

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kinerja Posyandu

1. Posyandu

Pos Pelayanan Terpadu atau Posyandu adalah unit kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat dengan pembimbing tenaga kesehatan dari Puskesmas yang bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Depkes RI, 2012). Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi. Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non instruktif, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat (Kemenkes, 2011).

Posyandu berada di setiap desa/kelurahan atau sebutan lainnya yang sesuai. Bila diperlukan dan memiliki kemampuan, dimungkinkan untuk didirikan di RW, dusun, atau sebutan lainnya yang sesuai. Sasaran Posyandu adalah seluruh masyarakat, utamanya bayi, anak balita, ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui, dan Pasangan Usia Subur (PUS). Tujuan utama dibentuknya Posyandu adalah menunjang percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Anak Balita (AKABA) di Indonesia melalui upaya pemberdayaan masyarakat. Pengintegrasian layanan sosial dasar di Posyandu adalah suatu upaya mensinergikan berbagai layanan yang dibutuhkan masyarakat meliputi perbaikan kesehatan dan gizi, pendidikan dan perkembangan anak, peningkatan ekonomi keluarga,

ketahanan pangan keluarga dan kesejahteraan sosial. Sehingga Posyandu memberikan kemudahan bagi masyarakat untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan, memperoleh layanan secara profesional dalam pemecahan masalah kesehatan terutama terkait kesehatan ibu dan anak, serta Efisiensi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dasar terpadu dan pelayanan sosial dasar sektor lainterkait (Kemenkes, 2011).

Kedudukan posyandu terhadap puskesmas adalah sebagai wadah pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang secara teknis medis dibina oleh Puskesmas. Adanya Posyandu dapat memberikan kemudahan bagi Puskesmas dalam pemecahan masalah kesehatan masyarakat dengan lebih spesifik sesuai kondisi setempat serta mendekatkan akses pelayanan kesehatan dasar pada masyarakat (Kemenkes, 2011).

Struktur organisasi Posyandu ditetapkan oleh musyawarah masyarakat pada saat pembentukan Posyandu. Struktur organisasi tersebut bersifat fleksibel, sehingga dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, kondisi, permasalahan dan kemampuan sumberdaya. Struktur organisasi minimal terdiri dari ketua, sekretaris, dan bendahara serta kader Posyandu yang merangkap sebagai anggota. Kader Posyandu yang selanjutnya disebut kader adalah anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu secara sukarela (Kemenkes, 2011).

2. Sasaran Kinerja Posyandu

Sasaran Posyandu adalah seluruh masyarakat, utamanya:

- a. Bayi
- b. Anak balita
- c. Ibu hamil, ibu nifas, dan ibu menyusui
- d. Pasangan Usia Subur (PUS)

3. Kegiatan Posyandu

Kegiatan Posyandu menurut Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu (2011) terdiri dari kegiatan utama dan kegiatan

pengembangan/pilihan. Secara rinci kegiatan Posyandu adalah sebagai berikut:

a. Kegiatan Utama

1. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

a. Ibu Hamil

Pelayanan yang diselenggarakan untuk ibu hamil mencakup:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, pengukuran tekanan darah, pemantauan nilai status gizi (pengukuran lingkaran lengan atas), pemberian tablet besi, pemberian imunisasi Tetanus Toksoid, pemeriksaan tinggi fundus uteri, temu wicara (konseling) termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dibantu oleh kader. Apabila ditemukan kelainan, segera dirujuk ke Puskesmas.
- 2) Untuk lebih meningkatkan kesehatan ibu hamil, perlu diselenggarakan Kelas Ibu Hamil pada setiap hari buka Posyandu atau pada hari lain sesuai dengan kesepakatan. Kegiatan Kelas Ibu Hamil antara lain sebagai berikut: 1) Penyuluhan tentang tandabahaya ibu hamil, persiapan persalinan, persiapan menyusui, KB, dan gizi. 2) Perawatan payudara dan pemberian ASI. 3) peragaan pola makan ibu hamil. 4) peragaan perawatan bayi baru lahir. 5) senam ibu hamil.

b. Ibu Nifas dan Menyusui

Pelayanan yang diselenggarakan untuk ibu nifas dan menyusui mencakup:

1. Penyuluhan/konseling kesehatan, KB pasca persalinan, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI eksklusif dan gizi.
2. Pemberian 2 kapsul vitamin A warna merah 200.000 SI (1 kapsul segera setelah melahirkan dan 1 kapsul lagi 24 jam setelah pemberian kapsul pertama).
3. Perawatan payudara.

4. Dilakukan pemeriksaan kesehatan umum, pemeriksaan payudara, pemeriksaan tinggi fundus uteri (rahim) dan pemeriksaan lochia oleh petugas kesehatan. Apabila ditemukan kelainan, segera dirujuk ke Puskesmas.

c. Bayi dan Anak Balita

Pelayanan Posyandu untuk bayi dan anak balita harus dilaksanakan secara menyenangkan dan memacu kreativitas tumbuh kembangnya. Adapun jenis pelayanan yang diselenggarakan Posyandu untuk balita mencakup:

- Penimbangan berat badan
- Penentuan status pertumbuhan
- Penyuluhan dan konseling
- Jika ada tenaga kesehatan Puskesmas dilakukan pemeriksaan kesehatan, imunisasi dan deteksi dini tumbuh kembang. Apabila ditemukan kelainan segera dirujuk ke Puskesmas.

2. Keluarga Berencana (KB)

Pelayanan KB di Posyandu yang dapat diberikan oleh kader adalah pemberian kondom dan pemberian pil ulangan. Jika ada tenaga kesehatan Puskesmas dapat dilakukan pelayanan suntik KB dan konseling KB. Apabila tersedia ruangan dan peralatan yang menunjang serta tenaga yang terlatih dapat dilakukan pemasangan IUD dan implant.

3. Imunisasi

Pelayanan imunisasi di Posyandu hanya dilakukan oleh petugas Puskesmas. Jenis Imunisasi yang diberikan disesuaikan dengan program terhadap bayi dan ibu hamil.

4. Gizi

Pelayanan gizi di Posyandu dilakukan oleh kader. Jenis pelayanan yang diberikan meliputi penimbangan berat badan, deteksi dini gangguan pertumbuhan, penyuluhan dan konseling gizi, pemberian makanan tambahan (PMT) lokal, suplementasi Vitamin A dan tablet Fe. Apabila ditemukan ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK), balita yang berat badannya

tidak naik dua kali berturut-turut atau berada di bawah garis merah (BGM), kader wajib segera melakukan rujukan ke Puskesmas atau Poskesdes .

5. Pencegahan dan Penanggulangan Diare

Pencegahan diare di Posyandu dilakukan dengan penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Penanggulangan diare di Posyandu dilakukan melalui pemberian oralit. Apabila diperlukan penanganan lebih lanjut diberikan obat *Zinc* oleh petugas kesehatan.

b. Kegiatan Pengembangan/Tambahan

Dalam keadaan tertentu masyarakat dapat menambahkan kegiatan posyandu dengan kegiatan baru, disamping 5 (lima) kegiatan utama yang telah ditetapkan. Kegiatan baru tersebut misalnya: perbaikan kesehatan lingkungan, pengendalian penyakit menular, dan berbagai program pembangunan masyarakat desa lainnya. Posyandu yang seperti ini disebut dengan nama Posyandu Terintegrasi.

Penambahan kegiatan baru sebaiknya dilakukan apabila lima kegiatan utama telah dilaksanakan dengan baik dalam arti cakupan di atas 50%, serta tersedia sumber daya yang mendukung. Penetapan kegiatan baru mendapat dukungan dari seluruh masyarakat yang tercermin dari hasil Survey Mawas Diri (SMD) dan disepakati bersama melalui forum Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).

Pada saat ini telah dikenal beberapa kegiatan tambahan posyandu yang telah diselenggarakan antara lain:

1. Bina Keluarga Balita (BKB).
2. Kelas Ibu Hamil dan Balita
3. Penemuan dini dan pengamatan penyakit potensial Kejadian Luar Biasa (KLB), misalnya Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), Demam Berdarah (DBD), gizi buruk, Polio, Campak, Difteri, Pertusis, dan Tetanus Neonatorum.
4. Pos Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).
5. Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa (UKGMD).

6. Penyediaan air bersih dan penyehatan lingkungan pemukiman (PAB-PLP).
7. Program diversifikasi pertanian tanaman pangan dan pemanfaatan pekarangan, melalui Tanaman Obat Keluarga (TOGA).
8. Kegiatan ekonomi produktif, seperti: Usaha Peingkatan Pendapatan Keluarga (UP2K), dan usaha simpan pinjam.
9. Tabungan Ibu Bersali(Tabulin), Tabungan Masyarakat (Tabumas).
10. Kesehatan lanjut usia melalui Bina Keluarga Lansia (BKL).
11. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR).
12. Pemberdayaan fakir miskin, komunitas adat terpencil dan penyandang masalah kesejahteraan sosial.

