, komunikasi, kredibilitas, keamanan, pengertian, wujud fisik
Haywood-Farmer, 1988	<i>Service Quality Attributes</i>	Fasilitas fisik, proses dan prosedur, perilaku dan keramahan orang, pertimbangan professional.
Parasuraman et al., 1988	SERVQUAL	Reliabilitas, daya tanggap, jaminan, empati, bukti fisik.
Cronin & Taylor, 1992	SERVPERF	Sama dengan SERVQUAL tapi ditambah kinerja.
Dabholkar et al., 1996	RSQS	Aspek fisik, kehandalan, interaksi personal, pemecahan masalah, kebijakan.

Sumber : Yarimoglu 2014:89

2.2.1. *Tangibles* (Wujud Nyata)

Tangibles dapat diartikan sebagai bukti langsung. Menurut Parasuraman *et al.* (1998), *tangibles* adalah kemampuan penyedia pelayanan dalam menunjukkan eksistensinya pada pihak eksternal. *Tangibles* meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, karyawan, hingga alat komunikasi yang digunakan oleh sebuah layanan. Jumlah poin penilaian pada dimensi *tangibles* ada empat. Parasuraman *et al.* (1994) menyebutkan empat poin tersebut ialah:

1. Peralatan modern.
2. Fasilitas terlihat menarik.
3. Pekerja berpenampilan rapi dan professional.
4. Unsur pendukung pelayanan terlihat baik.

2.2.2. *Reliability* (Kehandalan)

Reliability dapat diartikan sebagai kehandalan. Menurut Parasuraman *et al.* (1988), *reliability* adalah kemampuan untuk melaksanakan dan memenuhi layanan yang telah dijanjikan secara akurat dan terpercaya. *Reliability* mencakup dua hal pokok, yaitu konsistensi kerja *performance* dan kemampuan untuk dipercaya *dependability*. Jumlah poin penilaian pada dimensi *reliability* ada lima. Parasuraman *et al.* (1994) menyebutkan lima poin tersebut ialah:

1. Memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan.
2. Pelayanan kepada pelanggan dapat di andalkan.

3. Memberikan pelayanan dengan segera.
4. Memberikan pelayanan sesuai dengan waktu yang telah dijanjikan.
5. Menjaga catatan bebas dari kesalahan.

2.2.3. Responsiveness (Daya Tanggap)

Responsiveness dapat diartikan sebagai daya tanggap. Menurut Parasuraman *et al.* (1998), *responsiveness* adalah kemampuan dan kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan layanan yang tepat. Jumlah poin penilaian pada dimensi *responsiveness* ada empat. Parasuraman *et al.* (1994) menyebutkan empat poin tersebut ialah:

1. Selalu memberikan informasi kepada pelanggan tentang kapan pelayanan siap diberikan.
2. Pelayanan terhadap pelanggan diberikan dengan tanggap.
3. Kemauan untuk membantu pelanggan.
4. Kesiapan untuk menanggapi permintaan pelanggan.

2.2.4. Assurance (Jaminan)

Assurance dapat diartikan sebagai jaminan. Menurut Parasuraman *et al.* (1998), *assurance* adalah kepercayaan diri untuk menumbuhkan keyakinan dan kepercayaan pelanggan. Jumlah poin penilaian pada dimensi *assurance* ada 4. Parasuraman *et al.* (1994) menyebutkan empat poin tersebut ialah:

1. Petugas dapat menanamkan kepercayaan dalam diri pelanggan.
2. Membuat pelanggan merasa aman saat melakukan transaksi.
3. Petugas selalu menunjukkan sikap sopan santun.

4. Pekerja memiliki penerahuan luas untuk menjawab pertanyaan pelanggan.

2.2.5. Empathy (Empati)

Menurut Parasuraman *et al.* *empathy* adalah perhatian yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pelanggan. Jumlah poin penilaian pada dimensi empathy ada lima. Parasuraman *et al.* (1994) menyebutkan lima poin tersebut ialah:

1. Memberikan perhatian secara individual kepada pelanggan.
2. Petugas melayani pelanggan dengan penuh perhatian.
3. Petugas mengutamakan kepentingan pelanggann dengan sepenuh hati.
4. Petugas memahami kebutuhan pelanggan.
5. Mempunyai jam kerja yang sesuai.

