

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Program EMAS (Expanding Maternal Neonatal And Survival)

Indonesia sebagai negara berkembang mempunyai kewajiban untuk melaksanakan hasil deklarasi MDGs (*Millenium Developmnet Goals*) yang telah disepakati oleh 193 negara anggota PBB pada bulan September tahun 2000 di New York. Tujuan dan sasaran dari MDGs sesuai dengan tujuan dan sasaran pembangunan di Indonesia dengan demikian Indonesia menyepakati Deklarasi MDGs (Wibowo, 2014)

Faktor yang memperburuk angka kematian ibu dan bayi yaitu : a) anemia gizi besi sebesar 40,1% pada kehamilan, b) perempuan yang berusia subur yang kekurangan energi kronik sebesar 19,7 %, c) kekurangan zat gizi mikro seperti Vitamin A dan yodium, d) malaria dan TBC, HIV/AIDS (Wibowo dan Tim, 2014). Program EMAS adalah suatu program untuk menurunkan AKI dan AKB dimana Pemerintah Amerika memberikan bantuan teknis pada Indonesia melalui pendanaan USAID dengan Kementrian Kesehatan RI selama tahun 2012-2016. Sesuai dengan kebijakan pemerintah tentang penurunan AKI dan AKB dengan meningkatkan pelayanan kesehatan pada maternal dan neonatal (Alamsyah, 2012).

Program EMAS memberikan dukungan terhadap pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten dalam berjejaring dengan asosiasi rumah sakit, organisasi profesi, organisasi masyarakat sipil, sektor swasta, fasilitas kesehatan publik dan swasta. Jejaring Program EMAS ialah *Save the Children*, JHPIEGO, Muhammadiyah-Aisyiyah, RTI dan Perkumpulan Budi Kemuliaan (USAID, 2012). Pelaksanaan Program EMAS dilaksanakan di 6 provinsi dan 30 kabupaten yaitu:

- a. Sumatera Utara daerah intervensinya adalah Kabupaten Deli Serdang. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kota Medan, Kota Tebing Tinggi, Kabupaten Langkat, Kabupaten Karo, Kota Pematang Siantar, Kabupaten Serdang Bedagai, Kab Simalungun, dan Kota Binjai
- b. Banten daerah intervensinya adalah Kabupaten Serang. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kabupaten Tangerang, Kabupaten Lebak, Kabupaten Pendeglang, dan Kota Cilegon
- c. Jawa Barat daerah intervensinya adalah Kabupaten Bandung. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kabupaten Garut, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Subang, Kabupaten Purwakarta, Kabupaten Cianjur, Kota Bandung, Kota Cimahi, Kabupaten Bandung Barat. Daerah intervensi lain di Jawa Barat adalah Kabupaten Cirebon. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kota Cirebon,

Kabupaten Indramayu, Kabupaten Majalengka, Kabupaten Kuningan

- d. Jawa Tengah daerah intervensinya adalah Kabupaten Tegal. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kota Tegal, Kabupaten Brebes, Kabupaten Pemasang, Kabupaten Pekalongan, dan Kota Pekalongan. Daerah intervensi lain di Jawa tengah adalah Kabupaten Banyumas. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kabupaten Kebumen, Kabupaten Cilacap, Kabupaten Purbalingga, dan Kabupaten Banjarnegara
- e. Jawa Timur daerah intervensinya adalah Kabupaten Malang. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kota Malang, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Pasuruan, Kota Batu, dan Kabupaten Blitar
- f. Sulawesi Selatan. Daerah intervensinya adalah Kabupaten Pinrang. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kabupaten Tana Toraja, Kabupaten Enrekang, Sidenreng Rappang, dan Kota Pare-Pare.

2. Tujuan Progam EMAS

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan Program PONEK dan PONEK.

- 1) Memastikan intervensi medis yang di prioritaskan dimana akan memiliki dampak yang besar dalam penurunan AKI dan AKN yang diaplikasikan di Puskesmas dan rumah sakit.
 - 2) Menggunakan suatu pendekatan *clinical governance* (tata kelola klinis) yang dilakukan di Puskesmas dan rumah sakit.
- b. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas system rujukan antara puskesmas dan rumah sakit.
- 1) Penguatan sistem rujukan.
 - 2) Menaikan peranan setiap masyarakat dalam menjamin kualitas tenaga kesehatan, pemerintah daerah pada dinas kesehatan, dan fasilitas kesehatan.
 - 3) Meningkatkan akses masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan sehingga segala kedaruratan dapat tentangani dengan cepat.