4. Penyelenggaraan Posyandu

Penyelenggaraan Posyandu baik waktu dan tempat penyelenggaraan serta tugas para pelaksana kegiatan berdasarkan Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu (2011) sebagai berikut:

a. Waktu Penyelenggaraan

Posyandu buka satu kali dalam sebulan. Ahri dan waktu dipilih, sesuai dengan hasil kesepakatan. Apabila diperlukan, hari buka Posyandu dapat lebih dari satu kali dalam sebulan.

b. Tempat Penyelenggaraan

Tempat penyelenggaraan kegiatan Posyandu sebaiknya berada dilokasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat. Tempat penyelenggaraan tersebut dapat di salah satu rumah warga, halaman rumah, balai desa/kelurahan, balai RW/RT/dusun, salah satu kios di pasar, ruang perkantoran, atau tempat khusus yang dibangun secara swadaya oleh masyarakat.

c. Penyelenggaraan Kegiatan

Kegiatan rutin Posyandu diselenggarakan dan digerakkan oleh Kader Posyandu dengan bimbingan teknis dari Puskesmas dan sektor terkait. Pada saat penyelenggaraan Posyandu minimal jumlah kader adalah lima orang. Jumlah ini sesuai dengan jumlah langkah yang dilaksanakan oleh Posyandu, yakni yang mengacu

sistem lima langkah. Kegiatan yang dilaksanakan pada setiap langkah serta para penanggungjawab pelaksanaannya secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut.

Tabel 1. Langkah Penyelenggaraan Kegiatan Posyandu

Langkah	Kegiatan	Pelaksana
Pertama	Pendaftaran	Kader
Kedua	Penimbangan	Kader
Ketiga	Pengisian KMS	Kader
Keempat	Penyuluhan	Kader
Kelima	Pelayanan Kesehatan	Kader atau kader bersama petugas kesehatan

d. Tugas dan Tanggungjawab Para Pelaksana

Terselenggaranya pelayanan Posyandu melibatkan banyak pihak. Adapun tugas dan tanggungjawab masing-masing pihak dalam menyelenggarakan Posyandu adalah sebagai berikut.

- Kader
 - Sebelum hari buka Posyandu, antara lain: menyebarluaskan hari buka Posyandu, mempersiapkan tempat pelaksanaan, mempersiapkan sarana Posyandu, pembagian tugas antar kader, berkoordinasi dengan petugas kesehatan dan petugas lain, serta mempersiapkan bahan PMT penyuluhan.
 - Pada hari buka Posyandu, antara lain: melaksanakan pendaftaran pengunjung, penimbangan balita dan ibu hamil, mencatat hasil penimbangan di buku KIA atau KMS dan buku register Posyandu, penyuluhan dan konseling, membantu petugas kesehatan, saat pelayanan selesai kader dan petugas melengkapi pencatatan dan membahan hasil kegiatan serta tindak lanjut.
 - Diluar hari buka Posyandu, antara lain: mengadakan pemutakhiran data sasaran Posyandu, membuat diagram batang (balok) SKDN tentang jumlah semua balita yang bertempat tinggal di wilayah kerja Posyandu, jumlah balita yang mempunyai KMS atau Buku KIA, jumlah balita yang

datang pada hari buka Posyandu dan jumlah balita yang ditimbang berat badannya naik. Melakukan tindak lanjut terhadap sasaran yang tidak datang, yang memerlukan penyuluhan lanjutan, memberitahukan agar berkunjung ke Posyandu saat hari buka, melakukan kunjungan tatap muka ke tokoh masyarakat, dan menghadiri pertemuan rutin kelompok masyarakat atau organisasi keagamaan.

- Petugas Puskesmas

Kehadiran tenaga kesehatan Puskesmas yang diwajibkan di Posyandu satu kali dalam sebulan. Dengan perkataan lain kehadiran tidak pada setiap hari buka Posyandu (untuk Posyandu yang buka lebih dari satu kali dalam sebulan). Peran petugas Puskesmas pada hari buka Posyandu antara lain membimbing kader, menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana di langkah lima, penyuluhan dan konseling, menganalisis hasil kegiatan Posyandu, dan melakukan deteksi dini tanda bahaya umum serta melakukan rujukan ke Puskesmas apabila dibutuhkan.

- *Stakeholder* (Unsur Pembina dan Penggerak Terkait)

- Camat, selaku penanggung jawab Kelompok Kerja Operasional (Pokjal) Posyandu kecamatan
- Lurah/Kepala Desa penanggung jawab Kelompok Kerja Operasional (Pokjal) Posyandu Desa/Kelurahan
- Instansi/Lembaga Terkait, seperti Badan/Kantor/Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintah Desa (BPMPD) yang berperan untuk koordinasi penyelenggaraan pembinaan, penggerak masyarakat, teknis advokasi, dan sebagainya. Dinas Kesehatan, berperan dalam membantu pemenuhan pelayanan sarana dan prasarana kesehatan serta dukungan bimbingan tenaga teknis kesehatan. BAPPEDA dalam koordinasi perencanaan umum, anggaran serta evaluasi, Kantor Kementerian Agama, Dinas Pendidikan, Dinas Pertanian, dan sebagainya, berperan

mendukung teknis operasional Posyandu sesudah dengan peran dan fungsi masing-masing.

- Tim Penggerak PKK, berperan aktif dalam penyelenggaraan Posyandu, Penggerak peran serta masyarakat, penyuluhan, melengkapi data sesuai Sistem Informasi Posyandu (SIP) atau Sistem Informasi Manajemen (SIM).
- Tokoh Masyarakat/Forum Peduli Kesehatan Kecamatan (apabila telah terbentuk) berperan dalam menggali sumber daya untuk kelangsungan penyelenggaraan Posyandu.
- Organisasi Kemasyarakatan/LSM, berperan memberikan dukungan sarana dan dana untuk pelaksanaan kegiatan Posyandu.
- Swasta/Dunia Usaha berperan memberikan dukungan sarana dan dana untuk pelaksanaan kegiatan Posyandu, berperan aktif sebagai sukarelawan.

5. Pembiayaan

a. Sumber Biaya

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011) Pembiayaan Posyandu berasal dari berbagai sumber antara lain:

- Masyarakat
 1. Iuran pengguna/pengunjung Posyandu
 2. Iuran masyarakat umum dalam bentuk dana sehat.
 3. Sumbangan/donatur dari perorangan atau kelompok masyarakat
 4. Sumber dana sosial lain, misalnya dana sosial keagamaan, zakat, infaq, sodaqoh, dan sebagainya.
 5. Swasta/Dunia Usaha
 6. Hasil Usaha

Pengurus dan kader dapat melakukan usaha yang hasilnya disumbangkan untuk biaya pengelolaan Posyandu. Usaha yang dilakukan misalnya, kelompok Usaha bersama (KUB), hasil karya kader seperti kerajinan TOGA

- Pemerintah

Bantuan dari pemerintah terutama diharapkan yakni berupa dan dan bantuan lain dalam bentuk sarana dan prasarana Posyandu yang bersumber dari dana APBN.

6. Pemanfaatan dan Pengolahan Dana

Dana yang diperoleh Posyandu digunakan untuk membiayai kegiatan Posyandu. Pengelolaan dana dilakukan oleh Pengurus Posyandu. Dana harus disimpan ditempat yang aman dan jika mungkin mendatangkan hasil. Untuk keperluan biaya rutin disediakan kas kecil yang dipegang oleh kader yang ditunjuk. Setiap pemasukan dan pengeluaran harus dicatat dan dikelola secara bertanggungjawab (Kemenkes, 2011).

7. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dilakukan oleh kader setelah kegiatan dilaksanakan. Pencatatan dilakukan dengan menggunakan format baku sesuai dengan program kesehatan, Sistem Informasi Posyandu (SIP) atau Sistem Informasi Manajemen (SIM) yakni buku register, catatan kegiatan pertemuan, kegiatan usaha, buku pengelola keuangan, dan lain-lain sesuai kegiatan yang dilaksanakan.

Pada dasarnya kader Posyandu tidak wajib melaporkan kegiatan kepada Puskesmas ataupun kepada sektor terkait lainnya. Bila Puskesmas atau sektor membutuhkan data tertulis yang terkait dengan berbagai kegiatan Posyandu, maka Puskesmas atau sektor lain harus mengambilnya langsung ke Posyandu. Untuk itu perlu ditunjuk petugas yang bertanggungjawab untuk pengambilan data hasil kegiatan Posyandu (Kemenkes, 2011).

8. Tingkat Perkembangan Program

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011) Perkembangan masing-masing Posyandu tidak sama. Dengan demikian, pembinaan yang dilakukan untuk masing-masing Posyandu juga berbeda. Untuk mengetahui tingkat perkembangan Posyandu, telah dikembangkan metode dan alat telaah perkembangan Posyandu, yang dikenal dengan nama Telaah Kemandirian Posyandu. Tujuan Telaah adalah untuk mengetahui tingkat perkembangan Posyandu yang secara umum dibedakan atas 4 (empat) tingkat sebagai berikut:

a. Posyandu Pratama

Posyandu Pratama adalah Posyandu yang belum mantap, yang ditandai oleh kegiatan bulanan Posyandu belum terlaksana secara rutin serta jumlah kader sangat terbatas yakni kurang dari 5 (lima) orang. Penyebab tidak terlaksananya kegiatan rutin bulanan Posyandu, di samping karena jumlah kader yang terbatas, dapat pula karena belum siapnya masyarakat Intervensi yang dapat dilakukan untuk perbaikan peringkat adalah memotivasi masyarakat serta menambah jumlah kader.

b. Posyandu Madya

Posyandu Madya adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih, tetapi cakupan kelima kegiatan utamanya masih rendah, yaitu kurang dari 50%. Intervensi yang dapat dilakukan untuk perbaikan peringkat adalah meningkatkan cakupan dengan mengikutsertakan tokoh masyarakat sebagai motivator serta lebih menggiatkan kader dalam mengelola kegiatan Posyandu.

c. Posyandu Purnama

Posyandu Purnama adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya masih terbatas yakni kurang dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.

d. Posyandu Mandiri

Posyandu Mandiri adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya

lebih dari 50% KK yang bertempat tinggal di wilayah kerja Posyandu. Intervensi yang dilakukan bersifat pembinaan termasuk pembinaan program dana sehat, sehingga terjamin kesinambungannya. Selain itu dapat dilakukan intervensi memperbanyak macam program tambahan sesuai dengan masalah dan kemampuan masing-masing.

