

## RINGKASAN

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah suatu kesatuan organisasi fungsional dan merupakan pusat pengembangan, pembinaan dan pelayanan kesehatan. Kegiatan puskesmas meliputi 18 kegiatan pokok, diantaranya adalah pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Tujuan dari program KIA ini adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak secara optimal sebagai landasan bagi peningkatan kualitas hidup manusia seutuhnya (Depkes 1990 atau 1991).

Data profil kesehatan Propinsi Jawa Timur dan Jawa Tengah tahun 1994, 1995 dan 1996 menunjukkan bahwa kinerja pelayanan KIA di puskesmas kurang optimal. Keadaan ini akan berpengaruh terhadap pencapaian derajat kesehatan yang optimal bagi ibu dan anak.

Kurang optimalnya kinerja pelayanan KIA tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor (Shortell, 1988; Maine, 1991; Depkes, 1993, 1994 dan 1995; Iskandar, 1996; Arifin, 1996 dan 1997) sebagai berikut: (a) faktor petugas: kurangnya kompetensi teknik, (b) faktor manajemen: kurang koordinasi dan komunikasi antar program, rendahnya kualitas pelayanan KIA, (c) faktor organisasi: organisasi KIA tergolong organisasi berskala besar dengan pola ketergantungan *pooled interdependency*. Program KIA meliputi 3 program (program KIA, program gizi dan program imunisasi), yang dilaksanakan oleh 2 unit yang berbeda yaitu unit I (unit KIA) dan unit II (unit Pencegahan dan

Pemberantasan Penyakit Menular). Ke dua unit ini berhubungan, tetapi tidak terkait erat, namun memberikan kontribusi terhadap tercapainya tujuan program KIA. Petugas pelaksana kegiatan KIA berbeda yaitu bidan untuk antenatal, petugas gizi untuk program gizi dan petugas imunisasi untuk program imunisasi, (d) faktor masyarakat yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang perawatan kehamilan dan bahaya kehamilan serta rendahnya peran serta masyarakat.

Kinerja suatu organisasi dipengaruhi oleh sistem manajemen organisasi yang mengkoordinasikan dan mengawasi berbagai hubungan dalam organisasi maupun antara organisasi dengan lingkungannya (Koonzt, 1992). Mekanisme koordinasi intraorganisasi yang dikemukakan Charns pada tahun 1981 terdiri dari 2 metode yaitu: (1) metode pemrograman (*programming method*) yang terdiri atas standarisasi masukan, standarisasi proses dan standarisasi keluaran, dan (2) metode umpan balik (*feedback method*) yang terdiri atas supervisi, saling menyesuaikan (*mutual adjustment*) dan *groups coordination*, (Shortell, 1988)

Perilaku koordinasi (*coordination behavior*) tergantung pada perilaku agen (*agent behaviors*), agen tersebut dapat berupa manusia, program komputer atau gabungan ke duanya (Decker, 1996). Agen tersebut mungkin dapat dalam bentuk Buku Pegangan (Pudjiharjo, 1996). Sarana koordinasi adalah komunikasi dan karakteristik serta kualitas komunikasi ditentukan oleh media komunikasi yang digunakan (Schiefloe, 1993). Terdapat 2 proses komunikasi yaitu (1) komunikasi primer atau komunikasi langsung berupa bahasa lisan atau gerakan dan isyarat, (2) komunikasi sekunder atau komunikasi tidak langsung yaitu komunikasi menggunakan alat elektronika atau tertulis (Mantra, 1983).

Sesuai dengan kajian di atas, secara teoritis organisasi pelayanan KIA tergolong organisasi berskala besar, dengan pola ketergantungan *pooled interdependency*. Kurang optimalnya kinerja pelayanan KIA dapat disebabkan oleh kurangnya koordinasi antar program. Koordinasi pemrograman yang terdiri dari standarisasi masukan, standarisasi proses dan standarisasi keluaran diperkirakan akan sesuai untuk pelayanan KIA. Sarana koordinasi pemrograman tersebut diperkirakan dapat melalui komunikasi tidak langsung berupa Buku Pegangan KIA.

