

Analisis Perbedaan Kinerja Bidan Desa yang Sudah dan Belum Dilatih Manajemen Terpadu Bayi Muda dalam Penatalaksanaan Kunjungan Neonatal di Kabupaten Kudus

Analysis on Work Performance Difference between Trained and Untrained Midwives in Neonatal Case Integrated Management in Kudus District

Muslimah¹, Chriswardani Suryawati², Ayun Sriatmi²

¹DKK Kudus; ²MKIA Universitas Diponegoro

ABSTRAK

Latar Belakang : Tahun 2010 didapatkan AKB sebesar 24/1.000 kelahiran hidup dan AKN 15/1.000 kelahiran hidup. Upaya pelaksanaan penanganan bayi muda dimulai dengan memberikan pelatihan MTBM kepada para bidan desa. Karena sangat penting pelatihan MTBM bagi peningkatan kinerja bidan dalam melaksanakan kunjungan neonatal sesuai pedoman MTBM. Angka kematian bayi di Kabupaten Kudus pada tahun 2009 adalah 5,88/1000 kelahiran hidup, dari jumlah tersebut 80,2% kasus kematian terjadi pada periode neonatal. Tahun 2010 angka kematian bayi sebesar 6,39/1000 kelahiran hidup, dari jumlah tersebut 87,6% kasus kematian terjadi pada periode neonatal. Pada tahun 2011 angka kematian bayi sebesar 6,71/1000 kelahiran hidup, dari jumlah tersebut 78,43% terjadi pada periode neonatal. Tujuan penulisan adalah untuk menganalisis perbedaan kinerja bidan desa yang sudah dilatih dan belum dilatih tentang manajemen terpadu bayi muda dalam penatalaksanaan kunjungan neonatal di Kabupaten Kudus tahun 2011.

Metode : Jenis penelitian *survey* dengan pendekatan *cross sectional*. Subyek penelitian adalah bidan desa yang sudah dilatih MTBM dan yang belum dilatih MTBM masing-masing sebanyak 35 orang. Data dikumpulkan dengan wawancara. Data yang telah terkumpul dianalisis dengan uji *independent samples test*.

Hasil penelitian : Ada perbedaan kinerja bidan yang sudah dan belum dilatih manajemen terpadu bayi muda (MTBM) dalam penatalaksanaan kunjungan neonatal di Kabupaten Kudus tahun 2011 ($p : 0,047$) dengan selisih *mean* = 5,97. Dari aspek kualitas ada perbedaan kinerja bidan desa yang sudah dilatih dan belum dilatih ($p:0,000$) dengan selisih *mean* = 8,12. Dari aspek kuantitas ($p : 892$), ketepatan waktu/*timeliness* ($p : 0,728$), efektifitas sumberdaya/*cost effectiveness* ($p:0,981$), pengawasan/ kebutuhan akan supervisi ($p:0,324$), dan hubungan interpersonal ($p:0,680$).

Simpulan : Ada perbedaan kinerja bidan desa yang sudah dan belum dilatih MTBM di Kabupaten Kudus tahun 2011. Bentuk pola pelatihan perlu diubah dari penyampaian materi, evaluasi dan praktik langsung dalam pelatihan sehingga pelatihan mampu meningkatkan semua kriteria evaluasi kinerja bidan desa dalam kunjungan neonatal.

Kata Kunci : Bidan Desa, Kinerja, MTBM

ABSTRACT

Background: Infant mortality rate (AKB) in 2010 was 24/1000 live-births, and neonates mortality rate was 15/1000 live-births. Implementation of neonatal management was started by giving training on neonatal integrated management (MTBM) to village midwives. This MTBM was important to improve work performance of midwives in the implementation of neonatal visit according to MTBM

guideline. Infant mortality rates in Kudus district in 2009 was 5.88/1000 live-births, and 80.2% of infant deaths occurred in the neonatal period. Infant mortality rates in 2010 was 6.39/1000 live-births, and 87.6% of infant deaths occurred in the neonatal period. Infant mortality rates in 2011 was 6.71/1000 live-births, and 78.43% of infant deaths occurred in the neonatal period. Objective of this study was to analyze the difference between trained and untrained village midwives on neonatal integrated management in the management of neonatal visit in Kudus district, 2011.

Method: This was a study using survey method and cross sectional approach. Study subjects were trained and untrained village midwives on MTBM. Each group of midwives consisted of 35 midwives. Data were collected through interview. Independent samples t-test was applied in the data analysis.