9. Kinerja Posyandu

Kinerja merupakan catatan *outcome* yang dihasilkan dari fungsi pegawai atau kegiatan yang dilakukan selama periode waktu tertentu (Puspita, 2011). Pusita (2011) juga menyebutkan bahwa kinerja adalah hasil yang diinginkan dari perilaku dan kinerja individu adalah dasar kinerja organisasi.

Pengertian yang sama juga dikemukakan menurut Gibson (1996) dalam Suparti (2010) bahwa kinerja merupakan catatan keluaran hasil pada suatu fungsi jabatan atau seluruh aktivitas kerja dalam periode tertentu. Agar dapat menghasilkan kinerja yang baik, seseorang memiliki kemampuan, kemauan, usaha, serta dukungan dari lingkungan. Kemauan dan usaha akan menghasilkan motivasi, sehingga seseorang akan menampilkan perilaku untuk bekerja.

Pengertian lain menurut Mahsun (2009) dalam Wirasata (2010) dari berbagai literatur secara umum bahwa kinerja adalah gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan/program/kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi organisasi yang tertuang dalam perencanaan strategi suatu organisasi.

Penilaian kinerja merupakan proses menilai hasil karya Sumber Daya Manusia (SDM) dalam suatu organisasi melalui instrument penilaian kinerja (Kepmenkes, 2009).

Ridwan (2007) dalam Jasmawaty (2012) mengatakan bahwa kinerja posyandu dilihat dari penyelenggaraan pelaksanaan posyandu, sehingga mencapai strata kemandirian posyandu. Kemandirian posyandu tersebut dilihat dari frekuensi penimbangan, rata-rata kader yang bertugas, cakupan partisipasi masyarakat (D/S), program tambahan dan cakupan dana sehat.

Berdasarkan pengertian dari para ahli, dapat disimpulkan bahwa kinerja merupakan hasil kerja atau tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan/program/kebijakan dalam suatu organisasi untuk mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi organisasi yang tertuang dalam perencanaan selama periode waktu tertentu.

10. Indikator Tingkat Perkembangan Posyandu

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011) Untuk mengetahui Kinerja Posyandu dapat diketahui melalui tingkat perkembangan Posyandu, ditetapkan seperangkat indikator yang digunakan sebagai penyaring atau penentu tingkat perkembangan Posyandu. Secara sederhana indikator untuk tiap peringkat Posyandu dapat diuraikan sebagai berikut:

Tabel 2. Tingkat Perkembangan Posyandu

NO	Indikator	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1	Frekuensi penimbangan	<8	>8	>8	>8
2	Rerata Kader	<5	≥5	≥5	≥5
3	Rerata cakupas D/S	<50%	<50%	≥50%	≥50%
4	Cakupan Kumulatif KIA	<50%	<50%	≥50%	≥50%
5	Cakupan Kumulatif KB	<50%	<50%	≥50%	≥50%
6	Cakupan Kumulatif Imunisasi	<50%	<50%	≥50%	≥50%
7	Program tambahan	-	-	+	+
8	Cakupan dana sehat	<50%	<50%	<50%	≥50%

Jenis indikator yang digunakan untuk setiap program disesuaikan dengan prioritas program tersebut.

11. Penilaian Kinerja Posyandu

Pengukuran kinerja merupakan suatu aktivitas penilaian pencapaian target-target tertentu yang dimaksud untuk tujuan strategi organisasi (Wirasata, 2010). Selain itu menurut Setyani (1999) dalam Rohmadi (2003), penilaian kinerja merupakan suatu tindakan untuk melihat apakah segala sesuatunya berjalan sesuai dengan yang direncanakan.

Kamus Besar Bahasa Indonesia mengartikan penilaian berarti proses atau perbuatan memperkirakan atau menghargai sesuatu.

Sedangkan indikator adalah alat pemantauan atau sesuatu yang dapat memberikan petunjuk atau keterangan.

Kinerja adalah pencapaian kegiatan mulai dari masukan, proses, sampai hasil. Indikator kinerja posyandu berarti alat pemantau untuk kegiatan posyandu yang meliputi input, process, dan output posyandu (Moeliono, 1989 dalam Pakhri, 2002).

Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa penilaian atau pengukuran kinerja posyandu merupakan suatu alat yang digunakan untuk menilai kegiatan atau aktivitas berdasarkan tujuan atau target yang telah ditentukan sebelumnya meliputi *input*, *process*, dan *output* sehingga semua berjalan sesuai dengan yang direncanakan.

Penilaian kinerja dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan atau kriteria, menurut Putri (1990) dalam Puspita (2011) menggunakan metode penilaian kinerja berdasarkan konsep *input-proses-output*. Sementara menurut Ainsworth dkk, (2002) dalam Puspita (2011) pengukuran kinerja menggunakan skala dua faktor, yakni skala hasil dan skala usaha, dimana ukuran ini memfokuskan pada : produktivitas, biaya, mutu, kepuasan pelanggan, dan tenggat waktu.

Hardiansyah (1999) dalam Pakhri (2002) telah menyusun instrument penilaian kinerja posyandu yang dapat melihat kelemahan atau kekuatan posyandu setiap 6 bulan. Instrument penelitian tersebut meliputi : *input*, *proses*, dan *output* yang masing-masing diberi skor dan kemudian dijumlahkan, dengan skor maksimal 500. Kinerja posyandu dinyatakan baik, jika total skor yang diperoleh $\geq 80\%$. Komponen *input* diantaranya terdiri dari : alat bantu, bahan, kader dan organisasi. Komponen *proses* diantaranya meliputi : persiapan dan penimbangan, penyuluhan, pelayanan paket pertolongan gizi dan kesehatan, serta pelaporan dan tindak lanjut. Sedangkan komponen *output* diantaranya meliputi : pelaporan dan cakupan SKDN, cakupan vitamin A, dan cakupan Fe.

Tabel 3. Indikator Penilaian Kinerja Posyandu Berdasarkan Konsep *input-proses-output*

INDIKATOR	NILAI REAL	KETERANGAN NILAI	RENTAN NILAI
INPUT			
1. Sumber pembiayaan Posyandu a. Swadaya Masyarakat b. Desa/ Kelurahan/ Kecamatan c. Kabupaten/ Kota / Provinsi d. Swasta / Dunia Usaha			
2. Sarana Posyandu a. Dacin, Buku KIA, Media Penyuluhan, Form Pelaporan / papan data (5 macam / lebih). b. 3 – 4 macam c. 1 – 2 macam d. Tidak ada			
3. Tempat Kegiatan Posyandu milik a. Warga masyarakat b. Desa / Kelurahan c. Pribadi warga d. Hibah			
4. Kader Terlatih Posyandu a. Lebih dari 10 Kader b. 7 – 10 Kader c. 4 – 6 Kader d. 1 – 3 Kader			
PROSES			
1. Frekuensi Penimbangan Posyandu a. 12 kali/tahun b. 10-11 kali/tahun c. 7-9 kali/tahun d. 1-6 kali/tahun			
2. Kegiatan Imunisasi Analisa Cakupan Imunisasi a. Tiap bulan (12 kali/tahun) b. 8 kali/tahun atau lebih c. 5 kali/tahun atau lebih d. Tidak pernah			
3. Kegiatan penimbangan analisa hasil penimbangan a. Tiap bulan (12 kali/tahun) b. 8 kali/tahun atau lebih c. 5 kali/tahun atau lebih d. Tidak pernah			

4. Pemanfaatan KMS/Buku KIA a. 80% atau lebih b. 60-79% c. 25-59% d. 0-25%			
5. Pelayanan Bumil, Bunifas, Buteki a. 80% atau lebih b. 60-79% c. 25-59% d. 0-25%			
6. Pelayanan KB a. 80% atau lebih b. 60-79% c. 25-59% d. 0-25%			
7. Penyuluhan di Posyandu a. 5 program atau lebih b. 4 program c. 3 program d. 1-2 program			
8. Keterampilan Kader mengisi KMS			
9. Keterampilan Kader dalam Konseling			
OUTPUT			
1. Capaian Pelaporan Posyandu			
2. Penimbangan (SKDN)			
3. ASI eksklusif			
4. Distribusi Kapsul Vitamin A			
5. Distribusi Tablet Fe			
Rata-rata			

CATATAN :

Angka Penilaian Real terbagi 4 kategori :

- a. Baik : 80 – 100
- b. Cukup : 60 – 79
- c. Kurang: 40 – 59

Besarnya Nilai disesuaikan dengan kenyataan yang ada dan didukung dengan dokumentasi yang ada (SK, SE, Buku Catatan, Jadwal Kegiatan, Media Penyuluhan, dll)

Penilaian pada indikator *output* menggunakan tolak ukur Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/Kota bidang kesehatan.

