

EVALUASI KINERJA PELAYANAN ANTENATAL ANTARA PUSKESMAS CAKUPAN TINGGI DENGAN PUSKESMAS CAKUPAN RENDAH MENGUNAKAN PENDEKATAN *BALANCED SCORECARD*

*EVALUATION ON ANTENATAL CARE PERFORMANCE BETWEEN HIGH AND LOW COVERAGE
COMMUNITY HEALTH CENTERS USING BALANCED SCORECARD*

Ernawati¹, Djaswadi Dasuki², Abdul Wahab³

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

³CHN-RL, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Community Health Center (CHC) is hoped to give quality antenatal care. However, maternal and child health coverage in Bekasi District has not achieved the targeted standard yet. First visit of pregnant mothers in 2006 was 87.5% and fourth visit coverage was 77.8%. There were 21 cases of maternal mortality in 2005 and only four out of 34 CHCs achieved the target of maternal and child coverage. These show that maternal and child health care performance is not optimal; therefore, improvement should be made. One of performance measurements is balanced scorecard which includes four perspectives, namely finance, customers' satisfaction, internal business, and learning and growth.

Objective: To evaluate antenatal care performance between high coverage CHC and low coverage CHC using balanced scorecard approach in Bekasi District.

Method: This was an observational study with cross sectional study design. Qualitative data were used in this study. The subjects were the head of CHCs, the midwives responsible for the implementation of antenatal care in maternal and child health room, and all pregnant mothers receiving forth visit care. The study was performed in Mekarmukti and Cibarusah CHCs. Study instruments were questionnaire, checklist, and interview guide. Univariate analysis and bivariate analysis with chi-square test and stratification were used.

Results: There was an association between providers' education/training and antenatal coverage ($\chi^2 = 10.015$; $p = 0.002$; $PR = 4.026$; $CI\ 95\% = 1.667-9.724$), and patients' satisfaction ($\chi^2 = 4.607$; $p = 0.032$; $PR = 2.516$; $CI\ 95\% = 1.080-6.348$), while standardized care was not related to antenatal care coverage. Stratification analysis showed that antenatal care coverage in Mekarmukti CHC was better than that in Cibarusah CHC ($\chi^2 = 5.662$; $p = 0.017$; $PR = 4.407$; $CI\ 95\% = 1.082-18.789$), patients' satisfaction in Mekarmukti CHC was better than that in Cibarusah CHC ($\chi^2 = 6.935$; $p = 0.008$; $PR = 8$; $CI\ 95\% = 1.256-84.624$). Based on the qualitative data, there was no difference in finance performance in both CHCs.

Conclusions: There is a difference between providers' education/training and the level of patients' satisfaction in Mekarmukti and Cibarusah CHCs. There is no difference in Mekarmukti and Cibarusah CHCs operational fund and standard antenatal care.

Keywords: balanced scorecard, performance, antenatal coverage

ABSTRAK

Latar Belakang: Puskesmas sebagai unit pelayanan dasar diharapkan mampu memberikan pelayanan *antenatal* berkualitas. Di Kabupaten Bekasi cakupan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) pada tahun 2006 adalah K1 (87,5%) dan cakupan K4 (77,8%). Jumlah kematian ibu tahun 2006 sebanyak 21 orang. Dari 34 Puskesmas yang mencapai target cakupan KIA hanya 4 Puskesmas (11,76%). Hal ini menggambarkan bahwa kinerja pelayanan KIA masih belum optimal dan perlu dilakukan evaluasi guna perbaikan kinerja pelayanan KIA di masa datang. Pengukuran kinerja yang dilakukan menggunakan *balanced scorecard* yang meliputi empat perspektif yaitu keuangan, kepuasan pelanggan, proses pelayanan dan pengembangan sumber daya manusia.

Tujuan: Mengevaluasi kinerja pelayanan *antenatal* antara Puskesmas cakupan tinggi dengan Puskesmas cakupan rendah di Kabupaten Bekasi dengan menggunakan pendekatan *balanced scorecard*.

Metode: Jenis penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional* dilengkapi dengan data kualitatif. Subjek penelitian adalah kepala Puskesmas, bidan penanggung jawab dan pelaksana pelayanan *antenatal* di ruang KIA, serta seluruh ibu hamil yang mendapatkan pelayanan K4. Lokasi penelitian di Puskesmas Mekarmukti dan Cibarusah. Instrumen menggunakan kuesioner, *check list* dan pedoman wawancara. Analisis data menggunakan analisis univariat, bivariat dengan uji *chi-square* (χ^2) dan stratifikasi.

Hasil: Analisis menunjukkan hubungan pendidikan/pelatihan dengan cakupan *antenatal* ($\chi^2 = 10,015$; $p = 0,002$; $OR = 4,026$; $95\%CI = 1,667-9,724$) dan kepuasan pasien ($\chi^2 = 4,607$; $p = 0,032$; $OR = 2,516$; $95\%CI = 1,080-6,348$) sedangkan pelayanan sesuai standar tidak berhubungan dengan cakupan *antenatal*. Analisis stratifikasi diketahui ada perbedaan pendidikan/pelatihan terhadap cakupan *antenatal* yaitu Puskesmas Mekarmukti lebih baik dibandingkan Cibarusah ($\chi^2 = 5,662$; $p = 0,017$; $OR = 4,407$; $95\%CI = 1,082-18,789$), kepuasan pasien di Puskesmas Mekarmukti lebih baik dibandingkan Puskesmas Cibarusah ($\chi^2 = 6,935$; $p = 0,008$; $OR = 8$; $95\%CI = 1,256-84,624$). Data kualitatif tentang kinerja keuangan menunjukkan di Puskesmas Mekarmukti lebih baik daripada Puskesmas Cibarusah.