3. Kesehatan Ibu dan Bayi

Program KIA adalah suatu program kesehatan untuk ibu dan bayi sebagai layanan kesehatan yang khusus dalam menjaga dan memelihara kesehatan ibu hamil, bersalin, ibu menyusui, kesehatan bayi dan anak pra sekolah. Prinsip dalam pengolahan Program KIA ialah untuk meningkatkan mutu pelayanan tersebut secara efektif dan efisien. Tujuan dari pelaksanaan Program KIA untuk mencapai

kehidupan masyarakat yang sehat melalui peningkatan pada kesehatan ibu dan bayi agar terbentuk Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS). Selain itu Program KIA dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam memelihara kesehatan ibu dan bayi. Manfaat dari program KIA yaitu:

- a. Meningkatkan kemampuan dan pengetahuan ibu ketika mengatasi masalah kesehatan keluarga dan dirinya dengan suatu teknologi yang telah disesuaikan.
- b. Meningkatkan kemampuan dan pengetahuan ibu ketika membimbing balita dan anak prasekolah didalam lingkungan keluarga yang mencakup kebutuhan pertumbuhan gizi, kesehatan pada anak.
- c. Meningkatkan kualitas mutu pelayanan dan jangkauan kesehatan untuk anak balita, bayi, anak prasekolah, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu menyusui.
- d. Meningkatnya peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggota ketika mengatasi masalah yang berkenaan dengan kesehatan bayi anak prasekolah, balita, dan bayi.

4. Kematian Ibu dan Bayi

Maternal Mortality, Maternal Death, Obstetric Death (kematian ibu) adalah kematian yang terjadi ketika wanita sedang hamil atau 42

hari sejak dilakukan terminasi kehamilan yang tidak melihat lokasi kehamilannya ataupun lama kehamilan, karena disebabkan dengan pengelolaan kehamilan dan saat proses kehamilan, tetapi bukan dikarenakan kecelakaan (WHO, 2008). Faktor berpengaruh terhadap kematian ibu yaitu:

- a. Penyebab medis langsung dari kematian ibu yaitu komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas seperti perdarahan, infeksi, persalinan macet, abortus dan pre eklampsia/eklampsia.
- b. Penyebab medis tidak langsung kematian ibu adalah yang memperberat keadaan seperti penyakit malaria, HIV/AIDS, penyakit kardio-vaskuler dan anemia.
- c. Perilaku dalam kesehatan reproduksi yaitu jarak kelahiran, usia menikah, ketidakinginan kehamilan dan paritas.
- d. Kematian yang disebabkan oleh sosial ekonomi dan faktor budaya kemiskinan, kepercayaan, pengabaian, gizi, dominasi orangtua dalam pengambilan keputusan.
- e. Akses pelayanan kesehatan yang jauh dari ketersediaan peralatan, obat-obatan dan petugas kesehatan. Sebagian besar mengalami kematian saat menuju pelayanan kesehatan dan pada masa post partum.

Infrant Mortality Rate (angka kematian bayi) adalah salah satu indikator pada saat menentukan tingkat kesehatan masyarakat karena dapat menggambarkan kondisi kesehatan. Angka tersebut sangat menentukan perubahan kondisi kesehatan dan kesejahteraan. Pengambilan angka kematian ditentukan dari setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia 1 tahun (Kemenkes RI, 2013). Pelayanan kesehatan bayi mulai pada usia 29 hari sampai dengan 11 bulan dengan pelayanan kesehatan yang disesuaikan standar oleh tenaga kesehatan (bidan, perawat atau dokter) yang memiliki kompetensi klinis kesehatan minimal 4 kali yaitu pada usia 29 hari – 2 bulan, 3-5 bulan, 6-8 bulan dan 9-12 bulan di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu (Kemenkes RI, 2013).