2.3 Persepsi

Manusia sebagai makhluk sosial selalu berinteraksi dan berkomunikasi dengan masyarakat di sekitarnya. Dalam interaksi dan komunikasi, ada hal yang dinamakan dengan persepsi. Secara etimologis persepsi atau dalam bahasa Inggris *perception* berasal dari bahasa latin yaitu *perception*, dari *percipere* yang artinya menerima atau mengambil (Alex Sobur dalam Pahriyah,dkk 2014: 4), menurut Kontjaraningrat (2011:99) berpendapat bahwa “persepsi adalah seluruh proses akal manusia yang sadar dalam menggambarkan tentang lingkungan sekitarnya”. Kemudian pengertian persepsi menurut Sarwono (2012:86) “persepsi adalah kemampuan untuk membedakan, mengelompokan, memfokuskan suatu objek yang ada di lingkungan

sekitarnya”. Sedangkan menurut Jalaluddin Rahmat dalam Pratama, dkk (2014: 3) menyatakan bahwa persepsi adalah merupakan suatu proses yang dimulai dari penglihatan hingga terbentuk tanggapan yang terjadi dalam diri individu sehingga individu sadar akan segala sesuatu dalam lingkungannya melalui indera-indera yang dimilikinya.

Proses menginterpretasikan stimulus ini biasanya dipengaruhi pula oleh pengalaman dan proses belajar individu. Persepsi dapat dikatakan sebagai suatu pengalaman objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan. Berdasarkan beberapa pendapat di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa persepsi adalah seluruh proses akal manusia mengenai suatu cara pandang dan pemahaman seseorang mengenai suatu objek yang ada di sekitar lingkungannya melalui pengamatan, pengetahuan dan pengalamannya.

2.3.1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Menurut Gibson, dkk dalam Rahmatullah (2014:11-13) ada 2 faktor yang mempengaruhi persepsi, faktor tersebut adalah sebagai berikut:

1. Faktor internal yang mempengaruhi persepsi, yaitu faktor-faktor yang terdapat dalam diri individu, yang mencakup beberapa hal antara lain:

- a. Fisiologis

Informasi masuk melalui alat indera, selanjutnya informasi yang diperoleh ini akan mempengaruhi dan melengkapi usaha untuk memberikan arti terhadap lingkungan sekitarnya. Kapasitas indera

untuk mempersepsi pada tiap orang berbeda-beda sehingga interpretasi terhadap lingkungan juga dapat berbeda.

b. Usia

Usia sering kali menunjukkan kondisi kesehatan seseorang dan mempengaruhi kebutuhan akses layanan kesehatan. Usia juga dapat mempengaruhi persepsi seseorang, termasuk persepsi terhadap pelayanan kesehatan (Finuncane *et al.*, 2000, Palmer 2003 dalam Adawiyah 2015).

c. Perhatian

Individu memerlukan sejumlah energi yang dikeluarkan untuk memperhatikan atau memfokuskan pada bentuk fisik dan fasilitas mental yang ada pada suatu obyek. Energi tiap orang berbeda-beda sehingga perhatian seseorang terhadap obyek juga berbeda dan hal ini akan mempengaruhi persepsi terhadap suatu obyek.

d. Pendidikan

Pendidikan tinggi mengajarkan orang untuk berpikir lebih logis dan rasional, dapat melihat sebuah isu dari berbagai sisi sehingga dapat lebih melakukan analisis dan memecahkan suatu masalah. Selain itu, pendidikan tinggi memperbaiki keterampilan kognitif yang diperlukan untuk dapat terus belajar di luar sekolah (Laflamme L, 2004 dalam Pradono 2013).

e. Minat

Persepsi terhadap suatu obyek bervariasi tergantung pada seberapa banyak energi atau *perceptual vigilance* yang digerakkan untuk mempersepsi. *Perceptual vigilance* merupakan kecenderungan seseorang untuk memperhatikan tipe tertentu dari stimulus atau dapat dikatakan sebagai minat.

f. Pengalaman dan Ingatan

Pengalaman dapat dikatakan tergantung pada ingatan dalam arti sejauh mana seseorang dapat mengingat kejadian-kejadian lampau untuk mengetahui suatu rangsang dalam pengertian luas.

g. Suasana Hati

Keadaan emosi mempengaruhi perilaku seseorang, mood ini menunjukkan bagaimana perasaan seseorang pada waktu yang dapat mempengaruhi bagaimana seseorang dalam menerima, bereaksi dan mengingat.