Results: There was a work performance difference between trained and untrained midwives on MTBM in the management of neonatal visit in Kudus district in 2011 ($p: 0.047$) with a mean difference of 5.97. *Quality aspect:* there was a work performance difference between trained and untrained village midwives on MTBM ($p: 0.000$) with a mean difference of 8.12. *Quantity aspect* ($p: 0.892$), *timeliness* ($p: 0.728$), *cost effectiveness* ($p: 0.981$), *supervision* ($p: 0.324$), and *interpersonal relationship* ($p: 0.680$).

Conclusion: There was a work performance difference between trained and untrained village midwives on MTBM in Kudus district in 2011. Modification for training pattern such as teaching method, evaluation, and field practice is needed. Therefore, the training will increase the points of all evaluation criteria for work performance of village midwives in conducting neonatal visit.

Keywords : village midwives, work performance, MTBM

PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator penting dalam menilai tingkat derajat kesehatan masyarakat di suatu negara¹ Oleh karena itu, pemerintah memerlukan upaya yang sinergis dan terpadu untuk mempercepat penurunan AKI di Indonesia khususnya dalam mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015 yaitu AKI sebesar 102/100.000 kelahiran hidup dan AKB 23/1000. Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 didapatkan angka kematian bayi sebesar 24/1.000 kelahiran hidup dan angka kematian neonatal 15/1.000 kelahiran hidup. Tentunya hal ini merupakan tantangan yang cukup berat bagi Pemerintah Indonesia.¹

Bayi muda mudah sekali sakit, cepat menjadi berat dan serius bahkan meninggal, utamanya pada 1 minggu pertama kehidupan bayi. Penyakit yang terjadi pada 1 minggu pertama kehidupan bayi hampir selalu terkait dengan masa kehamilan dan persalinan. Keadaan tersebut merupakan karakteristik khusus yang harus dipertimbangkan pada saat membuat klasifikasi penyakit. Sebagian besar ibu mempunyai kebiasaan untuk tidak membawa bayi muda ke

fasilitas kesehatan. Guna mengantisipasi kondisi tersebut, program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) memberikan pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir melalui kunjungan rumah oleh petugas kesehatan. Melalui kegiatan MTBM, bayi baru lahir dapat dipantau kesehatannya dan dideteksi secara dini jika ada masalah.

Kegiatan MTBM sendiri dimulai dengan memberikan pelatihan MTBM kepada para bidan desa. Karena sangat penting pelatihan MTBM bagi peningkatan kinerja bidan dalam melaksanakan kunjungan neonatal sesuai pedoman MTBM. Pelatihan atau *training* yang pernah diikuti seseorang yang berhubungan dengan bidang kerjanya akan dapat mempengaruhi ketrampilan dan mental serta akan meningkatkan kepercayaannya pada kemampuan diri. Hal ini akan berpengaruh positif terhadap kinerja bidan yang telah mengikuti pelatihan MTBM.

Selama proses pelatihan MTBM pada seluruh bidan desa di Kabupaten Kudus masih ditemukan angka kematian bayi di Kabupaten Kudus pada tahun 2009 adalah 5,88/1000 kelahiran hidup atau 91 dari 15.465 bayi. Dari jumlah tersebut 80,2% kasus kematian terjadi pada periode neonatal. Tahun 2010 angka

kematian bayi sebesar 6,39/1000 kelahiran hidup atau 97 kasus dari 15.159 bayi. Dari jumlah tersebut 87,6% kasus kematian terjadi pada periode neonatal. Pada tahun 2011 angka kematian bayi sebesar 6,71/1000 kelahiran hidup atau 102 dari 15.182 bayi. Dari jumlah tersebut 78,43% terjadi pada periode neonatal.³

Kematian bayi dalam tiga tahun terakhir adalah tertinggi terjadi pada periode neonatal yaitu tahun 2009 sebanyak 73 kematian neonatal atau 80,22% dari kematian bayi, tahun 2010 sebanyak 74 kematian neonatal atau 87,6% dari kematian bayi, dan pada tahun 2011 sebanyak 80 kematian neonatal atau 78,43% dari kematian bayi. Tingginya kasus kematian bayi pada tahun 2011 dibandingkan tahun 2010 disebabkan oleh BBLR, dimana bayi dilahirkan di rumah sehingga minim sekali peralatan untuk memberikan mempertahankan suhu tubuh bayi selanjutnya meninggal ketika dalam perjalanan merujuk. Penyebab dari seluruh kasus kematian dalam tiga tahun terakhir rata-rata adalah BBLR 49,45%, asfiksia 21,14%, ikterik 9,45%, kelainan kongenital 4,98%, infeksi 0,41%, sebab lain 19,49%.