Kesimpulan: Ada perbedaan pendidikan/pelatihan petugas dan tingkat kepuasan pasien antara Puskesmas Mekarmukti dan Cibarusah. Tidak ada perbedaan standar pelayanan *antenatal* dan dana operasional antara Puskesmas Mekarmukti dan Cibarusah.

Kata kunci: *balanced scorecard*, kinerja, cakupan *antenatal*

PENGANTAR

Angka kematian ibu (AKI) merupakan barometer pelayanan kesehatan, semakin rendah angka kematian ibu berarti pelayanan kesehatan pada ibu hamil dan ibu bersalin semakin baik.¹ Upaya yang dilakukan pemerintah dengan menempatkan program KIA sebagai program prioritas melalui fokus strategi *making pregnancy safer* (MPS). Salah satu kebijakannya adalah pelayanan *antenatal* harus diberikan sesuai standar pada semua fasilitas kesehatan.² Ibu hamil yang mendapatkan perawatan *antenatal* yang baik dengan menggunakan model baru atau model standar, maka risiko terjadinya penyakit selama kehamilan dapat terdeteksi secara dini.³

Puskesmas sebagai salah satu fasilitas kesehatan di tingkat dasar, diharapkan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, memuaskan, sesuai standar dan etika profesi.⁴ Cakupan perawatan kehamilan di Purworejo tinggi (86,3%), tetapi manfaat perawatan kehamilan terhadap hasil kehamilan tidak bermakna.⁵

Ibu hamil sebagai pelanggan atau klien yang memanfaatkan Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan yang diharapkan. Kepuasan pelanggan atau pasien sangat ditentukan oleh ketanggapan (*responsiveness*) petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien.⁶

Puskesmas yang mencapai target cakupan K4 berdasarkan data 2006 hanya diperoleh dua Puskesmas yaitu Puskesmas Mekarmukti dan Puskesmas Setu I, sedangkan Puskesmas yang tidak mencapai target salah satunya adalah Puskesmas Cibusah. Puskesmas Cibusah dan Puskesmas Mekarmukti adalah dua dari 34 Puskesmas yang memiliki tipe yang sama dari segi sarana prasarana yang dimiliki, kondisi wilayah dan status Puskesmas. Menarik untuk dilakukan penelitian adalah apakah terdapat perbedaan kinerja antara petugas KIA di Puskesmas Mekarmukti dan Puskesmas Cibusah dari segi keterampilan, kepatuhan menerapkan standar pelayanan, dan kepuasan pasien. Kinerja pelayanan KIA dinilai dari cakupan K1, K4, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Bila kinerja rendah, sedangkan jumlah tenaga dan dana yang digunakan besar, maka efektivitas dan efisiensi pelayanan rendah.⁷

Faktor-faktor yang mempengaruhi baik-buruknya kinerja adalah harapan dalam pekerjaan, umpan-balik segera, lingkungan dan alat, motivasi dan insentif, pengetahuan dan keterampilan, serta kemampuan untuk melakukan pekerjaan.⁸

Balanced scorecard secara komprehensif dapat menelusuri kepuasan pelanggan, memotivasi pegawai, mengukur pencapaian kinerja keuangan

dan membuat tujuan strategis untuk melakukan suatu perubahan yang diukur dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, bisnis internal, pelanggan, dan keuangan.⁹

Di samping itu, *balanced scorecard* juga menjadikan seluruh komponen pelayanan kesehatan yang diberikan lebih koheren, sehingga terjadi peningkatan kecepatan respons petugas terhadap perubahan lingkungan pelayanan. Selain itu, meningkatkan pemberdayaan tenaga kesehatan dalam implementasi rencana pelayanan dan menghasilkan kinerja keuangan Puskesmas dalam jangka panjang.¹⁰

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional*. Metode penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Variabel adalah pendidikan dan pelatihan petugas, standar pelayanan, kepuasan pasien dan dana operasional, dengan variabel terikat cakupan *antenatal*.

Waktu penelitian bulan Mei sampai dengan Juli 2007. Sebagai unit analisis adalah Petugas KIA (bidan), Kepala Puskesmas dan Ibu Hamil yang berkunjung ke Puskesmas terpilih untuk mendapatkan pelayanan *antenatal* pada saat penelitian berlangsung.

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner, *check-list*, dan daftar pertanyaan untuk melakukan *indepth interview*. Analisis data dilakukan dengan analisis univariat, bivariat menggunakan *chi square* dan analisis stratifikasi, dilengkapi data kualitatif dari wawancara terhadap sumber.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Subjek penelitian dibagi dalam tiga kelompok yaitu Kepala Puskesmas, Bidan Penanggung Jawab KIA, dan Ibu Hamil.

1. Kinerja Pelayanan *Antenatal Care* (ANC)

Penilaian kinerja pelayanan *antenatal care* (ANC) menggunakan empat perspektif *balanced scorecard* yaitu perspektif finansial, perspektif *customer*, perspektif bisnis internal dan perspektif pendidikan dan pelatihan.

a. Pendidikan dan Pelatihan

Pendidikan baru terealisasi sebesar (75%), sedangkan pelatihan terdapat dua pelatihan yang masih kurang yaitu standar pelayanan kebidanan (66,67%) dan komunikasi interpersonal konseling (53,33%).

Tabel 1. Target dan Realisasi Perspektif Pendidikan dan Pelatihan Berdasarkan *Balanced Scorecard*

Perspektif Pendidikan dan Pelatihan	Target		Realisasi	
	Skor	%	Skor	%
Pendidikan (SKS)				
Diploma I	40	25	40	25
Diploma III	80	50	80	50
Diploma IV	40	25	0	0
Total	160	100	120	75
Pelatihan (Jam)				
SPK	36	100	24	66,67
KIP-K	30	100	16	53,33
Quality Assurance (QA)	24	100	24	100
Penggunaan buku KIA	42	100	42	100
Total	132	100	106	80,30

b. Pelayanan Sesuai Standar

Distribusi data skor penilaian terhadap pelayanan *antenatal care* sesuai standar menurut Puskesmas tersaji pada Tabel 2.