Penelitian ini bertujuan secara umum untuk membuktikan bahwa koordinasi pemrograman, yang diaplikasikan dalam bentuk Buku Pegangan KIA, berpengaruh positif terhadap peningkatan kinerja pelayanan kesehatan ibu dan anak di Puskesmas. Secara khusus bertujuan untuk: (1) Membuktikan pengaruh positif koordinasi pemrograman terhadap kompetensi petugas (pengertian, sikap, kerjasama, komitmen dan motivasi) di puskesmas, (2) Membuktikan pengaruh positif kompetensi petugas (pengertian, sikap, kerjasama, komitmen dan motivasi) terhadap kinerja pelayanan KIA di Puskesmas, (3) Membuktikan pengaruh positif koordinasi pemrograman terhadap efektivitas pelayanan KIA di puskesmas.

Berdasarkan tujuan penelitian, landasan teoritis dan kerangka konsep, maka hipotesis yang diajukan pada penelitian ini adalah: a. Hipotesis mayor : Penerapan koordinasi pemrograman (*programming*) yang diaplikasikan dalam bentuk Buku Pegangan KIA meningkatkan kinerja pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas. b. Hipotesis minor adalah: 1) Koordinasi pemrograman berpengaruh positif terhadap kompetensi petugas (pengetahuan, sikap, kerjasa-

ma, komitmen dan motivasi) di puskesmas, 2) Kompetensi petugas (pengetahuan, sikap, kerjasama, komitmen dan motivasi) berpengaruh positif terhadap kinerja pelayanan KIA di puskesmas., 3) Koordinasi pemrograman berpengaruh positif terhadap efektivitas pelayanan KIA di puskesmas

Penelitian ini dilakukan di 2 kabupaten (Nganjuk dan Magetan) di provinsi Jawa Timur. Jenis penelitian yang digunakan adalah eksperimental semu dengan rancangan “ *pre-test dan post-test control groups design*” Penelitian ini dilakukan pada 2 kelompok puskesmas yaitu kelompok puskesmas intervensi (12 puskesmas) dan kelompok puskesmas kontrol (11 puskesmas).

Sampel dalam penelitian ini adalah (a) petugas puskesmas (dokter, bidan, petugas gizi dan petugas imunisasi) secara *total sampling* sebanyak 90 orang, dan (b) ibu hamil secara *simple random sampling* sebanyak 248 orang pada tahap *pre-test*. Pada tahap *post-test* dengan menggunakan metode sampling yang sama dengan *pre-test* diperoleh sampel petugas sebanyak 96 orang dan sampel ibu hamil sebanyak 244 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan (1) wawancara, (2) angket, (3) metode observasi dan (4) diskusi kelompok terarah petugas .

Hasil penelitian tahap pertama (*pre-test*) menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada kompetensi petugas (pengetahuan, sikap, kerjasama, komitmen dan motivasi) petugas dan kinerja pelayanan KIA di puskesmas intervensi dan kontrol.

Analisis deskriptif menunjukkan bahwa rerata nilai kinerja tahun 1997 di puskesmas intervensi adalah 14,67 (cukup atau sedang), dan di puskesmas kontrol 14,27 (cukup atau sedang). Pada tahun 1998 rerata nilai kinerja

di puskesmas intervensi adalah 18,11 (baik atau tinggi) sedangkan di puskesmas kontrol adalah 14,39 (cukup atau sedang). Ini berarti pada tahun 1998 terdapat peningkatan nilai kinerja di puskesmas intervensi, sedangkan di puskesmas kontrol tidak terjadi peningkatan nilai kinerja.

Hasil uji *multivariate* menunjukkan bahwa kinerja akhir di puskesmas intervensi berbeda secara bermakna  $p=0,003$  ( $p < 0,05$ ) dengan kinerja akhir di puskesmas kontrol. Perbedaan tersebut terjadi pada semua variabel kinerja yaitu efektivitas, efisiensi dan produktivitas. Perbedaan dengan tingkat kemaknaan paling tinggi adalah untuk efektivitas ( $p=0,001$ ), diikuti oleh produktivitas dengan tingkat kemaknaan ( $p=0,009$ ) dan efisiensi dengan tingkat kemaknaan ( $p=0,047$ ). koefisien regresi (*R squared*) untuk efektivitas, produktivitas dan efisiensi berturut-turut adalah 0,586, 0,373 dan 0,263. Ini berarti 59% variasi efektivitas ditentukan oleh koordinasi pemrograman. Demikian pula 37% variasi produktivitas dan 26% variasi efisiensi ditentukan oleh koordinasi pemrograman.