5. Kinerja Petugas Kesehatan (Dokter, Bidan dan Perawat)

Menurut Moehariono (2009) kinerja adalah *outcome* yang dihasilkan berdasarkan kegiatan atau fungsi pekerjaan selama satu periode tertentu. Kinerja menurut Wirawan (2009) merupakan suatu hasil dari tingkat ketercapaian pelaksanaan suatu program kerja dalam mewujudkan tujuan, sasaran, misi dan visi suatu organisasi yang dituangkan pada perencanaan yang strategis. Kinerja adalah suatu hasil yang berasal dari suatu kegiatan tertentu yang memiliki tujuan organisasi. Oleh sebab itu kinerja sangatlah penting untuk menjadi

suatu indikator baik dan buruknya seseorang dalam melakukan pekerjaan.

Moeheriono (2006) menyatakan suatu penilaian kinerja memiliki dua proses teknik penilaian yaitu secara objektif dan subjektif. Penilaian objektif didasari oleh data otentik, seperti terkait dengan perilaku kerja, produksi maupun kepribadian seseorang. Sedangkan penilaian subjektif dilihat dari *judgement* dari penilai. Moeheriono (2011) menyatakan bahwa pengukuran suatu kinerja dapat dilihat dari berbagai hal yaitu kualitas kerja, kuantitas kerja, ketepatan waktu, sikap dan efektifitas.

a. Indikator kinerja

Indikator kinerja atau *performans* digunakan untuk kegiatan yang dapat ditetapkan dalam data kuantitatif atas dasar pengamatan. *Performans* menggunakan sudut pandang prospektif dari restropektif yang menunjukkan bahwa suatu kinerja sangat penting untuk dilakukan observasi (Wibowo, 2011).

b. Instrumen penilainya kinerja di rumah sakit

Instrumen penilaian kinerja maternal, yaitu :

Instrumen 1: Respon Emergensi Obstetri di Rumah Sakit

Instrumen 2: Manajemen Aktif Kala III untuk Mencegah Perdarahan Postpartum di Rumah Sakit.

Instrumen 3: Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum di Rumah Sakit.

Instrumen 4: Penatalaksanaan Preeklamsi Berat/Eklamsia di Rumah Sakit

Instrumen 5: Penatalaksanaan Sepsis Maternal dan Infeksi Berat di Rumah Sakit

Instrumen 6: Persalinan Macet di Rumah Sakit

Instrumen penilaian kinerja neonatal, yaitu :

Instrumen 1 : Respon Emergensi Neonatal di Rumah Sakit

Instrumen 2 : Resisuatasi Neonatal di Rumah Sakit

Instrumen 3 : Penatalaksanaan Neonatal Sepsis di Rumah Sakit

Instrumen 4 : Pemberian Steroid Antenatal untuk Mencegah Komplikasi Prematur di Rumah Sakit

Instrumen 5 : Inisiasi Menyusui Dini dan ASI Eksklusif di Rumah Sakit

Instrumen 6 : Perawatan Metode Kaguru (PMK) di Rumah Sakit

Instrumen 7 : Pencegahan Infeksi di Rumah Sakit

Instrumen 8 : Tata Kelola Klinik di Rumah Sakit

B. Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian tentang kinerja telah dilakukan sebelumnya antara lain:

1. Rukni. 2015. Penelitian yang berjudul “*Faktor-faktor yang mempengaruhi petugas kesehatan dalam program EMAS di RSUP Haji Adam Malik Medan*”. Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FIKM Universitas Sumatera Utara.
2. Sholikhah, Umi *et.al.* 2015. Penelitian berjudul “*Gambaran Penurunan Angka Kematian Anak Dalam Pelaksanaan Program Emas*”. FIKES Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
3. Mulyono Notosiswoyo dan Susy Suswaty. 2014. *Pengaruh Pengalaman Kerja Terhadap Kinerja Bidan Dalam Merawat Ibu Hamil Dan Ibu Nifas, Menolong Persalinan, Merawat Bayi Baru Lahir Dan Membina Dukun Bayi*. Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat Badan Litbangkes, Kemenkes RI, Dosen pada Poltekes Jakarta II Kemenkes RI
4. Agustina Ponasti Dewi. 2014. *Analisis Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kinerja Bidan Desa Pada Pelayanan Antenatal Dalam Progam Jaminan Kesehatan Daerah Di Kabupaten Kapuas, Kalimantan Tengah*. Magister Sains Manajemen PPs UNPAR.