Kinerja posyandu dikatakan baik bila posyandu mencapai strata kemandirian posyandu. Kemandirian posyandu tersebut dilihat dari frekuensi penimbangan, rata-rata kader yang bertugas, cakupan

partisipasi masyarakat (D/S), program tambahan dan cakupan dana sehat (Ridwan, 2007 dalam Jasmawaty, 2012).

12. SKDN

Hasil langsung dari kegiatan Posyandu diantaranya berupa cakupan penimbangan (SKDN) cakupan tersebut menggunakan tolak ukur Standar Pelayanan Minimal (SPM) kabupaten/kota bidang kesehatan dan Kegiatan Pembinaan Gizi Masyarakat Tahun 2011 (Pakhir, 2002). Cakupan Penimbangan (data SKDN) dapat diuraikan sebagai berikut (Sembiring, 2004).

- Data S adalah data jumlah semua balita di wilayah kerja Puskesmas.
- Data K adalah data jumlah balita yang daftar dan mendapat Kartu Menuju Sehat (KMS)
- Data D adalah data jumlah balita yang datang dan menimbang berat badannya di bulan tersebut.
- Data N adalah data jumlah balita yang ditimbang dan naik berat badannya.
- Data BGM adalah data jumlah balita yang ditimbang dan berada pada Bawah Garis Merah (BGM).

Hasil dari pengolahan dan dianalisis data cakupan penimbangan dihitung dalam bentuk proporsi, diantaranya (Sembiring, 2004) :

- Proporsi D/S yaitu balita yang ditimbang berat badannya pada periode waktu tertentu dibandingkan dengan jumlah seluruh balita tertentu. hal tersebut menunjukkan tinggi rendahnya tingkat partisipasi masyarakat terhadap posyandu.
- Proporsi K/S yaitu balita yang tercatat dan memiliki KMS dibandingkan dengan jumlah seluruh balita tertentu. Hal tersebut menunjukkan cakupan penimbangan yang dilakukan di wilayah tersebut.
- Proporsi N/D yaitu jumlah balita yang ditimbang dan naik berat badannya dibandingkan dengan jumlah balita yang datang dan menimbang berat badannya pada periode waktu tertentu. Hal ini menunjukkan bahwa berhasil atau tidaknya program Posyandu.

- Proporsi N/S yaitu jumlah balita yang ditimbang dan naik berat badannya dibandingkan dengan jumlah seluruh balita tertentu. hal ini menunjukkan hasil program Posyandu (Nusi, 2006)
- Proporsi BGM/D yaitu jumlah balita yang ditimbang dan berat badannya berada pada Bawah Garis Merah dibandingkan dengan jumlah balita yang datang dan menimbang berat badannya pada periode waktu tertentu.

13. Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Posyandu

a. Faktor Lingkungan Sosial Posyandu

Partisipasi masyarakat adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan permasalahan-permasalahan masyarakat tersebut. Dalam hal ini dimana masyarakat aktif memikirkan, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi program-program kesehatan masyarakatnya (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2007), tokoh masyarakat adalah jembatan antara sektor kesehatan dengan masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian Sudarti (1990) menunjukkan bahwa di daerah, tokoh masyarakat berpartisipasi aktif dan memberikan perhatian terhadap kader menghasilkan kegiatan Posyandu yang maju. Menurut Sucipto (2009) dukungan tokoh masyarakat (Kepala Desa) kepada kader posyandu sangat penting, hal ini disebabkan tokoh masyarakat merupakan tokoh yang paling disegani dan berpengaruh di wilayah tersebut. Dukungan dan saran dari tokoh masyarakat merupakan salah satu bentuk motivasi dan semangat bagi kader dalam melaksanakan tugasnya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Pakhri (2002), membuktikan bahwa partisipasi tokoh masyarakat mempengaruhi input, output, dan total kinerja posyandu. Selain itu partisipasi tokoh masyarakat juga mempengaruhi kegiatan pelaporan dan tindak lanjut di posyandu. Tjukarni (2002) dalam Pakhri (2002), menemukan sikap tokoh masyarakat terhadap kegiatan posyandu

positif, namun pengetahuan mereka tentang masalah gizi umumnya masih kurang.

Menurut Pusat Bahasa Departemen Pendidikan dan Kebudayaan (Depdikbud), swadaya masyarakat dalam posyandu merupakan kekuatan sendiri dari masyarakat untuk memenuhi kebutuhan posyandu agar kegiatan dapat terlaksana dengan baik, terutama dalam pengadaan sarana, tenaga atau dana sendiri seperti tempat posyandu, bahan penyuluhan, bahan Pemberian Makanan Tambahan (PMT), buku pencatatan, papan data dan kesejahteraan kader (Nusi, 2006).

Hal tersebut didukung pula menurut Direktorat Jendral Pemberdayaan Masyarakat Desa Departemen Dalam Negeri (Dirjen PMD Depdagri) bahwa pelayanan posyandu akan berjalan dengan baik apabila potensi yang ada dalam masyarakat dapat dioptimalkan dengan baik (Nusi, 2006).

Rendahnya dukungan masyarakat diduga karena kelemahan dalam pelaksanaan program kemasyarakatan saat ini yang tidak melibatkan masyarakat sejak awal. Masyarakat hanya sekedar diperkenankan berpartisipasi dalam pelaksanaan fisiknya dilapangan (Pakhri, 2002).

b. Pembinaan Posyandu

Pembinaan merupakan kegiatan prioritas yang direncanakan dan berkesinambungan agar hasil kegiatan meningkat. Pembinaan posyandu perlu dilakukan agar posyandu berfungsi dengan baik (Pakhri, 2002). Pengertian lain diungkapkan oleh Stoner et al (1996) dalam Suparti (2010) bahwa supervisi atau pembinaan adalah salah satu upaya pengarahan dengan memberikan petunjuk serta saran, setelah menemukan alasan dan keluhan pelaksana dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi. Tujuan supervisi adalah untuk meningkatkan performance dari petugas kesehatan secara kontinyu.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa pembinaan atau supervisi merupakan suatu kegiatan pengarahan atau bimbingan secara berlanjut dalam

rangka mengatasi permasalahan yang dihadapi sehingga kegiatan meningkat sesuai dengan tujuan dan sasaran.

Pembinaan dan pengawasan posyandu dilakukan secara berjenjang dari tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, dan desa/kelurahan (Kemenkes, 2011). Bentuk pembinaan dan pengawasan dilakukan melalui Menteri Dalam Negeri yang melakukan pembinaan dan pengawasan di tingkat provinsi, Gubernur melakukan pembinaan dan pengawasan di tingkat kabupaten/kota, kemudian Bupati melakukan pembinaan dan pengawasan di tingkat kecamatan, dan Kepala Desa melakukan pembinaan terhadap pelaksanaan layanan kesehatan dasar dan layanan sosial dasar lainnya di posyandu.

Menurut Depdagri (2001) dalam Nusi (2006), untuk mendukung kegiatan posyandu sebagai sarana pelayanan kesehatan dasar pengembangan kualitas sumber daya manusia sejak dini, diperlukan institusi pembina posyandu yang berfungsi memfasilitasi, membina, memantau, dan mengevaluasi kegiatan posyandu sesuai kebutuhan.

Adapun kelembagaan yang mengkoordinasikan fungsi pembinaan dari pemerintah tersebut, diorganisasikan melalui wadah Kelompok Kerja Operasional Posyandu (Pokjanal Posyandu), sedangkan di tingkat Desa/Kelurahan dikoordinasikan melalui Pokja Posyandu (Kemenkes, 2011). Tujuannya adalah untuk mengkoordinasikan berbagai upaya pembinaan yang berkaitan dengan peningkatan fungsi dan kinerja posyandu, yang secara operasional dilaksanakan oleh unit atau kelompok pengelola posyandu di desa (Kemenkes, 2011).

Sifat dari pembinaan tersebut adalah mengayomi dan mendukung pelaksanaan kegiatan yang diwujudkan dalam rangkaian upaya yang dilakukan oleh pembina terhadap kader, dengan tujuan membantu mengatasi berbagai masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan posyandu maupun pemberian perhatian dan penghargaan terhadap upaya yang telah

dilakukan kader dan masyarakat dalam rangka meningkatkan kegiatan posyandu (Nusi, 2006).

Pembinaan yang dilakukan mencakup dua hal, yaitu pembinaan secara langsung dan pembinaan tidak langsung. Pembinaan langsung meliputi kunjungan posyandu dan kontak langsung dengan kader, sedangkan pembinaan tidak langsung meliputi rapat atau pertemuan berkala tim pembina maupun pertemuan berkala dengan kader. Tujuannya adalah memberikan perhatian dan penghargaan kepada para pelaksana kegiatan, membimbing pelaksanaan kegiatan agar berjalan dengan lancar, dan membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh para pelaksana kegiatan (Nusi, 2006).