Tabel 2. Distribusi Skor Penilaian Pelayanan Sesuai Standar Terhadap Pelayanan *Antenatal* Menurut Puskesmas

Puskesmas	Ibu hamil (orang)	Skor penilaian pelayanan sesuai standar		
		Mean ± SD	Min	Max
Mekarmukti	46	71,85 ± 16,03	33	98
Cibarusah	46	62,65 ± 18,50	38	98

Penilaian standar pelayanan *antenatal* lebih baik pada Puskesmas Mekarmukti dibandingkan dengan Puskesmas Cibarusah.

c. Kepuasan Pasien

Distribusi data skor penilaian terhadap kepuasan pasien terhadap pelayanan *antenatal* menurut strata Puskesmas tersaji pada Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi Skor Penilaian Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan *Antenatal* Menurut Puskesmas

Puskesmas	Ibu hamil (orang)	Skor penilaian kepuasan pasien		
		Mean ± SD	Min	Max
Mekarmukti	46	70,13 ± 1,92	65	75
Cibarusah	46	72,54 ± 2,95	67	85

Tingkat kepuasan pasien (ibu hamil) menurut Puskesmas diketahui bahwa ibu hamil lebih puas mendapat pelayanan *antenatal* di Puskesmas Cibarusah dibandingkan dengan Puskesmas Mekarmukti.

d. Biaya Operasional

Penetapan skor sebesar Rp334.740.000,00 dengan realisasi anggaran sebesar Rp49.804 (14,88%), seluruh perspektif finansial memiliki skor terealisasi di bawah 80%. (Tabel 4)

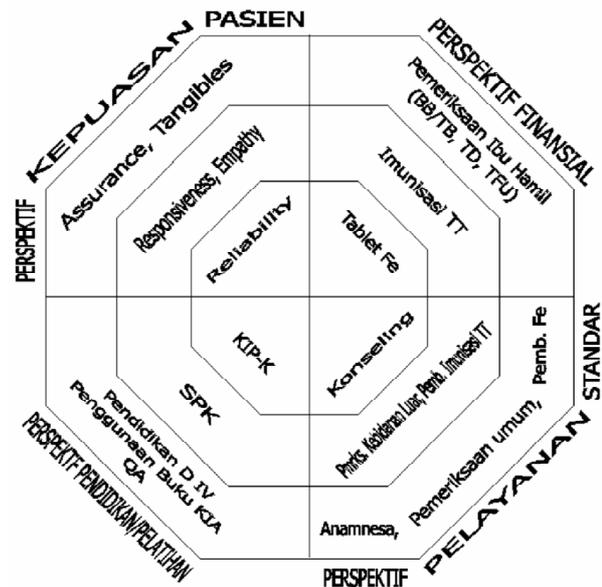
Tabel 4. Target dan Realisasi Perspektif Finansial Berdasarkan *Balanced Scorecard*

Perspektif Finansial	Target		Realisasi	
	Skor	%	Skor	%
Pemeriksaan ibu hamil	33.090	100	15.434	46,64
Pemberian imunisasi TT	3.840	100	1.280	33,33
Pemberian tablet Fe	297.810	100	33.090	11,11
Total	334.740	100	49.804	14,88

Skor : dalam satuan Rupiah (,000)

2. Analisis Kinerja Pelayanan Terhadap Cakupan *Antenatal* Berdasarkan *Balanced Scorecard*

Dengan demikian, berdasarkan nilai kesenjangan *balanced scorecard* dapat disusun perencanaan kegiatan peningkatan kinerja pelayanan *antenatal* berdasarkan empat perspektif (Gambar 1) yaitu :



Gambar 1. Spiderweb Kinerja Pelayanan *Antenatal*

- 1) Jangka Pendek
 - a) Dukungan finansial tablet Fe

Tabel 5. Analisis Kinerja Pelayanan Antenatal Berdasarkan *Balanced Scorecard*

Kinerja Pelayanan	Balanced Scorecard			Prioritas
	Target	Realisasi	Selisih	
	Skor (%)	Skor (%)	Skor (%)	
Pendidikan (SKS)				
1. Diploma I	40 (25)	40 (25)	-	
2. Diploma III	80 (50)	80 (50)	-	
3. Diploma IV	40 (25)	-	40 (25)	
Total	160 (100)	120 (75)	40 (25)	
Pelatihan (Jam)				
1. SPK	36 (100)	24 (66,67)	12 (33,33)	
2. KIP-K	30 (100)	16 (53,33)	14 (46,67)	
3. <i>Quality Assurance</i>	24 (100)	24 (100)	-	
4. Penggunaan buku KIA	42 (100)	42 (100)	-	
Total	132 (100)	106 (80,30)	26 (19,70)	4
Perspektif Pelayanan Sesuai Standar				
1. Anamnesa	1564 (100)	1095 (70,01)	469 (29,99)	
2. Pemeriksaan umum	276 (100)	240 (86,96)	36 (13,04)	
3. Pemeriksaan kebidanan luar	1012 (100)	532 (52,57)	480 (47,43)	
4. Pemb. Imunisasi TT	92 (100)	61 (66,30)	31 (33,70)	
5. Pemb. Fe	92 (100)	86 (93,48)	6 (6,52)	
6. Konseling	644 (100)	312 (48,45)	332 (51,55)	
Total	3680 (100)	2326(63,21)	1354 (36,79)	2
Perspektif Kepuasan Pasien				
1. <i>Reliability</i>	736 (100)	495 (67,26)	241 (32,74)	
2. <i>Responsiveness</i>	368 (100)	270 (73,37)	98 (26,63)	
3. <i>Assurance</i>	2576 (100)	1919 (74,50)	657 (25,50)	
4. <i>Empathy</i>	2208 (100)	1603 (72,60)	605 (27,40)	
5. <i>Tangibles</i>	1472 (100)	1102 (74,86)	370 (25,14)	
Total	7360 (100)	5389(73,22)	1971 (26,78)	3
Perspektif Finansial				
1. Pemeriksaan ibu hamil	33,09 (100)	15,4 (46,64)	17,65 (53,56)	
2. Imunisasi TT	3,84 (100)	1,28 (33,33)	2,56 (66,67)	
3. Tablet Fe	297,81 (100)	33,09(11,11)	264,72 (88,89)	
Total	334,74 (100)	49,80(14,80)	284,9 (85,12)	1