C. Landasan Teori

Menurut Mangkunegaran (2008), kinerja adalah suatu pencapaian prestasi atau kemampuan dalam melaksanakan tugas sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepada individu sesuai standar kerja yang ditetapkan untuk mencapai tujuan suatu organisasi. Campbell (1990, dalam Jex 2002) mendefinisikan kinerja sebagai perilaku yang diharapkan oleh organisasi dalam mencapai sasaran. Menurut Kaluzny (1982) kinerja perawat sendiri memiliki lima komponen yang terdiri dari produktifitas, efisiensi, inovasi, kepuasan kerja dan kelangsungan hidup. Produktivitas adalah segala hal yang terkait dengan kuantiti dan kuantitas pelayanan yang disediakan. Efisiensi adalah rasio antara alokasi sumber daya dalam penyelesaian tugas yang diberikan dengan total tugas yang diberikan. Inovasi adalah kemampuan untuk beradaptasi dalam melakukan perubahan yang dapat mempengaruhi baik secara internal maupun eksternal. Kepuasan kerja adalah tingkat kemampuan seseorang dalam bertindak positif terhadap semua kegiatan yang diberikan organisasi dan keberlangsungan hidup adalah kemampuan untuk berfungsi dan menegaskan persepsi jangka panjang.

Ada banyak faktor yang mempengaruhi seorang petugas dalam memberikan asuhan atau pelayananyang sesuai dengan profesinya. Menurut Gibson (2008). Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu

variabel individu, psikologi dan organisasi. Faktor yang pertama adalah individu terdiri dari keterampilan, demografis dan latar belakang. Faktor yang kedua adalah psikologi yang terdiri dari sikap, persepsi, kepribadian, kepuasan kerja, stress kerja dan motivasi. Kemudian yang ketiga ialah faktor organisasi yang terdiri dari kompensasi, kepemimpinan, sarana prasarana, konflik, kekuasaan, struktur organisasi, karir dan desain organisasi.

Keterampilan merupakan suatu kompetensi yang erat kaitannya dengan tugas untuk tujuan, visi dan misi kelompok tertentu. Kemampuan ialah suatu trait (dipelajari atau bawaan) dimana seseorang dapat melakukan sesuatu berupa mental ataupun fisik. Kinerja dan perilaku seseorang sangat dipengaruhi adanya keterampilan dan kemampuan seseorang (Gibson, 2008).

Faktor psikologi dari persepsi adalah suatu proses kognitif individu dalam mengatur, menyimpan, memilih dan menginterpretasikan rangsangan menjadikan sesuatu gambaran yang berarti dan utuh. Rangsangan yang diberikan setiap individu memiliki cara pandang yang berbeda dalam setiap hal. Sikap adalah perasaan positif atau negatif yang telah dipelajari dan diatur melalui pengalaman yang berpengaruh pada respon seseorang pada orang, keadaan dan obyek-obyek tertentu. Kepribadian adalah kumpulan karekteristik dan kecenderungan dalam

menentukan perbedaan serta sifat umum dalam perilaku yang dimiliki seseorang. Keturunan, faktor sosial dan budaya sangatlah mempengaruhi kepribadian seseorang. Meskipun kepribadian seseorang tidak mempengaruhi perilaku seseorang, akan tetapi sangatlah mempengaruhi sikap, persepsi dan motivasi (Gibson, 2008).

Faktor yang mempengaruhi kinerja pada variabel psikologi pada item motivasi adalah suatu gambaran dorongan yang timbul pada seseorang kemudian mengarahkan dan menggerakkan perilaku yang berasal dari konsep. Konsep ini bertujuan untuk menunjukkan perbedaan suatu intensitas perilaku dan suatu arah tindakan. Menurut Gibson (2008), kepuasan kerja merupakan suatu hasil dari persepsi terhadap pekerjaan yang didasari pada lingkungan kerja sehingga terciptalah suatu sikap positif atau negatif mengenai pekerjaan. Stress kerja ialah suatu konsekuensi dari setiap kegiatan (lingkungan), atau kejadian eksternal yang memberatkan suatu tuntutan psikologi atau fisik yang terlalu berlebihan (Gibson Ivancevich, 2008).