2. Faktor Eksternal yang mempengaruhi persepsi, merupakan karakteristik dari lingkungan dan obyek-obyek yang terlibat didalamnya. Elemen-elemen tersebut dapat mengubah sudut pandang seseorang terhadap dunia sekitarnya dan mempengaruhi bagaimana seseorang merasakannya atau menerimanya. Sementara itu faktor-faktor eksternal yang mempengaruhi persepsi adalah

a. Ukuran dan Penempatan dari Obyek atau Stimulus

Faktor ini menyatakan bahwa semakin besarnya hubungan suatu obyek, maka semakin mudah untuk dipahami. Bentuk ini akan mempengaruhi persepsi individu dan dengan melihat bentuk ukuran suatu obyek individu akan mudah untuk perhatian pada gilirannya membentuk persepsi.

b. Warna dari Obyek-obyek

Obyek-obyek yang mempunyai cahaya lebih banyak, akan lebih mudah dipahami (*to be perceived*) dibandingkan dengan yang sedikit.

c. Keunikan dan kekontrasan stimulus

Stimulus luar yang penampilannya dengan latarbelakang dan sekelilingnya yang sama sekali di luar dugaan individu yang lain akan banyak menarik perhatian.

d. Intensitas dan kekuatan dari stimulus

Stimulus dari luar akan memberi makna lebih bila lebih sering diperhatikan dibandingkan dengan yang hanya sekali dilihat. Kekuatan dari stimulus merupakan daya dari suatu obyek yang bisa mempengaruhi persepsi.

e. Motion atau gerakan

Individu akan banyak memberikan perhatian terhadap obyek yang memberikan gerakan dalam jangkauan pandangan dibandingkan obyek yang diam.

2.4 Puskesmas

Puskemas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan atau kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten atau kota yang merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan (Maditomo, 2013:18). Fungsi pokok dari penyelenggaraan puskesmas yaitu:

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Pusat pemberdayaan masyarakat.
3. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama, yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primer*) secara menyeluruh dan (*kontinu*).
4. Pelayanan kesehatan perorangan.
5. Pelayanan kesehatan masyarakat (Mubarak, 2014:183).

Dalam Puskesmas terdapat upaya kesehatan wajib dan pengembangan. upaya kesehatan wajib adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional, dan global serta mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat, upaya kesehatan wajib harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di seluruh Indonesia. Sedangkan upaya kesehatan pengembangan adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditetapkan sesuai dengan kemampuan Puskesmas. Dalam upaya kesehatan wajib Puskesmas terdapat 6 upaya yaitu:

1. Upaya Promosi Kesehatan.
2. Upaya Kesehatan Lingkungan.
3. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana.
4. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat.
5. Upaya Pencegahan Pemberantasan Penyakit Menular.
6. Upaya Pengobatan (Kepmenkes RI No.128 Tahun 2004).

2.5 Antenatal Care (ANC)

2.5.1 Pelayanan Antenatal Care (ANC)

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan *antenatal* komprehensif dan berkualitas yang di berikan kepada semua ibu hamil, untuk meningkatkan status kesehatan ibu yang pada akhirnya akan memberikan kontribusi terhadap penurunan angka kematian ibu (Kemenkes RI 2010:6).

Di dalam pelayanan ANC tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi secara dini masalah penyakit yang dialami ibu hamil, sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan secara normal, pelayanan ANC dan berkualitas secara keseluruhan meliputi:

1. Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat.
2. Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit, atau komplikasi kehamilan.
3. Menyiapkan persalinan yang bersih dan normal.

4. Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit atau komplikasi.
5. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan yang cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
6. Melibatkan ibu dan keluarganya terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit atau komplikasi (Kemenkes RI, 2010:6).

Resiko gangguan atau komplikasi selama kehamilan dapat membahayakan bagi ibu hamil dan janinnya di setiap trimesternya dijabarkan sebagai berikut:

1. Kehamilan trimester 1

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu hamil pada trimester pertama antara lain faktor telur yang kurang baik, *spermatozoa* yang kurang sempurna, ketidaksuburan pada rahim yang disebabkan karena kekurangan gizi, dan penyakit sistemik dari ibu hamil seperti hipertensi dan gangguan hormon.