- | | |
|---|---|
| b) Peningkatan pelayanan sesuai standar: pemeriksaan kebidanan luar | c) Pelatihan Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) |
| c) Pelatihan KIP-K | d) Peningkatan kepuasan: <i>empathy</i> dan <i>reponsiveness</i> |
| d) Peningkatan kepuasan: <i>reliability</i> | |
| 2) Jangka Menengah | 3) Jangka Panjang |
| a) Dukungan finansial: imunisasi | a) Dukungan finansial: pemeriksaan ibu hamil: pengukuran tinggi badan dan berat badan, tekanan darah dan tinggi fundus uteri. |
| b) Peningkatan pelayanan sesuai standar: pelaksanaan imunisasi TT | |

- b) Peningkatan pelayanan sesuai standar: *anamnesa*, pemeriksaan umum dan pemberian Fe.
- c) Pelatihan penggunaan Buku KIA (*kohort* ibu dan bayi) dan tugas belajar jenjang Diploma IV pada petugas KIA (bidan) Puskesmas.
- d) Peningkatan kepuasan: *assurance* dan *tangibles*

3. Analisis Hubungan Kinerja Pelayanan Terhadap Cakupan Antenatal

Khusus biaya operasional, analisis dilakukan berdasarkan atas persentase cakupan *antenatal*, distribusi data operasional dan cakupan *antenatal*: indikator 5 T, tersaji pada Tabel 6.

Tabel 6. Anggaran Pembiayaan Kegiatan Antenatal berdasarkan Indikator 5T
[(n) Tidak Standar = 53 Ibu Hamil | (n) Standar = 39 Ibu Hamil]

Puskesmas	Biaya program <i>antenatal</i> per tahun	Indikator 5 T				
		TB/BB	TD	TFU	Imunisasi TT	Tablet Fe
Mekarmukti	Rp. 7.807.536,-	100	100	89,13	78,26	91,30
Cibarusah	Rp. 7.625.640,-	100	100	82,61	54,35	95,65

Besaran pembiayaan operasional pada masing-masing Puskesmas hampir mendekati sama karena alokasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi berdasarkan pada jumlah sasaran dikalikan dengan @Rp4.664 per ibu hamil. Permasalahan yang ditemui di lapangan dapat dikemukakan seperti hasil wawancara peneliti terhadap dua Kepala Puskesmas, hasil wawancara terangkum sebagai berikut:

“... alokasi biaya untuk kegiatan *antenatal* Puskesmas kami sangat kecil sekali untuk sasaran sebanyak 1.674 ibu hamil, jadi kami memprioritaskan pada ibu hamil yang risti (risiko tinggi) sebanyak 48 ibu hamil untuk tahun 2006 sehingga dana yang didapatkan per ibu hamil/tahun sebesar Rp162.657 dengan kegiatan kunjungan rumah dan merujuk pasien ke rumah sakit...” (Kepala Puskesmas Mekarmukti)

“... kegiatan *antenatal* yang ada sumber biayanya kami rasakan tidak cukup, sehingga kami banyak menyatukan kegiatan program-program lain seperti imunisasi dan gizi baik di Posyandu atau Puskesmas, biar sekali jalan dananya cukup memadai daripada kegiatan berjalan sendiri-sendiri...”

“... dana untuk kegiatan khusus seperti pengukuran tinggi badan dan berat badan, tekanan darah, tinggi fundus uteri, imunisasi TT dan tablet Fe di sini ‘Puskesmas’ tidak begitu nampak nyata uangnya, hanya rutin kami ketahui yaitu uang transport dan kunjungan Posyandu. Soalnya kami petugas

KIA tidak mengetahui persis uang tersebut, karena semuanya diserahkan ke bendahara Puskesmas. Kalau memang ada dana tersebut kami dikasih tahu saja ya bu !”
(Koordinator KIA Puskesmas Mekarmukti)

“Anggaran pembiayaan yang kami peroleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi tahun 2006 sebenarnya dirasakan sangat kurang, sehingga kadang-kadang kami mengalami kendala untuk mengaktifkan kegiatan mengingat lokasi antar kelurahan sangat jauh, apalagi berkaitan dengan kegiatan *antenatal* yang harus turun ke lapangan. Untuk mengantisipasi hal tersebut direncanakan kunjungan pada hari tertentu.”

“... satuan biaya untuk kegiatan *antenatal* Puskesmas kami sangat kurang memadai

apalagi hanya sebesar ± Rp5.000,00 per ibu hamil/tahun padahal kunjungan untuk ibu hamil sampai K4, ...”

“... pada Puskesmas kami biaya yang dianggarkan Dinas kami upayakan pada pemanfaatan pada kunjungan ibu hamil yang risti (risiko tinggi) sebesar Rp7.000.000,00 sedangkan sisanya diupayakan pada pertemuan Posyandu dalam rangka pemberdayaan kader Posyandu dalam rangka deteksi dini ibu hamil dengan risiko.” (Kepala Puskesmas Cibarusah)

“... kalau di dibagi per sasaran ibu hamil di Puskesmas kami, saya rasa sangat kecil sekali, namun kami berusaha untuk tetap melaksanakan kegiatan KIA dengan baik meskipun hanya mendapat lelah karena sudah risiko kami selaku Bidan Puskesmas ...”