Kunjungan yang dilakukan oleh pembina posyandu tidak hanya berkaitan dengan petugas kesehatan Puskesmas saja, melainkan petugas diluar kesehatan juga turut berperan dalam kunjungan tersebut, seperti Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PKLB) memperhatikan kegiatan kader yang menyangkut pencatatan dan pelaporan serta cara kader memberikan penyuluhan perseorangan di meja 4 atau penyuluhan kelompok kepada para ibu yang sedang menunggu giliran anaknya menimbang (Depkes, 1995 dalam Nusi, 2006).

Kemudian Petugas Penyuluh Pertanian Lapangan (PPL) atau mantri tani mengadakan kontak dengan kader untuk mengetahui perkembangan produksi tanaman perkarangan dan pemeliharaan kebun kelompok yang turut disumbangkan untuk pelaksanaan Pemberian Makanan Tambahan (PMT), bimbingan serta penyuluhan mengenai cara pemanfaatan perkarangan atau pemeliharaan kebun kelompok. Petugas Kantor Urusan Agama (KUA) atau pemuka agama mengadakan pembinaan melalui kontak langsung dengan kader untuk mengetahui tingkat partisipasi masyarakat yang dilihat dari cakupan D/S, dan cakupan N/D, dan dukungan masyarakat terhadap kegiatan pengumpulan dana melalui pengajian, dan lain-lain (Depkes, 1995 dalam Nusi, 2006).

Hasil penelitian Pakhir (2002) menunjukkan bahwa pembinaan memiliki hubungan yang bermakna dengan kinerja posyandu meliputi input, proses, dan output posyandu. Pembinaan juga mempengaruhi penimbangan, pelayanan paket gizi dan kesehatan, dan pelaporan & tindak lanjut. Hasil penelitian Sambas (2002) dalam Makmur (2009) membuktikan bahwa faktor supervisi petugas kesehatan memiliki hubungan bermakna terhadap cakupan penimbangan balita di posyandu. Selain itu Sambas juga membuktikan bahwa pembinaan kader juga memiliki hubungan yang positif terhadap kunjungan ibu balita ke posyandu.

Begitu pula dengan hasil penelitian Simanjuntak (2012) bahwa, pemberian pelatihan pada kader posyandu memberikan pengaruh dalam meningkatkan kinerjanya. Hasanah (2012) dalam penelitiannya juga menunjukkan bahwa gaji atau upah yang diberikan memiliki hubungan dengan kinerja kader posyandu. Dimana gaji/upah sangat memotivasi keaktifan kader dalam pelaksanaan kegiatan posyandu.

c. Motivasi Kader

Motif atau Motivasi berasal dari kata latin *moreve* yaitu dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Pengertian tersebut erat kaitannya dengan kata kebutuhan atau need. Kebutuhan adalah suatu "potensi" dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspon (Notoatmodjo, 2007).

Motivasi adalah konsep yang digunakan untuk menguraikan keadaan ekstrinsik yang menstimulasi perilaku tertentu dan respon instrinsik yang kemudian ditampilkan dalam perilaku. Keadaan ekstrinsik dapat berupa hadiah atau insentif, dimana dengan adanya keadaan tersebut mendorong individu melakukan atau mencapai tujuan tertentu. Dengan kata lain, motivasi adalah interaksi intrinsik dan ekstrinsik yang dapat dilihat berupa perilaku atau penampilan. Motivasi tenaga kerja perlu dikelola untuk menghasilkan penampilan kerja (kinerja) yang

diharapkan untuk mencapai tujuan institusi (Anna Kelia, 1996) dalam Rohmadi, 2003).

Pernyataan tersebut juga diungkapkan oleh Handoko (1998) dalam Rohmadi (2003) bahwa motivasi adalah keadaan pribadi seseorang yang mendorong keinginan untuk melakukan kegiatan tertentu guna mencapai tujuan.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah keadaan seseorang (ekstrinsik) yang mendorong atau menrespon keadaan instrinsik seseorang untuk melakukan kegiatan untuk mencapai tujuan tertentu. Berdasarkan teori Herzberg, faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi seseorang untuk meningkatkan kinerja adalah kelompok faktor kepuasan.

Faktor yang termasuk pemotivasi ekstrinsik adalah penghargaan fisik dan pengaruh orang lain. Penghargaan fisik yang diterima dapat berupa uang, baju seragam, pelayanan kesehatan/KB gratis dan bingkisan lebaran. Sedangkan faktor instrinsik merupakan motivasi yang didorong oleh keinginan dari kader sendiri seperti menyukai kegiatan sosial kemasyarakatan, keinginan untuk memajukan desa, keinginan tampil, keinginan memperoleh ilmu pengetahuan dan mengamalkannya serta mengisi waktu luang (Permanasari, Kusharto dan Baliwati, 1997 dalam Pakhri, 2002). Menurut Pakhri (2002), banyaknya kader yang drop out menunjukkan bahwa motivasi kader masih rendah.

Frederick Herzberg (1950) dalam Notoatmodjo (2007) telah mengembangkan teori motivasi "dua faktor". Pada teori ini menjelaskan bahwa, 2 faktor yang mempengaruhi seseorang dalam melaksanakan tugas atau pekerjaannya, yaitu :

1. Faktor-faktor penyebab kepuasan (satisfierr) atau faktor motivasional. Faktor motivasional ini diantaranya mencakup : prestasi, penghargaan, tanggung jawab, kesempatan untuk maju, dan pekerjaan itu sendiri. Apabila kepuasan itu dicapai dalam pekerjaan, maka akan menggerakkan tingkat motivasi

yang kuat untuk bekerja, sehingga dapat menghasilkan kinerja yang tinggi.

2. Faktor-faktor penyebab ketidakpuasan (dissatisfaction) atau faktor higien. Faktor-faktor ini menyangkut kebutuhan akan pemeliharaan yang merupakan hakikat manusia ingin memperoleh kesehatan badaniah. Faktor ini meliputi : kondisi kerja, hubungan interpersonal, kebijakan dan administrasi perusahaan, pengawasan, gaji, dan keamanan kerja. Hilangnya faktor-faktor tersebut akan menimbulkan ketidakpuasan untuk bekerja.

Ini berarti motivasi kader yang tinggi akan meningkatkan kinerja kader yang tinggi pula, sehingga posyandu berjalan sesuai fungsinya. Dengan kata lain, kinerja kader memiliki peranan penting dalam memajukan posyandu.

B. Evaluasi Program

Evaluasi atau kegiatan penilaian merupakan bagian integral dari fungsi manajemen dan disarkan pada sistem informasi manajemen (Supriyanto,1988). Evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan apakah program gizi telah mencapai tujuan atau sampai seberapa jauh tujuan tercapai. Dari evaluasi dapat diputuskan apakah perlu program dilanjutkan atau dihentikan, diulangi, atau program dapat dilaksanakan dengan modifikasi (Hardinsyah,2016). Evaluasi dilaksanakan karena adanya dorongan atau keinginan untuk mengukur pencapaian hasil kerja/ kegiatan pelaksanaan program terhadap tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dimaksudkan untuk mendapatkan relevant informasi guna pengembalian keputusan. Menurut definisi/ pandangan yang telah dikemukakan terdapat beberapa pokok pikiran yang dapat disimpulkan evaluasi merupakan prosedur/cara membandingkan informasi tentang kegiatan pelaksanaan program atau hasil kerja dengan suatu kriteria/ tujuan yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi dapat digunakan untuk memperbaiki, mempertahankan ataupun mengakhiri program. Dalam kaitannya dengan pengambilan keputusan, evaluasi merupakan sumber informasi yang digunakan untuk memperbaiki kegiatan program yang

sedang dilaksanakan atau untuk perencanaan yang lebih baik di masa yang akan datang. Evaluasi bidang kesehatan menurut WHO termasuk kegiatan analisa berbagai macam aspek perkembangan dan pelaksanaan program dengan mempelajari relevansi, adekuasi, progress, efektifitas, efisiensi, dan dampak dari program (Supriyanto,1988).

1. Macam-Macam Evaluasi

Dalam kaitan dengan proses perencanaan, evaluasi sering dibedakan sebagai kegiatan terpisah atau sebagian kegiatan integral dari proses perencanaan.

- a. Evaluasi tradisional adalah pengontrolan terhadap kegiatan pencapaian tujuan. Evaluasi merupakan kegiatan terpisah dengan perencanaan.
- b. Evaluasi modern integral dengan proses perencanaan.

Secara umum evaluasi dapat dibedakan atas jenis yaitu evaluasi formative atas dua jenis yaitu evaluasi *formative* dan evaluasi *summative*. Evaluasi *formative* yaitu evaluasi yang dilakukan pada tahap pelaksanaan program dengan tujuan untuk mengubah atau memperbaiki program. Evaluasi ini dilakukan untuk memperbaiki program yang sedang berjalan dan didasarkan atas kegiatan sehari-hari, minggu, bulan bahkan tahun, atau waktu yang relatif pendek. Manfaat evaluasi formative terutama untuk memberikan umpan balik kepada manager program tentang hasil yang dicapai beserta hambatan-hambatan yang dihadapi. Evaluasi *formative* sering disebut sebagai evaluasi proses atau monitoring (Supriyanto,1988).