2. Kehamilan trimester 2

Komplikasi yang terjadi pada ibu hamil di trimester kedua ini sama dengan komplikasi yang mungkin terjadi pada trimester pertama dan kemungkinan terjadi keguguran maupun kehamilan *ektopik* (kehamilan diluar kandungan).

3. Kehamilan trimester 3

Trimester ketiga merupakan persiapan ibu untuk melahirkan, komplikasi yang bisa terjadi pada ibu hamil di trimester ketiga antara lain persalinan *prematunitas*, kehamilan ganda (kembar) karena ibu yang hamil kembar membutuhkan asupan gizi yang lebih banyak dan resiko Bayi Berat Lahir Ringan (BBLR) semakin meningkat, kehamilan dengan pecah ketuban dini, kehamilan dengan kematian janin di dalam rahim, kehamilan lewat waktu persalinan (*serotinus*), dan kehamilan dengan *preeklamsia* dan *eklamsia* (Hutahaen, 2013:148).

2.5.2 Kunjungan pelayanan ANC

Pelayanan kesehatan masa kehamilan atau dalam pelayanan *antenatal care* (ANC) sekurang-kurangnya adalah 4 kali, pelayanan dilakukan oleh petugas kesehatan yang memiliki kompetensi dan wewenang, dan segala bentuk pelayanan yang dilakukan ibu hamil dalam pelayanan ANC dicatat dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (Permenkes No.97 Tahun 2014). Pelayanan ANC bisa dilakukan lebih dari empat kali, bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya (Standar Kunjungan minimal ANC) dapat dilihat sebagai berikut:

Table 2.2 Standar Kunjungan Antenatal Care

Trimester	Banyaknya kunjungan	Usia kehamilan
Trimester 1	1x	14 minggu
Trimester 2	1x	14-28 minggu
Trimester 3	2x	28-36 minggu

Sumber: Kemenkes RI (2015: 55)

1. Kunjungan Pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan layanan dan komprehensif sesuai dengan standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya minggu ke-8 dalam masa kehamilan (Kemenkes RI, 2010:4). Informasi yang akan diberikan kepada ibu hamil di kunjungan pertama adalah:

- a. Kegiatan yang dapat dilakukan ibu hamil dalam batas normal.
- b. Kebersihan pribadi khususnya pada daerah genital harus lebih dijaga karena kehamilan terjadi peningkatan sekret vagina.
- c. Pemilihan makanan yang bergizi.
- d. Pemakaian obat yang harus dikonsultasikan terlebih dahulu kepada dokter atau tenaga medis.
- e. Bagi ibu perokok atau mengonsumsi alkohol harus menghentikan kebiasaannya.
- f. Pengertian kepada suami tentang keadaan istri yang sedang hamil (Hutahaen, 2013:71).

2. Kunjungan Keempat (K4)

K4 adalah kontak ke-4 atau lebih dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi untuk mendapatkan layanan dan komprehensif sesuai dengan standar. Kunjungan Antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan atau jika ibu hamil memiliki keluhan, penyakit atau

gangguan kehamilan, kunjungan ini termasuk dalam K4 (Kemenkes RI, 2010).

2.5.3 Pemeriksaan dalam Pelayanan *Antenatal Care* (ANC)

Pelayanan ANC dilakukan tindakan pemeriksaan dengan standar minimal pelayanan *Antenatal* "7T" yang terdiri dari timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT (*Tetanus Toksoid*) lengkap, pemberian tablet zat besi, tes terhadap penyakit menular, dan temu wicara atau konseling (Departemen Kesehatan RI, 2007:10). Kini standar pelayanan minimal ANC tersebut diperbaharui menjadi pedoman pelayanan *Antenatal*.

Dalam melakukan pemeriksaan *antenatal*, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar yang telah ditetapkan oleh Kemenkes RI tahun 2010 dipedoman pelayanan ANC tepadu terdiri dari:

1. Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

2. Ukur lingkaran lengan atas (LiLA).

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis

disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

3. Ukur tekanan darah.

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

4. Ukur tinggi fundus uteri

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

5. Hitung denyut jantung janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan *antenatal*. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Tentukan presentasi janin;

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan *antenatal*. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III

bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

7. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

8. Beri tablet tambah darah (tablet besi),

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

9. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat *antenatal* meliputi:

a. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut

menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

c. Pemeriksaan protein dalam urin

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

d. Pemeriksaan kadar gula darah.

Ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga).

e. Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.

f. Pemeriksaan tes sifilis

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

g. Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

h. Pemeriksaan BTA

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

10. Tatalaksana/penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan *antenatal* di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

11. KIE Efektif

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan *antenatal* yang meliputi:

a. Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar

beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

b. Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olahraga ringan.

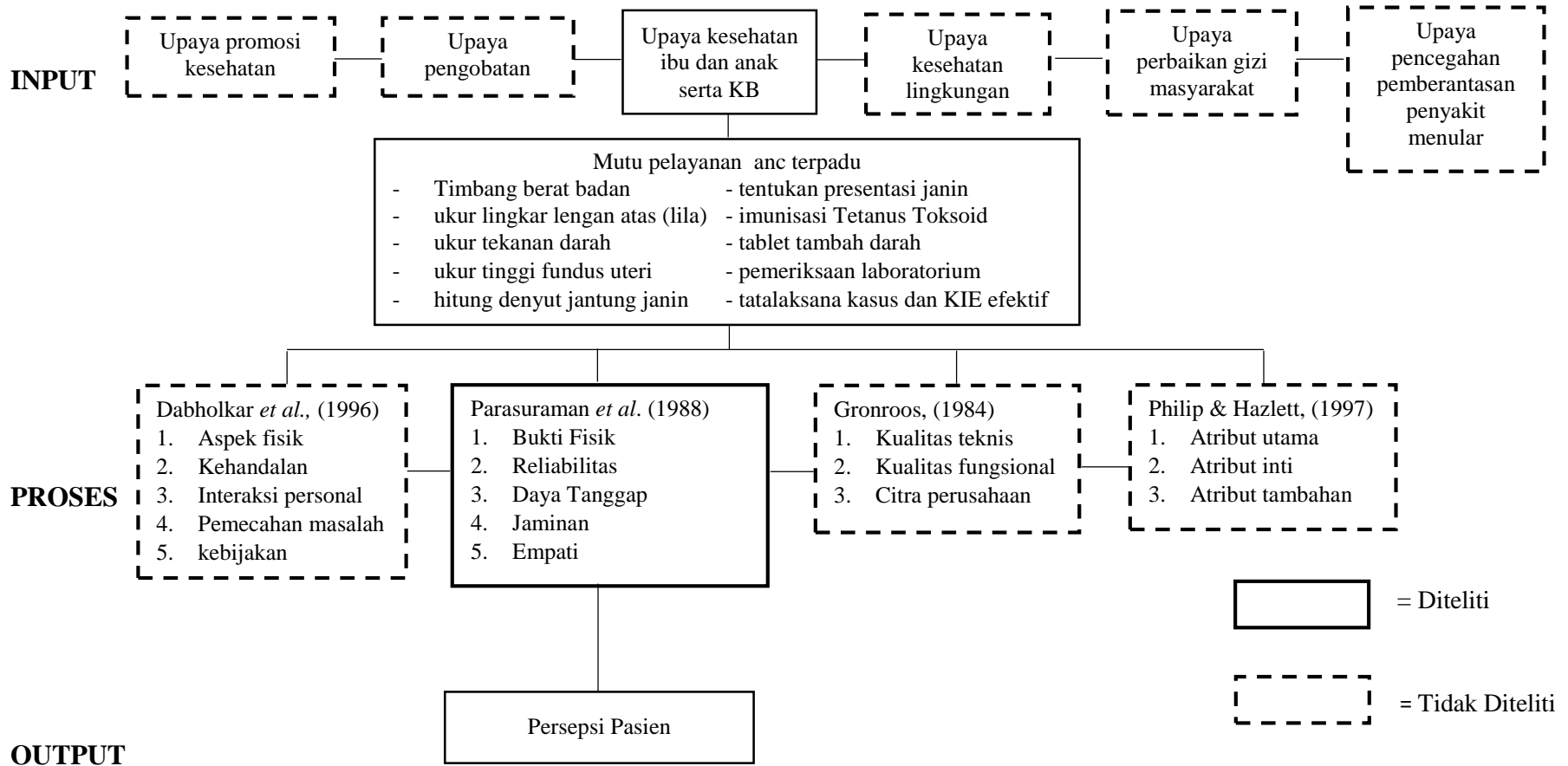
c. Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb. Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian Analisis Persepsi Pasien Terhadap Mutu Layanan ANC Terpadu di Puskesmas Bareng