“... cakupan *antenatal* khusus K4 Puskesmas kami masih di bawah rerata yaitu 54,1%, faktor-faktor penghambat yang kami rasakan adalah kesulitan penjangkauan sasaran, baik ibu hamil ke Puskesmas atau kunjungan rumah ibu hamil oleh Petugas Puskesmas. Ketersediaan dana adalah tidak sampai ke dana transportasi, walaupun bisa kami gabungkan dengan kegiatan lain yang kebetulan lokasinya berdekatan dengan sasaran (Ibu hamil), sehingga keterlambatan kunjungan yang seharusnya terjadwalkan.”

“... dana untuk kegiatan antenatal yang saya ketahui adalah kunjungan ibu hamil risti dan kunjungan Posyandu, itupun sebagian besar untuk transport saja, sedangkan untuk yang lain seperti makan kadang-kadang terpakai

uang sendiri. Kalau memang ada dana lain kami tidak tahu detailnya, sebab semuanya diketahui oleh Kepala Puskesmas dan Bendahara Puskesmas ... !” (Koordinator KIA Puskesmas Cibusah)

Hasil wawancara alokasi anggaran biaya operasional dilakukan juga pada pemegang Program KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi, adapun kutipan hasil wawancara sebagai berikut:

“... anggaran biaya operasional untuk kegiatan *antenatal* dimasukkan dalam mata anggaran Pelayanan Kesehatan Maternal bersumber dari APBD II, yang direncanakan sesuai dengan RASK dan DASK dari usulan Puskesmas. Sedangkan kegiatan KIA lain sebagian besar dimasukkan ke dalam pembiayaan transportasi dan pemeliharaan ...”
 “... kalau dana pelaksanaan imunisasi TT dan Fe merupakan kerja sama lintas program yaitu P2M dan Gizi, sehingga saya hanya selaku pemantau kegiatan dan laporan hasil cakupan, soalnya biaya diketahui oleh 2 pemegang program tersebut ...”

“... perencanaan kami lakukan berdasarkan atas penetapan sasaran oleh Puskesmas, oleh karena kami menyerahkan sepenuhnya pemanfaatannya oleh Puskesmas, hanya saja pertanggungjawabannya harus mengikuti ketentuan pelaporan keuangan daerah Kabupaten Bekasi ...” (Kasi KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi)

Analisis dilakukan pada variabel-variabel penelitian terhadap cakupan *antenatal* menurut tingkat pendidikan dan pelatihan, pelayanan sesuai standar dan kepuasan pasien, hasil analisis dapat disampaikan pada Tabel 7.

Cakupan *antenatal* dipengaruhi oleh pendidikan/pelatihan petugas KIA ($\chi^2 = 10,015$; $p = 0,002$; PR = 4,026; 95%CI= 1,667-9,724) dan kepuasan pasien ($\chi^2 = 4,607$; $p = 0,032$; PR = 2,516; 95%CI = 1,080-6,348). Adapun pelayanan sesuai standar tidak berhubungan terhadap cakupan *antenatal* pada kategori cukup ($p = 0,777$; PR = 1,114; 95%CI = 0,451-2,903), baik ($p = 0,775$; PR = 1,118; 95%CI = 0,386-3,589).

4. Analisis Stratifikasi

Analisis variabel pendidikan/pelatihan dan kepuasan pasien terhadap cakupan *antenatal* dapat disampaikan sebagai berikut :

a. Hubungan antara Pendidikan/Pelatihan dan Cakupan Antenatal Berdasarkan Strata Puskesmas

Berdasarkan stratifikasi diketahui bahwa ada perbedaan pendidikan dan pelatihan terhadap cakupan *antenatal* di Puskesmas Mekarmukti ($\chi^2 = 5,662$; $p = 0,017$; PR = 4,407; 95%CI = 1,082-18,789) lebih baik dibandingkan dengan Puskesmas Cibusah. dalam arti dengan adanya tingkat pendidikan dan pelatihan pada petugas KIA di Puskesmas Mekarmukti akan mengakibatkan peningkatan cakupan *antenatal* yang sesuai standar sebesar 4,407 kali. (Tabel 8).

b. Hubungan antara Kepuasan Pasien dan Cakupan Antenatal Berdasarkan Strata Puskesmas

Ada perbedaan kepuasan pasien di Puskesmas Mekarmukti ($\chi^2 = 6,935$; $p = 0,008$; PR = 8; 95%CI = 1,256-84,624) dibandingkan dengan Puskesmas Cibusah, dalam arti kepuasan pasien yang datang

Tabel 7. Hubungan Variabel-Variabel Penelitian dengan Cakupan Antenatal [(n) Tidak Standar = 53 Ibu Hamil I (n) Standar = 39 Ibu Hamil]

Variabel	Cakupan Antenatal			χ^2	p	PR (95%CI)
	Tidak standar (%)	Standar (%)	Total (%)			
Pendidikan dan pelatihan						
D I	34 (73,91)	12 (26,09)	46 (100,0)	10,015	0,002*	4,026 (1,667-9,724)
D III	19 (41,30)	27 (58,70)	46 (100,0)			
Pelayanan sesuai standar						
Kurang	25 (59,52)	17 (40,48)	42 (100,0)	0,118	0,777	Reference (0,451-2,903)
Cukup	18 (56,25)	14 (43,75)	32 (100,0)			
Baik	10 (55,56)	8 (44,44)	18 (100,0)			
Kepuasan pasien						
Kurang puas	35 (67,31)	17 (32,69)	52 (100,0)	4,607	0,032*	2,516 (1,080-6,348)
Puas	18 (45,00)	22 (55,00)	40 (100,0)			

* Signifikansi $p < 0,05$

ke pelayanan KIA di Puskesmas Mekarmukti lebih baik dibandingkan dengan Puskesmas Cibarusah.