Dari data tersebut jika dikaji lebih dalam semua penyebab kematian bayi utamanya pada periode perinatal dan neonatal yang pada dasarnya dapat ditekan melalui kinerja yang baik, dalam melakukan pelayanan manajemen terpadu bayi muda (MTBM). Untuk menilai kinerja terdapat dimensi atau indikator kinerja yang sangat diperlukan karena akan bermanfaat baik bagi banyak pihak. Bernardin and Russel mengungkapkan ada enam kriteria pokok yang dapat dipakai untuk mengukur kinerja, yaitu : 1) Quality, terkait dengan proses atau hasil mendekati sempurna/ideal dalam memenuhi maksud atau tujuan; 2) Quantity, terkait dengan satuan jumlah atau kuantitas yang dihasilkan; 3) Timeliness, terkait dengan waktu yang diperlukan dalam menyelesaikan aktivitas atau menghasilkan produk; 4) Cost effectiveness, terkait dengan tingkat penggunaan sumber-sumber organisasi (orang, material, uang, teknologi) dalam mendapatkan atau memperoleh hasil atau pengurangan pemborosan dalam penggunaan sumber-sumber organisasi; 5) Need for supervision, terkait dengan kemampuan individu dapat menyelesaikan pekerjaan atau

fungsi-fungsi pekerjaan tanpa asistensi pimpinan atau intervensi pengawasan pimpinan; dan 6) Interpersonal impact, terkait dengan kemampuan individu dalam meningkatkan perasaan harga diri, keinginan baik serta kerja sama di antara sesama pekerja dan anak buah.³

Dari data tersebut jika dikaji lebih dalam semua penyebab kematian bayi utamanya pada periode perinatal dan neonatal yang pada dasarnya dapat ditekan melalui kinerja yang baik, dalam melakukan pelayanan manajemen terpadu bayi muda (MTBM).

Dalam melaksanakan kunjungan neonatal bidan desa diharapkan bekerja sesuai standar prosedur yang ada, sehingga secara kualitas hasilnya bisa sesuai, tepat dan teliti. Secara kuantitas cakupan kunjungan neonatal di Kabupaten Kudus pada tahun 2009 sudah tercapai yaitu 98,5%, tahun 2010 97,5% dan pada tahun 2011 96,7%. Sementara target yang ditetapkan pemerintah tahun 2011 95%. Kunjungan neonatal dengan MTBM masih kurang dimana pada tahun 2009 sebanyak 73,95, tahun 2010 sebanyak 71,1% dan tahun 2011 sebanyak 67,7% target yang diharapkan adalah 80%.

Mulai tahun 2011, Pemerintah Kabupaten Kudus menganjurkan setiap petugas kesehatan untuk menggunakan form MTBM dalam penatalaksanaan kunjungan neonatal karena sudah ada dukungan dana dari dana operasional kesehatan yang bisa digunakan untuk mengadakan blangko MTBM, penyampaian materi tentang MTBM oleh bidan yang sudah dilatih dilakukan di tingkat puskesmas kepada seluruh bidan desa yang belum dilatih, karena pelatihan MTBM ataupun pelatihan yang lainnya masih sangat terbatas menunggu pendanaan dari pemerintah (proyek yang ada).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah *survey*, dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 35 orang bidan desa yang sudah terlatih dan 35 orang bidan desa yang belum dilatih tentang MTBM, dengan kriteria inklusi masa kerja menjadi bidan desa lebih dari 2 (dua) tahun karena apabila masa kerja kurang dari 2 tahun dianggap belum mempunyai pengalaman yang

cukup dan berdomisili di desa dimana bidan tersebut memberikan pelayanan. Untuk pengambilan sampel bidan sudah dilatih menggunakan teknik *totally* dan untuk bidan belum dilatih menggunakan *sampling simple random sampling*. Data diperoleh dari sumbernya melalui metode wawancara dengan bantuan kuesioner terstruktur.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, dengan data yang dikumpulkan adalah karakteristik responden (umur, masa kerja, pendidikan dan status kepegawaian), pelatihan, kinerja (kualitas, kuantitas, ketepatan waktu, efektifitas sumber daya, kebutuhan akan supervise dan hubungan interpersonal) dan motivasi. Data yang terkumpul dianalisis dengan analisis uji beda *independent samples test*.