Selanjutnya hasil uji regresi logistik dengan metoda *Forward Stepwise* menunjukkan bahwa koordinasi pemrograman berpengaruh positif terhadap kinerja ( $\beta=2.1972$ ). Ini berarti makin baik koordinasi pemrograman, makin tinggi kinerja pelayanan KIA di puskesmas.

Analisis deskriptif menunjukkan rerata nilai kompetensi petugas tahun 1997 di puskesmas intervensi adalah 12,57 (cukup atau sedang) dan di puskesmas kontrol adalah 12,56 (cukup atau sedang). Pada tahun 1998 rerata nilai kompetensi di puskesmas intervensi meningkat menjadi 13,61 (sangat baik atau sangat tinggi) sedangkan di puskesmas kontrol tidak terjadi peningkatan 12,46 (cukup atau sedang).

Hasil uji multivariat *general linear model* menunjukkan perbedaan kompetensi petugas yang bermakna pada  $p=0,001$  ( $p<0,05$ ) antara puskesmas intervensi dengan puskesmas kontrol. Selanjutnya hasil uji *multivariate* juga menunjukkan bahwa kompetensi petugas puskesmas intervensi berbeda secara bermakna ( $p<0,05$ ) dengan kompetensi petugas di puskesmas kontrol untuk semua variabel kompetensi, yaitu: pengetahuan, sikap, kerjasama, komitmen dan motivasi terhadap pelayanan KIA. Nilai Variabel yang berbeda paling bermakna adalah komitmen, motivasi dan pengetahuan petugas puskesmas ( $p=0,001$ ). Koefisien regresi (*R squared*) untuk komitmen, motivasi dan pengetahuan berturut-turut adalah 0,846, 0,845 dan 0,547. Variabel kompetensi lainnya yang juga meningkat di puskesmas intervensi dan berbeda secara bermakna dibandingkan puskesmas kontrol adalah: kerjasama antar petugas ( $p=0,022$ ) dengan koefisien regresi 0,389 dan sikap petugas ( $p=0,024$ ) dengan koefisien regresi 0,385. Ini berarti 84,6% variasi komitmen, 84,5% variasi motivasi, 54,7% variasi pengetahuan, 38,9% variasi kerjasama dan 38,5% variasi sikap ditentukan oleh koordinasi pemrograman.

Selanjutnya hasil uji regresi logistik dengan metoda *Forward Stepwise* menunjukkan bahwa koordinasi pemrograman berpengaruh positif terhadap kompetensi petugas ( $\beta=3.9120$ ). Hal ini menunjukkan bahwa makin baik koordinasi pemrograman makin baik pula kompetensi (komitmen, motivasi, pengetahuan, kerjasama dan sikap) petugas puskesmas.

Hasil uji regresi logistik menunjukkan pula bahwa kompetensi petugas (pengetahuan, sikap, kerjasama, komitmen dan motivasi) berpengaruh positif ( $\beta=2.1972$ ) terhadap kinerja pelayanan KIA. Ini berarti makin baik kompetensi

petugas, makin tinggi kinerja pelayanan KIA di puskesmas. Variabel kompetensi yang paling besar pengaruhnya terhadap kinerja adalah komitmen petugas ( $\beta=3,3113$ ), diikuti secara berurutan oleh variabel pengetahuan ( $\beta=2,6026$ ), sikap ( $\beta=2,5902$ ), motivasi ( $\beta=2,5902$ ) dan kerjasama ( $\beta=2,1690$ ).

Analisis deskriptif menunjukkan bahwa rerata efektivitas tahun 1997 di puskesmas intervensi adalah 44,21 (cukup atau sedang), dan di puskesmas kontrol 42,49 (cukup atau sedang). Pada tahun 1998 rerata efektivitas di puskesmas intervensi adalah 56,62 (sangat baik atau sangat tinggi), sedangkan di puskesmas kontrol adalah 42,82 (cukup atau sedang), (tabel 5.25). Ini berarti pada tahun 1998 terjadi peningkatan efektivitas pelayanan KIA di puskesmas intervensi, sedangkan di puskesmas kontrol tidak terjadi peningkatan efektivitas pelayanan KIA.