Kepuasan pasien terhadap cakupan *antenatal* yang sesuai standar di Puskesmas Mekarmukti akan memberikan perbedaan risiko sebesar 8 kali dibandingkan dengan kepuasan pasien di Puskesmas Cibarusah. (Tabel 9).

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden dan Petugas

Ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas pada umumnya berusia rata-rata 20-35 tahun, karena pada kelompok ini adalah usia masa subur sehingga aman untuk hamil. Pendidikan ibu hamil di kedua Puskesmas rata-rata SLTA, hal ini menunjukkan pada umumnya yang berkunjung ke Puskesmas adalah ibu hamil dengan taraf pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA). Tingginya tingkat pendidikan maka makin tinggi tuntutan akan mutu pelayanan. Tingkat pendapatan bagi ibu hamil di kedua Puskesmas terdapat perbedaan yaitu Puskesmas Mekarmukti ibu hamil yang berkunjung rata-rata memiliki pendapatan Rp1 juta- Rp2 juta per bulan yaitu 50%, hal ini menggambarkan bahwa rata-rata ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas Mekarmukti adalah kriteria ekonomi menengah.

Petugas di Puskesmas Mekarmukti rata-rata berumur 31-40 tahun, sedangkan di Puskesmas Cibarusah rata-rata berumur lebih dari 40 tahun. Pendidikan formal bagi petugas di kedua Puskesmas hampir sama yaitu rata-rata berpendidikan D1. Lama tugas untuk kedua Puskesmas berbeda, Puskesmas Mekarmukti rata-rata bertugas 0-20 tahun, sedangkan di Puskesmas Cibarusah 50% lama tugasnya lebih dari 20 tahun.

2. Perspektif Pendidikan dan Pelatihan

Hasil penelitian ditemukan bahwa pendidikan/ pelatihan petugas (bidan) yang memberikan pelayanan *antenatal* di Ruang KIA Puskesmas Mekarmukti lebih baik daripada Puskesmas Cibarusah.

Kepatuhan petugas terhadap standar pelayanan ditentukan dengan efektivitas pendidikan yang diterimanya.¹² Tingginya pengetahuan yang dimiliki petugas ditentukan oleh efektivitas pendidikan dan pelatihan yang diselenggarakan oleh organisasi.¹⁰ *Balanced scorecard* tidak hanya menekankan pada *output* organisasi saja tetapi juga infrastruktur organisasi itu sendiri yang terdiri dari orang, sistem dan prosedur.¹³

Tabel 8. Analisis Stratifikasi Hubungan Pendidikan/Pelatihan Terhadap Cakupan Antenatal Berdasarkan Strata Puskesmas [(n) Tidak Standar = 53 Ibu Hamil I (n) Standar = 39 Ibu Hamil]

Puskesmas	Pendidikan dan pelatihan	Cakupan Antenatal			χ^2	p	PR (95%CI)
		Tidak standar(%)	Standar (%)	Total (%)			
Mekarmukti	D I	17 (73,91)	6 (26,09)	23 (100,0)	5,662	0,017	4,407 (1,082-18,789)
	D III	9 (39,13)	14 (60,87)	23 (100,0)			
Cibarusah	D I	17 (73,91)	6 (26,09)	23 (100,0)	4,394	0,036	3,683 (0,913-15,589)
	D III	10 (43,48)	13 (56,52)	23 (100,0)			
Total (%)		53 (57,61)	39 (42,39)	92 (100,0)			

Tabel 9. Analisis Stratifikasi Hubungan Kepuasan Pasien Terhadap Cakupan Antenatal Berdasarkan Strata Puskesmas [(n) Tidak Standar = 53 Ibu Hamil I (n) Standar = 39 Ibu Hamil]

Puskesmas	Kepuasan pasien	Cakupan Antenatal			χ^2	p	PR (95%CI)
		Tidak standar (%)	Standar (%)	Total (%)			
Mekarmukti	Kurang puas	24 (66,67)	12 (33,33)	36 (100,0)	6,935	0,008	8 (1,256-84,624)
	Puas	2 (20,00)	8 (80,00)	10 (100,0)			
Cibarusah	Kurang puas	11 (68,75)	5 (31,25)	16 (100,0)	1,023	0,312	1,925 (0,462-8,781)
	Puas	16 (53,33)	14 (46,67)	30 (100,0)			
Total (%)		53 (57,61)	39 (42,39)	92 (100,0)			

Tujuan finansial, pelanggan dan proses internal di *balanced scorecard* biasanya memperlihatkan adanya kesenjangan antara kapabilitas sumber daya manusia, sistem dan prosedur untuk menghasilkan kinerja yang baik.¹⁴ Untuk menutupi kesenjangan ini harus dilakukan pelatihan petugas, peningkatan teknologi dan informasi, serta peningkatan prosedur kegiatan rutin.

Pelatihan merupakan suatu keharusan bila organisasi menghendaki kinerja yang baik dari para pegawainya, kendati mengandung untung-rugi pelatihan lebih banyak memberikan keuntungan. Pelatihan akan meningkatkan kepuasan *customer* dan meningkatkan pelatihan petugas.¹⁵

3. Perspektif Bisnis Intern Yaitu Pelayanan Sesuai Standar

Hasil penilaian kepatuhan petugas terhadap standar pelayanan *antenatal* di Ruang KIA pada umumnya lebih baik di Puskesmas Mekarmukti daripada di Puskesmas Cibusah¹⁶ mengungkapkan bahwa kepatuhan petugas terhadap standar pelayanan sangat dipengaruhi oleh kemampuan petugas dalam melakukan kinerja didukung oleh fasilitas dan peralatan, serta prosedur pelaksanaan pelayanan.