HASIL

Semua bidan desa baik yang sudah dilatih dan belum dilatih merupakan lulusan D III Kebidanan. Status kepegawaian bahwa bidan desa yang sudah dilatih memiliki status kepegawaian PTT sebesar 62,9%, lebih banyak dibandingkan bidan desa yang sudah dilatih dengan status kepegawaian PNS sebanyak 31,4% dan CPNS sebanyak 5,7%. Dan untuk bidan desa yang belum dilatih memiliki status kepegawaian PNS sebesar 54,3%, lebih banyak dibandingkan

bidan desa yang belum dilatih dengan status kepegawaian PTT sebanyak 42,9% dan CPNS sebanyak 2,9%.

Pelatihan dikhususkan bagi 35 orang bidan desa yang sudah dilatih, dengan hasil bahwa 48,6% cenderung menyatakan tidak pernah mengikuti pelatihan MTBM di tingkat kabupaten, 25,8% cenderung menyatakan pelatihan yang diadakan tidak ada manfaatnya, 62,8% cenderung menyatakan tidak setuju dan kurang setuju jika pelatihan yang diikuti bervariasi walau ada teori, praktek dan juga kunjungan ke RS untuk kasus-kasus yang tidak ada di Puskesmas, 28,6% cenderung menyatakan tidak setuju dan kurang setuju kalau pelatih atau tutor dalam menyampaikan materi mudah diterima dan menarik sehingga mudah dimengerti, 22,8% cenderung menyatakan sebelum dan sesudah dilatih dalam melakukan kunjungan neonatal, masih memakai cara yang lama.

Hasil uji statistik *Independent Samples Test*, diperoleh ada perbedaan kinerja antara bidan yang sudah dilatih dan bidan yang belum dilatih tentang MTBM dari aspek kualitas kinerja bidan dalam penatalaksanaan kunjungan neonatal dan juga ada perbedaan motivasi bidan yang sudah dilatih dan bidan yang belum dilatih dalam penatalaksanaan kunjungan neonatal. Dari aspek kuantitas, ketepatan waktu/*timeliness*, efektifitas

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karateristik Responden	N	%
Pendidikan :		
1. Bidan Sudah Dilatih		
D III Kebidanan	34	97,1
D IV Kebidanan	1	2,9
2. Bidan Belum Dilatih		
D III Kebidanan	35	100,0
D IV Kebidanan	0	0,0
Status Kepegawaian :		
1. Bidan Sudah Dilatih		
PNS	22	62,9
CPNS	2	5,7
PTT	11	31,4
2. Bidan Belum Dilatih		
PNS	15	42,9
CPNS	1	2,9
PTT	19	54,2

Tabel 2. Deskripsi Variabel Penelitian

Variabel Penelitian	N	%
Kualitas		
1. Bidan Sudah Dilatih		
Baik	25	71,4
Kurang	10	28,6
2. Bidan Belum Dilatih		
Baik	13	37,1
Kurang	22	62,9
Kuantitas		
1. Bidan Sudah Dilatih		
Baik	22	62,9
Kurang	13	37,1
2. Bidan Belum Dilatih		
Baik	18	51,4
Kurang	17	48,6
Ketepatan Waktu		
1. Bidan Sudah Dilatih		
Baik	19	54,3
Kurang	16	45,7
2. Bidan Belum Dilatih		
Baik	16	45,7
Kurang	19	54,3
Cost-Effectiveness		
1. Bidan Sudah Dilatih		
Baik	18	51,4
Kurang	17	48,6
2. Bidan Belum Dilatih		
Baik	21	60
Kurang	14	40
Pengawasan/Kebutuhan akan Supervisi		
1. Bidan Sudah Dilatih		
Baik	21	60
Kurang	14	40
2. Bidan Belum Dilatih		
Baik	21	60
Kurang	14	40
Hubungan Interpersonal		
1. Bidan Sudah Dilatih		
Baik	22	62,9
Kurang	15	37,1
2. Bidan Belum Dilatih		
Baik	19	54,3
Kurang	16	45,7
Kinerja		
1. Bidan Sudah Dilatih		
Baik	24	57,1
Kurang	11	31,9
2. Bidan Belum Dilatih		
Baik	18	51,4
Kurang	17	48,6

sumber daya/*cost-effectiveness*, pengawasan/kebutuhan akan supervisi dan hubungan interpersonal dalam penatalaksanaan kunjungan neonatal.

Uji statistic *chi square* untuk menguji hubungan variabel pengganggu terhadap pelatihan dengan kinerja bidan desa. Hasil analisa bivariat diperoleh kecenderungan bahwa pada segi motivasi bahwa motivasi baik memiliki kinerja baik setelah memperoleh pelatihan (51,4%), pada segi umur bahwa umur dewasa penuh memiliki kinerja baik setelah memperoleh pelatihan (48,6%) dan pada segi masa kerja bahwa masa kerja lama memiliki kinerja baik setelah memperoleh pelatihan (40%).