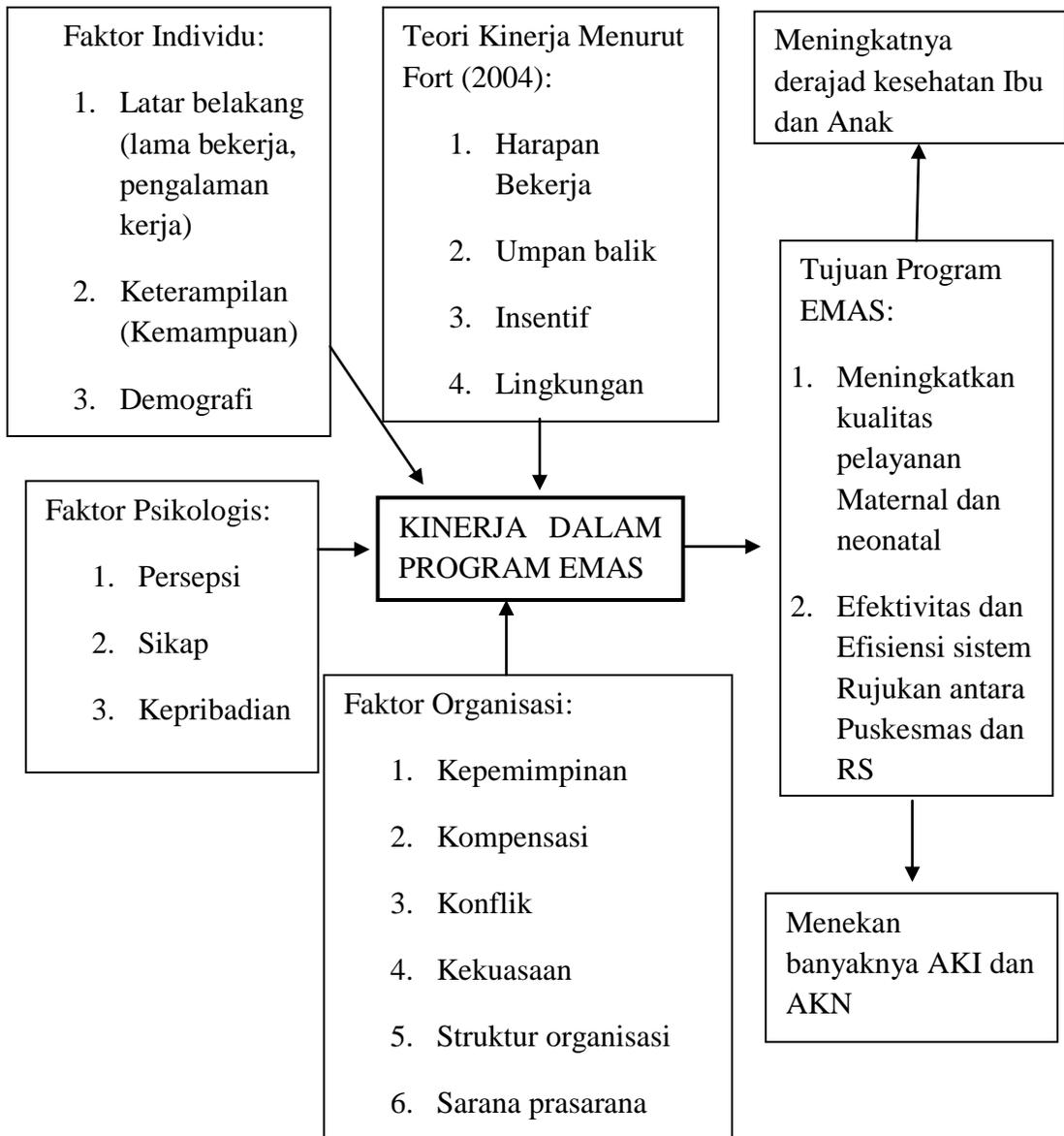
Variabel yang mempengaruhi kinerja ketiga yaitu organisasi terdiri dari kompensasi, kepemimpinan dan ketersediaan sumber daya yang mendukung seperti sarana prasarana. Menurut Wether dan Davis (dalam Hasibuan, 2009), kompensasi merupakan balasan dari pekerjaan atau tugas yang dilakukan seseorang yang dapat berupa upah atau gaji.

Kepemimpinan adalah suatu kemampuan individu yang dapat mempengaruhi suatu kelompok. Ketersediaan sumberdaya ialah suatu pendukung pada tugas saat pelaksanaan kinerja yang lebih baik.

Menurut Gibson, 2008 sasaran utama program imbalan adalah menarik yang berkualifikasi untuk bergabung dalam organisasi, mempertahankan karyawan untuk tetap bekerja, dan memotivasi karyawan mencapai prestasi tinggi. Diharapkan bahwa setiap paket imbalan sebaiknya cukup memuaskan kebutuhan dasar (seperti makan, tempat tinggal, pakaian, dipandang wajar dan berorientasi pada individu.