Hasil uji multivariat menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna dengan tingkat kemaknaan  $p=0,019$  ( $p<0,05$ ) antara efektivitas akhir di puskesmas intervensi dan kontrol. Hasil uji *multivariate* ini juga menunjukkan bahwa berbagai variabel efektivitas yaitu K4, B6 dan polio4 berbeda secara bermakna antara puskesmas intervensi dan kontrol. Dengan tingkat kemaknaan paling tinggi ( $p=0,001$ ) untuk variabel B6 atau penimbangan berat badan bayi 6 kali dalam usia 0-11 bulan, berikutnya adalah variabel polio4 atau imunisasi bayi lengkap dengan frekuensi imunisasi polio 4 kali, pada tingkat kemaknaan ( $p=0,010$ ) dan variabel K4 atau pemeriksaan antenatal 4 kali, pada tingkat kemaknaan ( $p=0,018$ ). Koefisien regresi (*R Squared*) berturut-turut untuk B6

adalah 0,621, untuk polio4 adalah 0,372 dan untuk K4 adalah 0,332. Ini berarti 62,1% perubahan B6, 37,2% perubahan polio4 dan 33,2% perubahan K4 ditentukan oleh koordinasi pemrograman.

Selanjutnya hasil uji regresi logistik dengan metoda *Forward Stepwise* menunjukkan bahwa koordinasi pemrograman berpengaruh positif terhadap efektivitas pelayanan KIA ( $\beta=2.9957$ ). Hal ini menunjukkan bahwa makin baik koordinasi pemrograman, makin tinggi efektivitas pelayanan KIA puskesmas.

Kesimpulan yang dapat diambil dari temuan ini adalah hipotesis mayor diterima, yaitu penerapan koordinasi pemrograman yang diaplikasikan dalam bentuk Buku Pegangan KIA berpengaruh positif terhadap peningkatan kinerja pelayanan kesehatan ibu dan anak di puskesmas. Demikian pula 3 hipotesis minor diterima yaitu:

1. Koordinasi pemrograman berpengaruh positif terhadap kompetensi petugas (pengetahuan, sikap, kerjasama, komitmen dan motivasi) di puskesmas.
2. Kompetensi petugas (pengetahuan, sikap, kerjasama, komitmen dan motivasi) berpengaruh positif pada kinerja pelayanan KIA di puskesmas.
3. Koordinasi pemrograman berpengaruh positif terhadap efektivitas pelayanan KIA di puskesmas.

Berdasarkan kesimpulan tersebut di atas, maka beberapa hal penting yang disarankan adalah sebagai berikut:

1. Untuk Departemen Kesehatan disarankan:

1. Menggunakan koordinasi pemrograman untuk meningkatkan kinerja pelayanan KIA di puskesmas. Koordinasi pemrograman berpengaruh



positif terhadap kinerja dan kompetensi petugas (pengetahuan, sikap, kerjasama, komitmen dan motivasi). Kompetensi petugas juga berpengaruh positif terhadap kinerja.

Koordinasi dan kepemimpinan merupakan kunci utama untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, disamping penyediaan pelayanan, peningkatan sumberdaya manusia dan sarana yang memungkinkan terselenggaranya pelayanan, peningkatan kemampuan membayar bagi pengguna pelayanan kesehatan (WHO, 2000). Sehubungan dengan itu, maka koordinasi pemrograman dapat digunakan sebagai suatu pilihan alternatif untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia.