PEMBAHASAN

Pelatihan / *training* dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan sebagai keterampilan dan teknis pelaksanaan kerja tertentu. Jenis pelatihan atau *training* yang pernah diikuti seseorang yang berhubungan dengan bidang kerjanya akan dapat mempengaruhi ketrampilan

dan mental berpengaruh positif terhadap kinerja dari karyawan yang bersangkutan. Pada pegawai harus dididik secara sistematis jika mereka akan melaksanakan pekerjaan dengan baik.

Ukuran kinerja untuk individual salah satunya adalah ukuran kualitas yaitu dinyatakan dalam bentuk pengawasan kualitas yang bervariasi diluar batas, jumlah keluhan yang masih dalam batas yang dapat dipertimbangkan untuk ditoleransi. Bidan desa dalam melakukan kunjungan neonatal berorientasi pada kesesuaian hasil, ketepatan hasil dan ketelitian hasil dengan menggunakan langkah-langkah sesuai standart opsional prosedur.¹

Tentunya dari segi kualitas bidan sudah dilatih dan belum dilatih akan berbeda dalam hal pemberian pelayanan dan melakukan pelayanan, dimana bidan sudah dilatih cenderung mengikuti standar operasional prosedur yang ada. Tidak ada seorangpun sepenuhnya yang cocok untuk bekerja pada suatu pekerjaan, sehingga harus dilakukan pendidikan dan latihan. Dengan pelatihan akan memberikan manfaat terhadap

Tabel 3. Analisis Uji Beda / *t test*

Variabel Penelitian	Mean	Standar Deviasi	p value
Kualitas			
Bidan Sudah Dilatih	60,46	4,926	0,000
Bidan Belum Dilatih	54,49	4,203	
Kuantitas			
Bidan Sudah Dilatih	37,17	4,926	0,892
Bidan Belum Dilatih	37,00	5,552	
Ketepatan Waktu/Timeliness			
Bidan Sudah Dilatih	31,14	5,331	0,728
Bidan Belum Dilatih	30,69	5,635	
Efektifitas Sumberdaya/Cost Effectiveness			
Bidan Sudah Dilatih	26,29	4,902	0,981
Bidan Belum Dilatih	26,26	5,031	
Kebutuhan akan Supervisi			
Bidan Sudah Dilatih	24,69	3,332	0,324
Bidan Belum Dilatih	23,71	4,997	
Hubungan Interpersonal			
Bidan Sudah Dilatih	33,14	5,298	0,680
Bidan Belum Dilatih	32,63	5,100	
Kinerja			
Bidan Sudah Dilatih	212,89	18,599	0,047
Bidan Belum Dilatih	204,77	14,669	

*p value < 0,05 = ada perbedaan

Tabel 4. Rekapitulasi Hasil Uji *Chi Square* Hubungan Variabel Pengganggu terhadap Pelatihan dengan Kinerja Bidan Desa

Variabel	χ^2	p value	keterangan
Motivasi	6,394	0,094	Tidak ada hubungan
Umur	10,553	0,001	Ada hubungan
Masa Kerja	7,729	0,052	Tidak ada hubungan

kualitas kinerja karyawan, moral kerja, pengurangan biaya dan stabilitas organisasi yang selalu harus menyesuaikan dengan persyaratan yang berubah.²

Bidan desa dalam melakukan kunjungan neonatal berorientasi pada pencapaian target sasaran, jenis pelayanan yang diberikan sesuai standart. Penatalaksanaan kunjungan neonatal merupakan salah satu kewajiban yang harus dilaksanakan oleh setiap bidan terutama bidan yang menangani kelahiran bayi tersebut sejak awalnya. Kemudian bidan diberikan tugas untuk memenuhi target-target dari atas seperti cakupan kunjungan neonatal dengan MTBM dan SPM, dengan terpenuhinya target tersebut dapat menjelaskan seberapa besar kuantitas kinerja sebagai bidan.

