

Permodelan multilevel analisis pengukuran kinerja program kesehatan anak (KN1) di 8 Propinsi di Indonesia = Multilevel modeling analysis performance measurement children's health program (KN1) at 8 provinces in Indonesia

Triseu Setianingsih, author

Deskripsi Lengkap: <https://lib.ui.ac.id/detail?id=20434228&lokasi=lokal>

Abstrak

ABSTRAK

Di Indonesia Angka kematian neonatus masih belum mengalami penurunan dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2012 yaitu 19/1000 KH (SDKI,2012).Sebagian besar kematian neonatal yang terjadi setelah 6-48 jam pasca kelahiran dapat dicegah dengan perawatan bayi baru lahir yang tepat dan dimulai segera setelah melahirkan melalui Kunjungan neonatal pertama (KN1) yang adekuat dan sesuai standar (WHO,2012). Namun kualitas pelayanan KN1 masih belum sesuai dengan target yang diharapkan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara multivel faktor-faktor yang mempengaruhi Kunjungan neonatal pertama dari berbagai level.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan didukung oleh penelitian kualitatif. Sampel yang digunakan untuk masing-masing level adalah 1014 ibu bayi untuk level 1, 95 orang pengelola desa untuk level desa, 51 pengelola Program kesehatan anak Puskesmas untuk level 3 dan 13 pengelola Program kesehatan anak kabupaten untuk level 4 yang ada di 8 Propinsi di Indonesia. Analisis data dilakukan melalui analisis univariat, bivariat, multivariat dengan Regresi Logistik dan permodelan Multilevel dengan menggunakan analysis multilevel regression logistic random intercept model dengan menggunakan Program Stata 14.0. Metode triangulasi digunakan dalam studi kualitatif untuk menjaga validitas data.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa capaian KN1 akses sebesar 47.5% lebih tinggi dibanding KN1 berkualitas yaitu 29.3 %. Hasil pemodelan multilevel menunjukkan bahwa variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap KN1 Akses dan kualitas adalah Penolong persalinan dengan PValue.0.000 dan OR=3.359 untuk KN1 akses dan PValue 0.04 dan OR = 3.035 untuk KN1 kualitas. Pada permodelan akhir, secara bersama-sama kontribusi semua level pada KN1 akses sebesar 57.27 % sedangkan untuk KN1 kualitas sebesar 87.76%. Berdasarkan penerapan manajemen mutu total sebagian besar 52.6 % Puskesmas berada pada fase 2 dan Level 2 yaitu masih berorientase ke Proses belum mengarah ke penerapan Total manajemen mutu (TQM). Penelitian ini menunjukkan kesesuaian pola hubungan antara enabler dan result sesuai pola dalam EFQM model.

Disarankan kepada Dinas Kesehatan kabupaten dan Kementerian Kesehatan, untuk mengupayakan dan menjamin keberadaan dan pendistribusian bidan di setiap desa dan mengoptimalkan perencanaan tenaga kesehatan (bidan) sesuai PMK N0.33 Tahun 2015. Disarankan kepada Puskesmas untuk mengupayakan kontak antara petugas kesehatan dengan ibu bayi sebelum kelahiran bayi untuk meningkatkan akses pada periode berikutnya

yaitu KN1. Perlu adanya kerjasama dan kemitraan yang baik antara puskesmas dengan pengelola desa untuk menguatkan keberdayaan desa dalam bidang kesehatan sehingga pada level individu ibu menjadi lebih berdaya dan memiliki peluang yang besar untuk membawa anaknya dalam pelaksanaan KN1, selain itu untuk meningkatkan kualitas manajemen Puskesmas perlu adanya supervisi dan penerapan SMM (Sistem Manajemen Mutu) Puskesmas misalnya melalui penerapan ISO untuk menjamin Pelayanan Prima dan pengelolaan Puskesmas yang berkualitas.

<hr>

ABSTRACT

Neonatal mortality rate in Indonesia is still experiencing a decrease from 2007 up to 2012, namely 19/1000 KH (IDHS, 2012). Most of neonatal deaths that occur after 6-48 hours after birth can be prevented with newborn care is appropriate and started soon after birth through the first neonatal visit (KN1) adequate and appropriate standards (WHO, 2012). However KN1 service quality still does not meet the expected target. This study aims to analyze multiviel factors affecting neonatal visit was the first of a variety of levels. This research is a quantitative research was supported by qualitative research. The sample used for each level is 1014 mothers of infants to level 1, 95 managers of the village to the village level, 51 managers of health programs Child Health Center for level 3 and 13 managers Program child health districts to level 4 in 8 Provinces in Indonesia, The data analysis was done through univariate, bivariate, and multivariate logistic regression modeling Multilevel analysis using multilevel logistic regression models with random intercept using the program Stata 14.0. Triangulation method used in a qualitative study to maintain the validity of the data.

The results showed that the achievement KN1 asks by 47.5% higher than the quality KN1 ie 29.3%. Multilevel modeling results indicate that the variables that most influence on KN1 Access and quality are labor Helper with PValue.0.000 and OR = 3.359 for KN1 access and pvalue 0:04 and OR = 3,035 for KN1 quality. At the end of the modeling, jointly contribute to the KN1 access all levels of 57.27% while for KN1 quality of 87.76%. Based on the application of total quality management largely PHC 52.6% are in Phase 2 and Level 2 is still berorientase to process not yet led to the implementation of total quality management (TQM). This study demonstrated the suitability of the pattern of relationships between enablers and the result according to the pattern in the model EFQM. Suggested to the District Health Office and the Ministry of Health, to seek and ensure the presence and distribution of midwives in every village and optimize the planning of health professionals (midwives) in accordance PMK N0.33 Year 2015. It is suggested to contact the health center to seek health care workers with the baby's mother before birth baby to improve access in the next period that is KN1. The need for cooperation and partnership between local health centers with managers of the village to strengthen the empowerment of villagers in the health sector so that at the level of individual mothers become more empowered and have a great opportunity to bring his son in the implementation KN1, in addition to improving the quality of management of PHC need for supervision and implementation of QMS (quality Management System) health centers for

example through the implementation of ISO to guarantee the quality Service and quality management of the health center.