Sikap petugas di Ruang KIA lebih baik dibandingkan dengan Puskesmas Cibusah, sikap yang baik dalam memberikan pelayanan kepada *customer* tidak ada pengaruhnya terhadap jumlah kunjungan pasien. Kepatuhan petugas dalam melakukan *anamnesa* pada pelayanan *antenatal* secara statistik lebih baik di Puskesmas Mekarmukti dibandingkan dengan Puskesmas Cibusah, kepatuhan petugas dalam melakukan *anamnesa* akan dapat mengetahui atau tergalinya permasalahan yang sedang dihadapi oleh ibu hamil, sehingga risiko atau komplikasi secara dini akan dapat diketahui, hal ini didukung dengan hasil penelitian¹⁷, bahwa wanita hamil yang tidak melakukan perawatan kehamilan mempunyai risiko terjadinya abnormal 1,6 kali jauh lebih tinggi dibanding wanita yang melakukan pemeriksaan kehamilan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa pelayanan *antenatal* standar 5T lebih baik di Puskesmas Mekarmukti dibandingkan dengan Puskesmas Cibusah. Standar pelayanan 5T merupakan indikator kualitas pelayanan *antenatal*, kualitas perawatan kehamilan tidak saja mencakup banyaknya pemeriksaan kehamilan, namun juga konseling dan pemeriksaan dengan cara pendekatan risiko adalah penting untuk masyarakat, khususnya pada kehamilan risiko tinggi.¹⁷

4. Perspektif Customer (Kepuasan Pasien)

Peningkatan kepuasan pasien dipengaruhi oleh adanya salah satu mutu pelayanan *antenatal* yang sesuai standar, berdasarkan asumsi tersebut maka apakah Puskesmas yang memiliki cakupan tinggi disebabkan oleh kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan.

Dari hasil analisis terdapat perbedaan kepuasan pasien yang mendapatkan pelayanan di Ruang KIA Puskesmas Mekarmukti lebih baik dibandingkan dengan Puskesmas Cibusah. Perbandingan kepuasan pasien terhadap pelayanan *antenatal* sesuai standar di Puskesmas Mekarmukti 8 kali lebih puas dibandingkan dengan kepuasan pelayanan *antenatal* di Ruang KIA Puskesmas Cibusah. Hal ini didukung oleh penelitian Ghufroon dkk,¹⁸ bahwa sebanyak 1,7 ibu hamil tidak mau memeriksakan kehamilannya pada bidan yang terdekat karena alasan bidan kurang memiliki kemampuan dalam adaptasi dengan budaya setempat dan kurang mampu dalam memberikan pelayanan dan mendeteksi, merujuk secara medik, sehingga hal ini menimbulkan ketidakpuasan ibu untuk memanfaatkan bidan dalam perawatan kehamilan.

Kepuasan pasien tidak hanya berdasarkan pada penilaian terhadap keterampilan petugas, tetapi harus mencakup hubungan petugas dengan pasien, kenyamanan pelayanan dan kebebasan melakukan pilihan, kemampuan dan kompetensi teknis dan efektivitas pelayanan dan keamanan tindakan.²⁴

Berdasarkan observasi dan wawancara peneliti terhadap pasien ditemukan waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan di Ruang KIA berkisar antara 2 - 15 menit. Hal ini mempengaruhi ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan. Pelanggan akan merasa puas jika mendapatkan pelayanan yang mereka butuhkan sesuai dengan ketepatan waktu, biaya, dan berkualitas pelayanan.¹⁴ Ibu hamil umumnya menghargai tenggang waktu yang singkat dan tepat waktu, serta jasa yang konstan.

Salah satu aspek untuk mengukur proses pelayanan adalah *responsiveness* yaitu kesediaan untuk membantu ibu hamil dalam memberikan pelayanan yang cepat terhadap setiap pasien yang dilayani.²⁰

5. Perspektif Finansial

Berdasarkan hasil penelitian ini bahwa faktor finansial atau keuangan tidak berpengaruh terhadap cakupan *antenatal* dan ditemukan tidak ada perbedaan besar dana yang digunakan dalam pelayanan *antenatal* antara Puskesmas Mekarmukti dan Puskesmas Cibusah, namun dalam hal

pencapaian cakupan pelayanan *antenatal* terdapat kesenjangan antara kedua Puskesmas tersebut.

Banyak faktor yang mempengaruhi seperti yang dikemukakan oleh Lou, C, dan Solichin, M²¹ yang menggunakan *balanced scorecard* untuk menilai kepuasan kerja, diketahui bahwa faktor *financial* tidak dapat berdiri sendiri, ia harus didukung dengan faktor *non-financial*.

Suatu tempat pelayanan kesehatan yang ingin menghasilkan tingkat kepuasan tinggi perlu memiliki kekuatan *financial* dalam mengembangkan, memperbaharui, serta meningkatkan pelayanan.²²

Pada penelitian ini kedua Puskesmas memperoleh dana operasional yang sama akan tetapi terdapat perbedaan kinerja. Hal ini disebabkan karena jumlah realisasi dana tidak sesuai dengan usulan. Hal ini didukung oleh pendapat Azwar²³ yang menyatakan bahwa pembiayaan kesehatan harus memenuhi persyaratan antara lain tersedia dalam jumlah yang cukup, penyebaran dana sesuai kebutuhan dan pemanfaatan tepat pada sasaran.