Secara kuantitas tugas dan kewajiban bidan sudah ditentukan oleh kebijakan dan pimpinan, karena itu setiap kerja bidan harus dapat memenuhi target yang sudah ditentukan, sasaran harus tepat sesuai yang ditentukan. Sudah dilatih ataupun belum dilatih, bidan harus bekerja sesuai tuntutan yang ada, sesuai jumlah sasaran untuk mencapai target yang ditentukan. proses kerja dan kondisi pekerjaan, waktu yang dipergunakan atau lamanya melaksanakan pekerjaan, jumlah kesalahan dalam melaksanakan pekerjaan, dan jumlah dan jenis pemberian pelayanan dalam bekerja.² Kuantitas, dinyatakan dalam bentuk jumlah output, atau persentase antara output aktual dengan output yang menjadi target.³

Petugas kesehatan yang sudah diberikan tanggung jawab maka seorang bidan harus mampu mengatur waktunya dengan baik. Baik sudah dilatih maupun belum dilatih, seorang bidan tetap harus menyusun jadwal kegiatan yang harus dilakukan, dan jadwal tersebut harus sesuai dengan waktu dan kondisi bidan itu sendiri. Sekarang ini sudah banyak tenaga kesehatan lain di desa lokasi bidan desa bertugas sehingga baik

desa yang sudah dilatih maupun belum dilatih dapat mengatur jadwal kerjanya sebaik mungkin yang akhirnya bidan dapat bekerja dengan baik dan tepat waktu. Sesuai hasil penelitian yang dilakukan Suparti (2010), banyaknya bidan yang melaksanakan kinerjanya dengan baik lebih disebabkan karena adanya tenaga kesehatan lain yang ikut membantu bidan dalam menangani permasalahan kesehatan yang ada di desa bidan bertugas. Hal ini menjadi bidan dapat bekerja sesuai jadwal, tanggap dan cepat dalam menangani setiap permasalahan kesehatan.⁴³

Baik bidan sudah dilatih maupun belum dilatih, sama-sama sudah disediakan dalam sumber daya untuk menunjang kinerjanya terutama dalam penatalaksanaan kunjungan neonatal. Sejak dari awal sarana-prasaran, peralatan dan kelengkapan kerja bidan sudah disiapkan oleh organisasi kesehatan yang ada seperti DKK ke Puskesmas ke Polindes/PKD supaya kinerja bidan dapat berjalan dengan baik, jika ada kekurangan maka bidan harus melakukan kinerjanya secara efisien sesuai sumber daya yang ada. Efektivitas biaya terkait dengan tingkat penggunaan sumber-sumber organisasi (orang, material, uang, teknologi) dalam mendapatkan atau memperoleh hasil atau pengurangan pemborosan dalam penggunaan sumber-sumber organisasi.²

Bagi bidan desa sudah dilatih ataupun belum dilatih, harus melaksanakan tugas sebaik-baiknya walaupun tanpa diawasi oleh atasan karena hal ini sudah merupakan tugas dan kewajibannya. Dalam hal kinerja setiap bulan atau setiap setahun pasti ada evaluasi atau penilaian dari atasan untuk itu meskipun secara tidak langsung diawasi dipastikan ada penilaian sehingga bidan akan melakukan tugas semaksimal mungkin, karena supervisi tidak hanya menilai satu kinerja saja, namun secara keseluruhan. Tujuan supervisi² adalah peningkatan dan pemantapan

pengelolaan upaya pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, peningkatan dan pemantapan pengelola sumber daya di semua tingkat administrasi dalam rangka pembinaan pelaksanaan upaya kesehatan, peningkatan dan pemantapan pengelola program-program di semua tingkat administrasi dalam rangka pembinaan upaya kesehatan, peningkatan dan pemantauan pengelola peran serta masyarakat di semua tingkat administrasi dalam rangka pembinaan upaya kesehatan.

Dampak hubungan interpersonal adalah suatu tingkatan dimana kinerja mampu meningkatkan perasaan, penghargaan diri, keinginan, kepuasan kerja serta dapat meningkatkan kerjasama dan kekompakan.⁵

Kerja sama berbeda dengan bekerja bersama-sama. Kerja sama lebih merujuk pada upaya menyelesaikan tugas dalam kerangka mencapai tujuan oleh antar orang-peorangan atau antar satuan kerja dimana masing-masing memiliki ketugasan yang dilakukan secara sinergis.