Evaluasi *summative* evaluasi yang dilakukan untuk melihat hasil keseluruhan dari suatu program yang telah selesai dilaksanakan. Evaluasi ini dilakukan pada akhir kegiatan atau beberapa kurun waktu setelah program, guna menilai keberhasilan program, guna menilai keberhasilan program hasil evaluasi dapat memberikan jawaban atas pertanyaan, apakah tujuan alasan-alasan mengapa demikian. Karena itu output program berupa outcome dan dampak sangat diperlukan (Supriyanto,1988).

2. Ruang Lingkup Evaluasi

Program - program prioritas yang perlu dievaluasi adalah program – program yang potensial memberikan dampak (keuntungan) kepada masyarakat luas, potensial memberikan efek sampingan yang kurang menguntungkan kepada masyarakat, proyek-proyek panduan karena diharapkan dapat digunakan pada tempat lain. Tanggung jawab suatu evaluasi terletak pada orang/kelompok yang bertanggung jawab terhadap penerapan dan pengembangan dari proses managerial pada berbagai tingkat kebijaksanaan dan operational. Tingkat lokal, tingkat provinsi dan kabupaten dan tingkat pusat. Tingkatan pengambilan keputusan ditentukan oleh tingkat organisasi dan kesehatan yang memerlukan atau memanfaatkan hasil evaluasi (Supriyanto,1988).

3. Tujuan Evaluasi

Tujuan diadakan evaluasi suatu program biasanya bervariasi tergantung dari pihak yang memerlukan informasi hasil tersebut. Pimpinan tingkat atas memerlukan informasi hasil evaluasi berbeda dengan pimpinan tingkat pelaksana. Walaupun demikian pada dasarnya evaluasi dilakukan dengan tujuan sebagai berikut:

- a. Sebagai alat untuk memperbaiki kebijaksanaan pelaksanaan program dan perencanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi akan memberikan pengalaman mengenai hambatan atau pelaksanaan program yang lalu selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang lalu selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang akan datang.
- b. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana, daya dan manajemen (resources) saat ini serta dimasa – masa mendatang. Tanpa adanya evaluasi akan terjadi pemborosan penggunaan sumber dana dan daya yang sebenarnya dapat diadakan pengamatan serta penggunaan untuk program – program lain.
- c. Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program. Sehubungan dengan ini perlu adanya kegiatan – kegiatan yang dilakukan. Mengecek kembali relevansi dari

program dalam hal perubahan – perubahan kecil yang terus menerus mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan , menentukan sebab dan faktir didalam maupun diluar yang mempengaruhi pelaksanaan program.

Untuk jelasnya kaitan tujuan evaluasi dan pengambilan keputusan dapat digambarkan dalam suatu model, informasi yang diperlukan oleh pemimpin, kemudian dengan membandingkan kriteria akan dipilih alternatif keputusan, sesuai tujuan yang ingin dicapai (Supriyanto,1988).

4. Proses Evaluasi

Dr. S. Supriyanto M.S (1988) menyatakan Proses kegiatan evaluasi secara keseluruhan dapat disimpulkan atas empat dimensi/langkah kegiatan.

1) Dimensi kegiatan berfikir secara konseptual, kegiatan disini meliputi:

a. Formulasi tujuan, sasaran dan manfaat evaluasi

- Spesifikasi sasaran, institusi dan program

Subjek yang akan dievaluasi dibidang kesehatan umumnya berisikan sasaran yaitu institusi, program, penerima pelayanan kesehatan.

- Manfaat hasil

Manfaat hasil evaluasi dikaitkan dengan tingkatan organisasi kesehatan yang menggunakan hasil evaluasi, maka pada besar manfaat akan dikatkan dengan seberapa jauh hasil evaluasi bisa dimnfaatkan berdasar mtoda pengumpulan informasi nyang dipakai.

Pada metode survey, hasil digunakan untuk mengukur prioritas kebutuha kesehatan masyarakat. Metode sensus, hasil digunakan untuk estimasi target populasi yang perlu mendapat pelayanan kesehatan. Metode service records digunakan untuk evaluasi/monitoring tatalaksana atau manajemen pelayanan di pusat-pusat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit.

- Pelaksanaan evaluasi

Evaluasi dilaksanakan selain mempertimbangkan faktor-faktor diatas, juga mempertimbangkan waktu dan biaya. Misalnya pada *service records*, evaluasi akan dilaksanakan secara terus-menerus, berkesinambungan, sedang pada *community survey* umumnya dilakukan pada saat-saat permulaan program.

- b. Formulasi sumber dan informasi yang dibutuhkan.
 - c. Formulasi kriteria yang akan digunakan.
 - d. Formulasi model/kerangka kerja atau rancang bangun.
- 2) Dimensi kegiatan operasional, kegiatan disini meliputi kegiatan pengumpulan informasi melalui kegiatan wawancara, observasi, nominal group technique, dan lain-lain. Jenis informasi bisa primer atau sekunder.
- 3) Dimensi kegiatan penilaian, kegiatan disini meliputi kegiatan:
- a. Formulasi derajat keberhasilan.
 - b. Formulasi dan identifikasi masalah.
 - c. Formulasi faktor-faktor penunjang dan penghambat program.
 - d. Formulasi sebab ketidakberhasilan program.

5. Formulasi Sumber dan Jenis Informasi yang Dibutuhkan

Semua informasi yang masuk perlu dianalisa dan dipilih menurut kebutuhan dan tujuan dilaksanakan kegiatan evaluasi. Cara terbaik untuk memilih informasi yang diperlukan ialah dengan mempertimbangkan kriteria yang digunakan. Beberapa pertanyaan perlu dijawab, agar informasi yang diperlukan bisa didapatkan (Supriyanto, 1988).

a. Informasi yang diperlukan

Untuk mendapatkan informasi yang tepat, adekuat dan sesuai dengan tujuan evaluasi, dapat digunakan beberapa pendekatan. Salah satu pendekatan yang akan diuraikan pada tulisan ini adalah pendekatan SISTEM.

Komponen yang ada pada system adalah input, proses, output, effect/outcome dan impact/dampak.

Input: tingkatan pengumpulan masalah, resources dan kebijaksanaan nasional yang harus dikembangkan

Proses : kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan kebijaksanaan,

(pengambilan keputusan dari input) sesuai dengan strategi umum/operational.

Output : kegiatan yang telah dilaksanakan (dalam jumlah & waktu) lihat konsep dari target.

Effect/outcome: hasil antara yang dapat diamati mengenai perubahan sikap maupun tingkah laku yang telah terjadi atau dicapai

- Primary changes (knowledge & affective = mengerti/menyadari manfaat)
- Behaviour changes (psikomotor)

Dampak : hasil akhir yang sesuai dengan tujuan (model), yang ingin dicapai, meningkatnya status kesehatan dan menurunnya health problem

b. Sumber Informasi

Informasi yang dibutuhkan tidak dibedakan atas informasi primer dan informasi sekunder. Informasi sekunder bila data/informasi sudah ada pada system informasi kesehatan misal dokumen /pencatatan dan pelaporan. Informasi primer bila data data/informasi tidak ada pada system informasi kesehatan, jadi harus dilakukan kegiatan extra seperti survey (wawancara/observasi) atau kegiatan proses group dinamik.

Sumber informasi adalah tempat dimana informasi bisa diperoleh. Umumnya informasi sekunder didapatkan melalui :

- Laporan resmi pemerintah tentang situasi politik, sosio-ekonomi.
- Document kebijaksanaan (rencana pembangunan bidang kesehata, pelita, laporan yang berkaitan keseluruhan manajerial kesehatan, dan beberapa persyaratan penting para ahli, dll.

- Laporan berkala Menteri kesehatan
- Informasi epidemiologi (statistik kesehatan, penelitian-penelitian)
- Informasi demografi/vital statistik
- Informasi yang bersumber pada system informasi kesehatan baik menurut jenis program atau kegiatan masing-masing program pelayanan kesehatan

6. Kriteria

Menurut Dr. S. Supriyanto M.S (1988) Norms adalah terminology/istilah umum yang digunakan sebagai pengganti goal, standard, policy dll. Apabila norms dijabarkan dalam bentuk yang lebih spesifik dan dapat dioperasionalkan, sehingga dapat digunakan sebagai alat evaluasi disebut kriteria. Kriteria yang dianjurkan dalam evaluasi adalah Relevansi, Adequacy, Progress, Effectiveness, Efficiency, dan Impact.

a) Relevansi

Rasionalisasi program dengan kebijaksanaan umum yang dikaitkan kebijaksanaan sosial dan ekonomi serta kesesuaian kebutuhan/prioritas kebijaksanaan kesehatan untuk masyarakat.

b) Adequacy

Adequacy (kecukupan) menunjukkan berapa besar perhatian telah diberikan dalam program kegiatan untuk mengatasi masalah. Adequacy juga berhubungan : sampai berapa besar masalah telah dapat diatasi melalui program kegiatan yang dilaksanakan.

Evaluasi adequacy lebih banyak berkaitan dengan output/input dari sistim. Adequacy dibedakan atas : adequacy of effort dan adequacy of performance.

- Adequacy of effort = $\frac{\text{Jumlah kegiatan dilakukan}}{\text{jumlah kegiatan ditentukan}} \times 100\%$
- adequacy of performance = $\frac{\text{Pencapaian hasil kegiatan}}{\text{Target pencapaian hasil}} \times 100\%$

c) Progres

Progres atau pengamatan kemajuan adalah perbandingan antara rencana dan kenyataan yang ada. Untuk maksud ini perlu dilakukan Analisa usaha yang telah dilakukan dan sumber-sumber yang digunakan dalam pelaksanaan dibandingkan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Tujuan progres adalah monitoring atau pengawasan jalannya usaha kegiatan, atau melihat kemajuan yang telah dicapai.