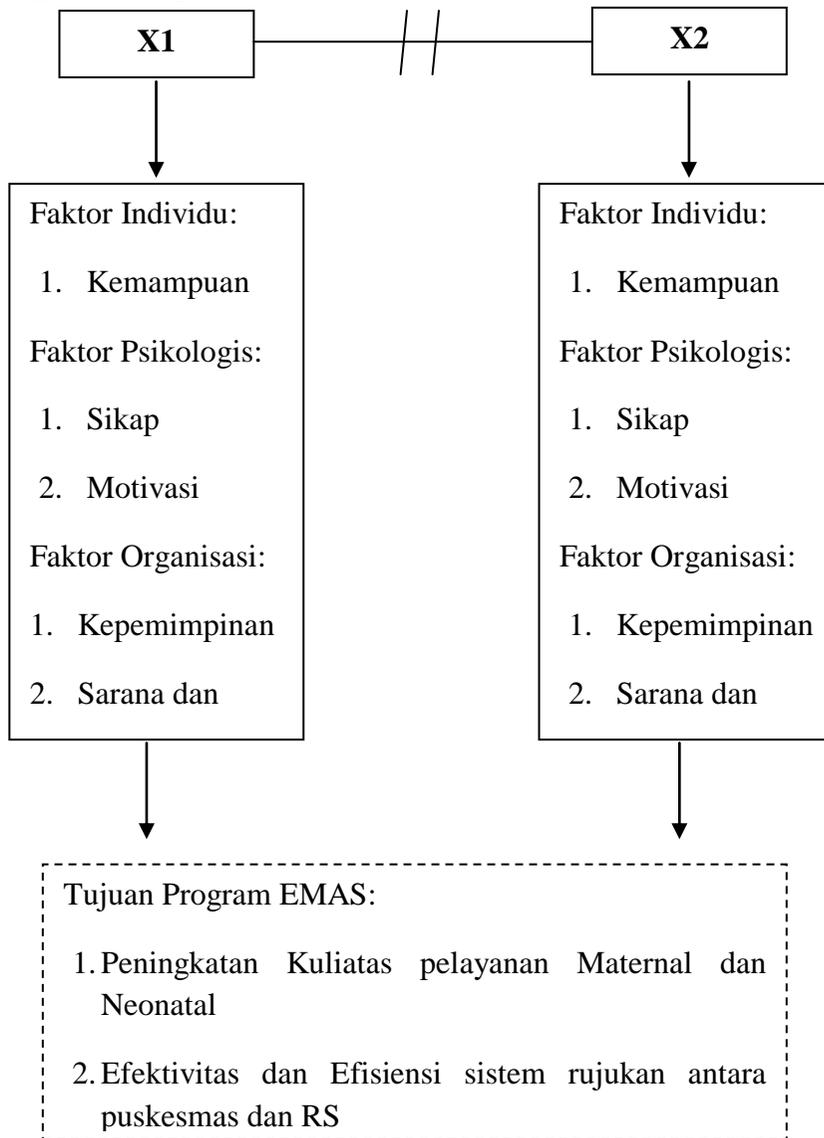
Variabel organisasi yang kedua adalah kepemimpinan. Kepemimpinan ialah kemampuan untuk memengaruhi suatu kelompok. Variabel yang ketiga dalam organisasi adalah ketersediaan sumber daya lain yang mendukung suatu petugas dalam melaksanakan kinerjanya agar lebih baik.

D. Kerangka Teori



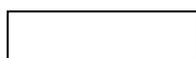
Gambar 2. 1 Kerangka Teori Menurut Gibson (2008), Fort (2004)

E. Kerangka Konsep

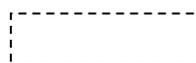


Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Keterangan:



: Diteliti



: Tidak diteliti



: Perbandingan

F. Hipotesis

1. Ha: Terdapat perbedaan kinerja tenaga kesehatan antara rumah sakit dengan Program EMAS dan rumah sakit Non EMAS.
2. H0: Tidak terdapat perbedaan kinerja tenaga kesehatan antara Program EMAS antara rumah sakit dengan Program EMAS dan rumah sakit Non Program EMAS