Tidak adanya rasa bersaing dengan teman satu profesi karena ini untuk melaksanakan setiap tugas setiap manusia pasti memerlukan bantuan manusia lainnya. Orang yang memiliki kompetensi kerja sama akan cenderung berfikir positif kepada orang lain, tidak memaksakan kehendak, empati atas hasil kerja orang lain, dan saling memberi motivasi dalam bekerja. Dengan demikian akan terbangun rasa saling percaya, saling membantu, dan dapat melahirkkan kerja sama yang tangguh dan sinergis.⁶

Pelatihan dilakukan untuk memperbaiki efektifitas karyawan dalam mencapai hasil kerja yang telah ditetapkan, serta dengan maksud memperbaiki penguasaan keterampilan dan teknik-teknik pelaksanaan pekerjaan tertentu, terinci dan rutin. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Hariandja (2002) bahwa pelatihan dilakukan untuk meningkatkan keterampilan teknis karyawan.¹⁴

Dalam suatu organisasi di samping ada motivasi yang diberikan kepada bidan berupa material, intensif, belum cukup kiranya untuk mempengaruhi kinerja bidan dalam melakukan penatalaksanaan kunjungan neonatal. Karena motivasi harus tumbuh dari dalam individu itu

sendiri, motivasi yang berasal dari dalam individu lebih kuat daripada motivasi dari luar karena keputusan untuk melakukan kinerja masih ditentukan oleh pribadi individu itu sendiri. Faktor motivasi merupakan hal yang perlu dikembangkan pada diri karyawan agar dapat memperkuat usaha dalam mencapai tujuan yang diharapkan, motivasi merupakan syarat pokok yang istimewa bagi manusia yang berpengaruh terhadap tingkah laku, mutu kerja.

Motivasi sering kali ditekankan pada rangsangan yang muncul dari seseorang baik dari dalam (motivasi intrinsik), maupun dari luar (motivasi ekstrinsik). Faktor intrinsik adalah faktor-faktor dari dalam yang berhubungan dengan pekerjaan, antara lain keberhasilan mencapai sesuatu dalam karir, pengakuan dari institusi, sifat pekerjaan yang dilakukan, kemajuan dalam berkarir, serta pertumbuhan profesional dan intelektual yang dialami oleh seseorang dalam proses pelayanan yang berkualitas.¹⁷

Pelatihan dan motivasi berdiri sendiri-sendiri dalam mempengaruhi kinerja seorang petugas kesehatan. dalam penelitiannya menunjukkan bahwa pelatihan memberikan pengaruh tersendiri dalam kinerja seorang karyawan dan demikian pula motivasi. Motivasi lebih menekankan aspek dalam diri individu itu sendiri apakah ingin bekerja dengan baik atau tidak meskipun sudah dilatih.

Semakin banyak usia seseorang akan semakin terampil dalam melaksanakan tugas, memiliki kedewasaan yang semakin tinggi dan semakin kecil tingkat kesalahan dalam melaksanakan pekerjaan. Hal itu terjadi karena salah satu faktor kelebihan manusia dari makhluk lainnya adalah kemampuan belajar dari pengalaman, terutama pengalaman yang berakhir pada kesalahan.²⁰

Dapat disimpulkan bahwa hubungan umur dengan kinerja seseorang akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Hal tersebut karena semakin matang umur maka pemahaman terhadap masalah akan lebih dewasa dalam bertindak dan produktivitas seseorang tidak hanya tergantung pada keterampilan fisik saja. Karyawan yang bertambah tua, bisa meningkatkan produktivitasnya karena pengalaman dan lebih

bijaksana dalam mengambil keputusan.²²

Kecenderungan tidak ada hubungan antara pelatihan dengan kinerja bidan dalam penatalaksanaan kunjungan neonatal berdasarkan masa kerjanya dapat diketahui bahwa meskipun telah memiliki banyak pengalaman dalam menjalankan tugasnya namun faktor fisik dan bertambahnya beban kerja membuat kinerja bidan desa berkurang, selain itu adanya asisten dan tenaga kader kesehatan yang siap membantu bidan dalam melakukan kunjungan neonatal meskipun sudah dilatih semakin mengandalkan asisten dan kader kesehatan tersebut.²³

KESIMPULAN

Mayoritas bidan desa sudah dilatih dan belum dilatih berpendidikan terakhir D III Kebidanan. Mayoritas status kepegawaian bidan desa sudah dilatih adalah bidan PTT dan bidan desa belum dilatih adalah bidan PNS. Ada perbedaan kinerja bidan desa yang sudah dilatih dan belum dilatih manajemen terpadu bayi muda di Kabupaten Kudus tahun 2011. Dari penilaian kinerja segi kualitas, ada perbedaan kinerja bidan desa yang sudah dilatih dan belum dilatih dalam penatalaksanaan MTBM. Sedangkan tidak ada perbedaan kinerja bidan desa dalam penatalaksanaan dari aspek kuantitas, ketepatan waktu, efektivitas sumber daya, kebutuhan akan supervisi, hubungan interpersonal (kerjasama). Adapun saran adalah sebaiknya kepala puskesmas dan bidan koordinator melakukan evaluasi terhadap kinerja bidan desa dalam penatalaksanaan kunjungan neonatal di wilayah kerjanya sehingga diketahui hasil pelatihan terhadap hasil kinerja bidan desa. Dinas kesehatan juga diharapkan selalu melakukan *monitoring* dan evaluasi terhadap hasil kinerja bidan desa utamanya yang sudah dilatih untuk mengetahui sejauh mana hasil kinerja bidan desa sehingga bisa dibedakan adanya perbedaan antara bidan yang sudah dilatih dan belum dilatih dari sisi kualitas. Penelitian ini agar bisa dijadikan acuan untuk peneliti selanjutnya.