Progres atau monitoring dilaksanakan pada saat kegiatan program sedang berjalan, karena itu identitas dan tindakan koreksi terhadap penyebab hambatan akan selalu dijumpai pada evaluasi progress.

d) Efficiency

Effisiensi menggambarkan hubungan antara hasil yang dicapai suatu program kesehatan dengan usaha-usaha yang diperkirakan dalam pengertian : tenaga manusia (sumber-sumber lain, keuangan, proses-proses dibidang kesehatan, teknologi dan waktu).

Dibedakan efisiensi teknis dan efisiensi biaya. efisiensi biaya bila hasil suatu unit pelayanan misalnya kunjungan, vaksinasi dll. dikaitkan dengan uang, efisiensi teknis bila hasil suatu unit pelayanan dikaitkan dengan waktu, metoda, sumber daya dan sumber lain.

e) Efektivitas

Effektivitas menggambarkan akibat/efek yang diinginkan dari suatu program, kegiatan, institusi dalam usaha mengurangi masalah kesehatan. Effektivitas juga digunakan untuk mengukur derajat keberhasilan dari suatu usaha tersebut dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

7. Rancang Bagun

Kerangka berfikir atau rancang bangun dalam kegiatan evaluasi merupakan gambaran pola berfikir seorang evaluator dalam memformulasikan kriteria dan informasi yang diperlukan, kemudian berakhir dengan mengkomunikasi hasil.

Kerangka berfikir ini merupakan jantung dari seluruh proses kegiatan evaluasi. Secara umum rancang bangun kegiatan evaluasi dapat dibedakan atas 4 tahap yaitu :

- Tahap 1 : formulasi kriteria-kriteria dan informasi yang diperlukan untuk menilai keberhasilan program
- Tahap 2 : pengolahan dan Analisa

Pengolahan dan Analisa evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan performance program dengan tujuan program melalui kriteria tertentu.

- Tahap 3 : Penilaian Keberhasilan.

Penilaian keberhasilan merupakan kegiatan yang kritis dan sulit, karena pada tahap ini seorang evaluator dituntut untuk menilai keberhasilan program. Suatu indikator keberhasilan harus ada. Beberapa alasan mengapa tahap ini kritis dan sulit.

- Beberapa kegiatan di bidang kesehatan kadang-kadang dijumpai program-program dimana sukar ditemukan indikator keberhasilannya. Misalnya: program terpadu, program kerjasama lintas sektor ataupun adanya peran serta aktif masyarakat. Untuk itu perlu adanya usaha khusus sehingga program dapat dievaluasi.
- Hasil evaluasi dapat memberikan akibat kurang baik terhadap pelaksana maupun pengambilan keputusan.

- Tahap 4 : Komunikasi hasil.

Komunikasi hasil kepada mereka-mereka yang memerlukan.

8. Demensi Kegiatan Operasional

Tersediannya sumberdaya/dana dan metode evaluasi, tidak berarti semua program kesehatan perlu atau harus di evaluasi. Program-program yang perlu dievaluasi ialah program-program yang potensial memberikan dampak unkit (keuntungan) atau potensial memberikan efek samping yang kurang menguntungkan kepada

masyarakat. Demikian pula proyek-proyek paduan, karena diharapkan dapat digunakan pada tempat lain.

Evaluasi dapat dilaksanakan baik oleh pelaksana program ataupun pengambilan keputusan, tetapi dianjurkan sebagai evaluator/pelaksana evaluasi adalah mereka di luar pelaksana program maupun pengambilan keputusan, atau gabungan keduanya.

Evaluator = pelaksana program = pengambilan keputusan

Evaluator \neq pelaksana program \neq pengambilan keputusan

Setelah masalah diidentifikasi dan tujuan diformulasikan, barulah disusun informasi yang dibutuhkan menurut kriteria evaluasi yang digunakan.

a. Adequaci dan Informasi

Informasi yang digunakan untuk kriteria adequasi ialah:

1. Berapa besar perhatian/program/kegiatan pelayanan yang dilaksanakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang telah ditentukan. Untuk ini diperlukan informasi tentang jumlah perhatian/program/kegiatan pelayanan yang dilaksanakan dan jumlah yang seharusnya dilaksanakan.
2. Berapa besar tujuan program/kegiatan pelayanan telah tercapai.

Perhatian/program/kegiatan tujuannya untuk mengatasi masalah kesehatan yang ditentukan. Sedangkan adequasi adalah berapa tujuan yang telah tercapai.

Adequasi berkaitan dengan rencana dan kenyataan.

Rencana adalah dengan jumlah perhatian/program/kegiatan yang ditentukan per satu satuan waktu yang dapat diukur (*coverage, target*). Sedangkan kenyataan adalah jumlah perhatian/program/kegiatan per satu satuan waktu yang telah dilaksanakan (*effort = the amount of action*). Pencapaian dari perhatian/program/kegiatan pelayanan per satu satuan waktu yang telah dilaksanakan (*performance = activity+achievement*).

Effort digambarkan sebagai berikut:

- Kunjungan penderita ke klinik/Puskesmas
- Kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh klinik.

Jadi *effort* lebih banyak dikaitkan dengan input.

Perfomance disini dapat diartikan pencapaian dari suatu aktifitas/kegiatan pelayanan. Misalnya jumlah penderita yang dapat dikontrol dari jumlah yang ditemukan dan jumlah penderita yang mendapat pengobatan.

Adequacy of effort adalah besar perhatian/program/pelayanan kesehatan yang diberikan untuk mengatasi masalah kesehatan.

Adequacy off perfomance adalah besar masalah yang dapat diatasi melalui pencapaian hasil suatu perhatian/program/kegiatan pelayanan.

b. Progres dan Informasi

Informasi yang diperlukan untuk kriteria progres akan selalu dikaitkan dengan program yang sedang berjalan selama kurun waktu tertentu, seperti harian, mingguan, bulanan bahkan tahunan.

Tujuan progas adalah mendorong terlaksananya kegiatan pengawasan dan pengendalian program yang sedang berjalan, agar tujuan program tercapai. Beberapa informasi yang dibutuhkan:

- 1) Informasi kemajuan pelaksanaan program/kegiatan pelayanan kesehatan dibandingkan terhadap *resources* (sumber daya, dana sarana dan manajemen) yang digunakan.
- 2) Seberapa jauh perncapaian program/kegiatan pelayanan terhadap rencana?
- 3) Informasi tentang faktor penunjang dan penghambat dalam pelaksanaan program.
- 4) Informasi tindakan koreksi terhadap penyebab hambatan pelaksanaan program.

Output pelayanan kesehatan pada kurun waktu ditentukan oleh input (*resource*) dan faktor penghambat/penunjang dan tindakan koreksi selama pelaksanaan program.

Apabila faktor penghambat dan penunjang, serta tindakan koreksi dalam kurun waktu tertentu relatif tidak berubah, hasil informasi pencapaian dapat digunakan untuk melakukan estimasi

(peramalan) dimasa mendatang. Beberapa metode peramalan yang bisa digunakan antara lain :

- a. Garis kecenderungan sederhana

$$Y = a + (t-1) X$$

Y = output persatu satuan waktu yang ditentukan.

a = output saat permulaan

X = output rata-rata dari informasi sebelumnya.

t = waktu yang ditentukan

- b. Estimasi ratio

$$Y = \frac{Tt}{Ta} X A$$

Y = output per satu satuan waktu Tt yang ditentukan

A = output selama kurun waktu Ta

Tt = waktu yang ditentukan

Ta = waktu untuk memperoleh output A

- c. Rumus rata-rata ukur (*geometric mean*)

$$P_t = P_o (1 + r)^t$$

P_t = data tahun terakhir

P_o = data pada tahun permulaan

r = tingkat kenaikan

t = jumlah interval waktu

$$r = \frac{P_t}{P_o} - 1$$

- d. Metode Regresi Sederhana

Melihat pengaruh dua variabel baik pengaruh timbal balik atau pengaruh berantai yang ditimbulkan oleh suatu variabel misalnya : tingkat pendidikan dengan tingkat pemanfaatan Puskesmas, Tingkat pendapatan dengan pola mencari pelayanan kesehatan.

- e. Metode Regresi Beganda

Melihat pengaruh lebih dari dua variabel.

c. Spesifitas dan Sensitivitas

Menurut Vaughan (1993), Uji penyaringan dan uji diagnosis dapat berlandaskan pada wawancara, pemeriksaan badan atau uji laboratorium yang sudah dibakukan, atau

pengukuran yang lebih canggih seperti radiografi, elektrokardiografi, pemeriksaan mata memakai lampu kepala, sonografi, dan histopatologi,. Dalam memilih suatu uji dan kriteria yang akan digunakan, pakar epidemiologi harus memperhatikan spesifitas dan nilai *prediktif* berbagai metode.