2. Buku Pegangan sebagai alat koordinasi pemrograman yang berisikan standarisasi masukan, standarisasi proses dan standarisasi keluaran merupakan pilihan alternatif selain pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, kerjasama, komitmen dan motivasi petugas dalam rangka peningkatan kinerja organisasi.
3. Pimpinan puskesmas perlu memperhatikan kompetensi staf puskesmas (pengetahuan, sikap, kerjasama, komitmen) petugas. Oleh karena dengan mengetahui kompetensi staf, maka pimpinan puskesmas dapat memperbaiki kompetensi tersebut untuk meningkatkan kinerja puskesmas.
4. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien perlu digunakan daftar tilik supervisi prosedur kegiatan (*supervision checklist*)

dan daftar tilik kegiatan (*work checklist*). Peningkatan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien dapat meningkatkan efektivitas kinerja di puskesmas. *Supervision checklist* perlu di gunakan di daerah yang telah melaksanakan program jaminan mutu, oleh karena penggunaan daftar tilik kegiatan (*work checklist*) saja, belum menjamin dilaksanakannya pelayanan yang berkualitas sesuai standar prosedur yang berlaku.

5. *Production checklist* perlu digunakannya sebagai sistem pencatatan hasil kegiatan pelayanan secara terpadu di puskesmas untuk meningkatkan efisiensi dan produktivitas kinerja puskesmas.

2. Untuk Organisasi Lain dan Peneliti Yang Akan Datang disarankan:

1. Perlu ditetapkan terlebih dahulu pola ketergantungan antar unit dalam suatu organisasi (*sequential interdependency, reciprocal interdependency* atau *pooled interdependency*), sebelum menetapkan mekanisme koordinasi yang digunakan untuk meningkatkan kinerja.
2. Untuk organisasi besar dengan pola ketergantungan *pooled interdependency* dapat menggunakan mekanisme koordinasi pemrograman yang terdiri dari standarisasi masukan, standarisasi proses dan standarisasi keluaran. Penggunaan koordinasi pemrograman ini akan meningkatkan kinerja organisasi.
3. Perlu dilakukan penelitian tentang koordinasi pemrograman menggunakan Buku Pegangan secara tersendiri (tidak digabung dengan penelitian lainnya) dengan jumlah sampel yang lebih besar.

## ABSTRACT

The general objective of this research is to prove the hypothesis that programming coordination, which is implemented through maternal and child health (MCH) guidebook, increases MCH service performance in health center. The specific objectives are to prove that (1) the programming coordination has positive impact to health center provider's competent (knowledge, attitude, cooperation, commitment and motivation), (2) the provider's competent (knowledge, attitude, cooperation, commitment and motivation) has positive impact to MCH service performance, and (3) the programming coordination give positive impact to the MCH service effectiveness at health center.

The study site was located at 2 districts (Nganjuk and Magetan districts) of East Java Province included 12 health centers as intervention groups and 11 health centers as control groups. The study design was control group pre-test and post-test design. In the pre-test sample were 90 health center staffs and 248 pregnant mothers, and in the post-test sample were 96-health center staffs and 244 pregnant mothers

The results indicated that the MCH service performance increased significantly ( $p=0,003$ ) as well as provider's competency ( $p=0,001$ ) and MCH service effectiveness ( $p=0,019$ ) at intervention groups compare to control groups. The programming coordination has positive impact ( $\beta=2.1972$ ) to the increasing of MCH performance. The programming coordination also has positive impact ( $\beta=3.9120$ ) to the improvement of health center provider's competency (knowledge, attitude, cooperation, commitment and motivation) and MCH service effectiveness ( $\beta=2.9957$ ) There are positive impact ( $\beta=2.9957$ ) of provider's competent (knowledge, attitude, cooperation, commitment and motivation) to MCH performance at health center.

It is concluded that (1) programming coordination using MCH guidebook increases MCH performance at health center (2) the programming coordination impact to the increasing of health center provider's competency (knowledge, improve their attitude, increase provider's cooperation, commitment and motivation) toward MCH service, (3) provider's competency (knowledge, attitude, cooperation, commitment, motivation) impact to MCH service performance (4), and the programming coordination impact to the increase of MCH service effectiveness at health center.

Based on that conclusion, it is recommended: (1) to implement programming coordination mechanism in a pooled interdependency organization to improve organization performance and effectiveness (2) the MCH guidebook as a tool of programming coordination can be used to increase provider knowledge, improve attitude, cooperation, commitment and motivation as a substitute of training method, (3) work checklist and supervision checklist can be used to increase service quality and consumer's satisfaction.

*Keyword: programming coordination, guidebook, organization performance*