KEPUSTAKAAN

1. Amorim, Débora G. 2008. *Integrated Management of Childhood Illness: Efficiency of Primary Health in Northeast Brazil*. Rev Saúde Pública 2008;42(2):183-90, R. Papi Júnior 1225 - Rodolfo Teófilo, 60431970 Fortaleza, CE, Brazil.
2. Azwar. A. *Pengantar Administrasi kesehatan*, Binarupa Aksara: Jakarta, 1996.
3. Bernardin, H. John and Joyce, E. A Russel, 1993, *Human Resources Management: An Experiential Approach*, Mc. Graw-Hill International Inc, Singapore.
4. Depkes RI. *Panduan Bidan Tingkat Desa*; Jakarta, 1993
5. Depkes RI Puslitbangkes, *Profil Kesehatan Nasional*, Jakarta, 2011.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar*, Jakarta, 2011.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus, *Manajemen Terpadu Bayi Muda Umur 1 Hari sampai 2 Bulan*, Kudus, 2009.
8. Da Cunha, J. L. A., Alves., Goudois E., Orfalhais.C.S., Sant'Ana.A.M.G., (2000). *Profile of Complaint and Clinical Syndromes of Children Under 5 in Rio De Janeiro, Brazil : Implications for the Implementation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy*: Indian Paediatrics,37,296-307.
9. Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus, *Manajemen Terpadu Bayi Muda Umur 1 Hari sampai 2 Bulan*, Kudus, 2009.
10. English, M., et al, (2003). Causes and Outcome of Young Infant Admissions to a Kenyan District Hospital: *Arch of Dis in Childhood*,88,438-43.
11. Elizabeth Ms. M. Joven. 2011. *Department of Health - National Center for Disease Prevention and Control (DOH-NCDPC)*. Contact Number: 651-7800 local 1726-1730. Copyright © Department of Health All Rights Reserved.
12. Hariandja, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Cetakan Pertama PT Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta, 2002.

13. Lambrechts.T., Bryce.J., Orinda.V, (1999). *Integrated management of childhood diarrhoeas: a summary of first experiences*, Bulletin of World Health Organization, 77(7), 582-92.
14. Lawn.J.. *The Healthy Newborn, A reference manual program for program managers*, The WHO Collaborating Center in Reproductive Health: CDC, CCHI,CARE. 2001.
15. Mangkunegara,Prabu. *Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia, Cetakan kedua*, Refika Aditaman: Jakarta, 2006.
16. Poerwodarminto, W.J.S, 2002, *Kamus Umum Bahasa Indonesia*, BPF, Yogyakarta.
17. Rival, Veithza 1. *Performance Appraisal*, PT Raja Grafindo Persada: Jakarta, 2005.
18. Ruky, A.S. *Sistem Manajemen Kerja: Performance Management System, Panduan Praktis untuk Merancang dan Meraih Kinerja Prima*. PT Gramedia Pustaka Utama: Jakarta 2002.
19. Subekhi, Akhmad, 2012. *Pengantar Manajemen Sumber Daya Manusia*, Yogyakarta, Pretasi Pustaka.
20. Suprihanto, J. *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan*, BPF, Yogyakarta, 2000.
21. Susilo Martoyo, 1998, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Kedua, BPF, Yogyakarta.
22. Thomas O Kirkpatrick & Card T Lewis, *Effective Supervision Preparing for the 21st Century* Orlando The Dryde Press, 1995.
23. Timpe, *Seri Manajemen Sumber Daya Manusia, Kinerja*, Cetakan ke IV PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia, Jakarta, 1999.
24. Robbins. *Perilaku Organisasi : Konsep, Kontroversi dan Aplikasi. Jilid 1 (edisi bahasa Indonesia)*. PT. Prenhallindo, Jakarta, 2001
25. Simamora, *Manajemen Sumber Daya Manusia* Edisi ke dua, Cetakan Ke III, Bagian Penerbitan STIE YKPN, Yogyakarta 2001