Dalam menilai kinerja organisasi, ukuran-ukuran keuangan saja dinilai kurang mewakili. Hal ini disebabkan karena ukuran-ukuran keuangan memiliki beberapa kelemahan yaitu pendekatan finansial bersifat historis, sehingga hanya mampu memberikan indikator dari kinerja manajemen dan tidak mampu sepenuhnya menuntun organisasi kearah yang lebih baik. Pengukuran lebih berorientasi kepada manajemen operasional dan kurang mengarah kepada manajemen strategis.¹²

KE Simpulan dan Saran

Terdapat perbedaan pendidikan dan pelatihan antara Puskesmas cakupan tinggi (Mekarmukti) dengan Puskesmas cakupan rendah (Cibarusah), yaitu pendidikan dan pelatihan lebih baik pada Puskesmas Mekarmukti dari pada Puskesmas Cibarusah. terdapat perbedaan kepuasan pasien antara Puskesmas cakupan tinggi (Mekarmukti) dengan Puskesmas cakupan rendah (Cibarusah) yaitu tingkat kepuasan pasien di Puskesmas Mekarmukti lebih baik dibandingkan dengan Puskesmas Cibarusah, serta tidak ada perbedaan kepatuhan petugas terhadap standar pelayanan *antenatal* antara Puskesmas Mekarmukti dengan Puskesmas Cibarusah.

Anggaran atau dana operasional yang digunakan untuk pelayanan KIA tidak terdapat perbedaan di kedua Puskesmas. Cakupan *antenatal* secara umum dipengaruhi oleh tingkat kepuasan pasien, pendidikan dan pelatihan petugas dan anggaran/dana operasional yang digunakan untuk

pelayanan *antenatal*, sehingga disarankan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi dapat melakukan evaluasi secara berkala terhadap kinerja Puskesmas menggunakan *balanced scorecard* dan menyusun standar pedoman penilaian kinerja. Puskesmas dapat melakukan evaluasi kinerjanya secara berkala menggunakan standar pedoman penilaian kinerja dan *balanced scorecard*, sehingga dapat meningkatkan cakupan pelayanan khususnya *antenatal* yang berkualitas sesuai standar.

KEPUSTAKAAN

1. World Health Organization, NHA Producers Guide, WHO, Geneva, 2002, Available on: <http://www.who.int>
2. Departemen Kesehatan R.I, Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia, 2003: 58-62. <http://depkes.go.id/>. Diakses pada 15 Maret 2006.
3. Villar J, Ba'aqueel H, Piaggio G, Lumbiganon, P, Belizan MJ, Farnot U, Almazrou, Carroli G, Pinol A, Donner A, Langer A, Nigenda G, Mugford M, FoxRushby J, Hutton G, Bergsjö P, Bakketeig L, Berendes H, "WHO Antenatal Care Randomised Trial for the Evaluation of A New Model of Routine Antenatal Care", The Lancet, 2001:1551-64.
4. Departemen Kesehatan R.I, Modul Ajar Safe Motherhood, Jakarta. 1999.
5. Dasuki D, Hakimi M, Wilopo SA, Kurniawati L. Evaluasi Efektivitas Perawatan Kehamilan Di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah. Berita Kedokteran Masyarakat, 1997;XIII:16-20.
6. Abdurrauf. Evaluasi Kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Banjar berdasarkan Balanced Scorecard, Tesis, UGM, Yogyakarta. 2000.
7. Departemen Kesehatan R.I, Modul Ajar Safe Motherhood, Jakarta. 1998.
8. Fort AL, & Voltero L. Factors Affecting the Performance Health Care Provider in Armenia, Journal of Bio Med Central. 2004;2(8)June:1-11
9. Wijono Djoko, Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan, Airlangga University Press, Surabaya. 1997.
10. Mulyadi. Sistem Terpadu Pengelolaan Kinerja Personel Berbasis Balanced Scorecard, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2000.
11. Departemen Kesehatan R.I, Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar, Jakarta. 1996.
12. Mulyadi. Balanced Scorecard: Alat Manajemen Kontemporer untuk Pelipatgandaan Kinerja Keuangan Perusahaan. Salemba Empat, Jakarta. 2001.

13. Sasongko N. Balanced Scorecard Perspektif pembelajaran dan Pertumbuhan (Learning and Growth Perspective). Workshop Akuntansi Manajemen. Fakultas Ekonomi Universitas Jenderal Achmad Yani.2000.
14. Kaplan RS, dan Norton David P. Translating Strategy Into Action The Balanced Scorecard, Harvard Business School Press, Boston.1996b.
15. Mayer T, A. Cates RJ, Mastorovich, M. J., and Royalty, D.L. Emergency Departement Pasien Satisfaction Cutomer Service Training Improves Patient Statisfaction and Ratings of Physician and Nurce Skill, *Journal of Health Care Management*,1998;43(5): 427 – 40.
16. Katz JM, Green E. Managing Quality a Quality a to System WIDE Performance Management in Health Care. Mosby Year Book, Second Edition, St Louis Missouri.1997.
17. Dasuki D, Hakimi M, Wilopo SA, Kurniawati L. Evaluasi Efektifitas Perawatan Kehamilan Di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 1997;XIII:16-20.
18. Ghufron A, Wahab A, Hakimi M. Pemanfaatan Pelayanan Bidan Desa Dalam Pemeriksaan Kehamilan di Kabupaten Purworejo. CHNRL Faculty of Medicine, Gadjah Mada University, Yogyakarta. 1997.
19. Azwar A. Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga. Bina Putra, Jakarta.1996.
20. Parasuraman A . Customer Service In Business to Business Market; An Agenda For Research, University of Miami, Florida USA, *Journal of Busness dan Industrial Marketing*,1998;13 (4/5): 309-21.
21. Lau C, Solichin M. Measurement Financial, Non Finansial Perspektif.2005.
22. Nelson EC, Rust Roland T, Zahorik Antoni, Rosi Robin L, Batalden Paul, and Siemanski Beth Ann. Do Patient Perceptions Of Quality Relate to Hospitel Financial Performance, *Journal of Health Care Marketing*,1992; 12 (4): 6-13.
23. Azwar A. Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga. Bina Putra, Jakarta.1996.