Spesifitas suatu uji bergantung pada tingkat kemampuannya untuk mendiagnosis ada tidaknya penyakit. Aspek ada tidaknya suatu penyakit dapat ditunjukkan oleh *sensitivitas* dan *spesifitas* alat yang digunakan. Sebagai contoh, suatu uji dikatakan mempunyai sensitivitas 90% bila memberikan hasil positif pada 90% dari orang yang secara nyata menderita penyakit. Sebaliknya, uji dinyatakan mempunyai spesifitas 90% jika memberikan hasil negatif dari orang yang secara nyata bebas penyakit. Semakin tinggi sensitivitas suatu test maka semakin banya mendapatkan hasil test positif pada orang-orang yang sakit atau semakin sedikit jumlah negatif palsu. Sedangkan semakin tinggi spesifitas suatu test maka semakin banyak mendapatkan hasil test negatif pada orang-orang tidak sakit atau semakin sedikit jumlah positif palsu. Suatu uji selalu dibandingkan dengan keadaan 'sebenarnya', seperti yang diperlihatkan pada tabel berikut ini :

Tabel 4. Hasil Uji Sensitivitas dan Spesifitas

		Hasil Uji		
		Positif	Negatif	Total
Benar Sakit	Ya	a	B	a + b
	Tidak	b	D	c + d
Total		a + c	b + d	a + b + c + d

Sensitivitas $= \frac{a}{a+b}$ Efektivitas $= \frac{d}{c+d}$

Negatif semu $= b$ Positif semu $= c$

Prevalens sebenarnya dari $= \frac{a+b}{a+b+c+d}$

penyakit/keadaan

Bila $a + b + c + d$ adalah sampel yang mewakili populasi

$$\text{Nilai uji prediktif positif} = \frac{a}{a+c}$$

$$\text{Nilai uji prediktif negatif} = \frac{d}{b+d}$$

Sensitivitas dan spesivitas merupakan rasio yang membandingkan hasil uji dengan keadaan penyakit yang 'sebenarnya'. Namun, uji ini juga digunakan untuk membuat prediksi orang yang menderita penyakit atau kondisi yang sedang diteliti, yang merupakan unsur penting 'nilai prediktif' positif dan negatif. Semakin mendekati nilai standar maka semakin sensitiv atau tingkat sensitivitasnya tinggi sedangkan semakin banyak ditemukan hasil yang sama maka semakin spesifik atau tingkat spesifitas tinggi.

Selain perhitungan sensitivitas dan spesifitas menggunakan metode penapisan alat, sensitivitas dan spesifitas bisa dilihat dengan metode manajemen yaitu gap analisis atau analisa gap. Gap analisis merupakan suatu metode untuk mengetahui kesenjangan (*gap*) antara kinerja suatu variabel dengan harapan konsumen terhadap variabel tersebut. Gap analisis digunakan untuk menentukan langkah-langkah apa yang perlu diambil untuk berpindah dari kondisi saat ini ke kondisi yang diinginkan atau keadaan masa depan yang diinginkan. Banyak orang menyebutnya menjadi analisa kebutuhan dan gap, penilaian kebutuhan atau analisis kebutuhan saja. Gap analisis dapat juga diartikan sebagai perbandingan kinerja aktual dengan kinerja potensial atau yang diharapkan. Sebagai metode, analisa gap digunakan sebagai alat evaluasi yang menitik beratkan pada kesenjangan kinerja saat ini dengan kinerja yang sudah ditargetkan sebelumnya. Analisis ini juga mengidentifikasi tindakan-tindakan apa saja yang diperlukan untuk mengurangi kesenjangan atau mencapai kinerja yang diharapkan pada masa datang. Lebih dari itu analisis ini juga memperkirakan waktu, biaya, dan sumberdaya yang dibutuhkan untuk mencapai keadaan perusahaan yang diharapkan (Adi Suroto, 2015).

Gap analisis itu tersendiri merupakan bagian dari metode IPA (*Importance-Performance Analysis*) (Wahyuni, 2014). Metode *Importance Performance Analysis* (IPA) pertama kali diperkenalkan oleh Martilla dan James (1977) dengan tujuan untuk mengukur hubungan antara persepsi konsumen dan prioritas peningkatan kualitas produk/jasa yang dikenal pula sebagai *quadrant analysis*. *Importance Performance Analysis* digunakan untuk memetakan hubungan antara kepentingan dengan kinerja dari masing-masing atribut yang ditawarkan dan kesenjangan antara kinerja dengan harapan dari atribut-atribut tersebut.

IPA mempunyai fungsi utama untuk menampilkan informasi tentang faktor-faktor pelayanan yang menurut konsumen sangat mempengaruhi kepuasan dan loyalitasnya, dan faktor-faktor pelayanan yang menurut konsumen perlu diperbaiki karena pada saat ini belum memuaskan.

Gap (+) positif akan diperoleh apabila skor persepsi lebih besar dari skor harapan, sedangkan apabila skor harapan lebih besar daripada skor persepsi akan diperoleh gap (-) negatif. Semakin tinggi skor harapan dan semakin rendah skor persepsi, berarti gap semakin besar. Apabila total gap positif maka pelanggan dianggap sangat puas terhadap pelayanan perusahaan tersebut. Sebaliknya bila tidak, gap adalah negatif, maka pelanggan kurang/tidak puas terhadap pelayanan. Semakin kecil gapnya semakin baik. Biasanya perusahaan dengan tingkat pelayanan yang baik, akan mempunyai gap yang semakin kecil (Irawan, 2002).

Dalam *Importance-Performance Analysis* (Analisis Kepentingan-Kinerja) ada 2 perhitungan dalam mencari gap analysis, yaitu tingkat kesesuaian dan diagram kartesius. Dalam perhitungan dengan metode tingkat kesesuaian ini untuk mengetahui seberapa besar pelanggan/konsumen merasa puas terhadap kinerja perusahaan, dan seberapa pihak penyedia jasa

memahami apa yang diinginkan pelanggan terhadap jasa yang mereka berikan (Wahyuni, 2014).

Tingkat kesesuaian adalah hasil perbandingan skor persepsi dengan skor yang diharapkan. Tingkat kesesuaian inilah yang akan menentukan urutan prioritas pelayanan yang diberikan oleh perusahaan tersebut mulai dari urutan yang sangat sesuai dengan tidak sesuai.

Rumus yang digunakan untuk menghitung tingkat kesesuaian adalah:

$$Tki = \frac{\sum Xi}{\sum Yi} \times 100\%$$

Keterangan :

Tki = Tingkat kesesuaian

$\sum Xi$ = Skor penilaian kinerja

$\sum Yi$ = Skor penilaian harapan

Terdapat dua hal yang dapat terjadi dalam tingkat kesesuaian :

1. Apabila kinerja (persepsi) di bawah harapan maka pelanggan akan kecewa dan tidak puas (Supranto, 2006).
2. Apabila kinerja (persepsi) sesuai dengan harapan maka pelanggan akan puas, sedangkan bila kinerja melebihi harapan maka pelanggan akan sangat puas (Supranto, 2006)

Kriteria penilaian tingkat kesesuaian :

1. Tingkat kesesuaian > 100%, berarti kualitas layanan yang diberikan telah melebihi apa yang dianggap penting oleh pelanggan (Pelayanan sangat memuaskan)
2. Tingkat kesesuaian = 100%, berarti kualitas layanan yang diberikan memenuhi apa yang dianggap penting oleh pelanggan (Pelayanan telah memuaskan)

3. Tingkat kesesuaian < 100% berarti kualitas layanan yang diberikan kurang/tidak memenuhi apa yang dianggap penting oleh pelanggan (Pelayanan belum memuaskan)

Sedangkan menurut Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Triwulan III tahun 2017 untuk rekapitulasi indikator program Kemenkes terdapat 3 kategori penilaian yaitu:

Gap capaian = Target – capaian kinerja

$$\text{Kategori} = \frac{\text{gap capaian}}{\text{Target}} \times 100\%$$

Tabel 5. Kategori Penilaian Sensitivitas dan Spesifitas dengan Gap Realisasi

Kategori	Penilaian
Archieve	Gap realisasi/target ≤ 0%
On Track	Gap realisasi/target 0 sd ≤ 25%
OFF Track	Gap realisasi/target > 25%

C. Media

Media dapat diartikan dalam arti luas dan dalam arti sempit. Dalam arti luas media dapat berupa orang, material, atau kejadian yang dapat menciptakan kondisi tertentu, sehingga memungkinkan klien memperoleh pengetahuan, keterampilan, atau sikap baru. Dalam pengertian ini, konselor/penyuluh, buku, dan lingkung termasuk media. Dalam arti sempit yang termasuk media adalah grafik, foto, gambar, alat mekanik dan elektronik yang dipergunakan untuk menangkap, memproses, dan menyampaikan informasi visual atau verbal (Supariasa,2012). Pentingnya media dalam pembelajaran terdapat apa yang disebut dengan konsep abstrak dan konkret dalam pembelajaran karena proses komunikasi, penyampaian pesan dari pengantar ke penerima. Pesan berupa isi/ajaran yang diruangkan ke dalam simbol – simbol komunikasi tersebut oleh peserta didik dinamakan *decoding*. Ada kalanya penafsiran berhasil dan adakalanya tidak.

Kegagalan/ketidakberhasilan dalam memahami apa yang didengar, dibaca, dilihat, atau diamati. Kegagalan/ketidakberhasilan atau penghambatan dalam proses komunikasi dikenal dengan istilah barier atau *noise*. Semakin banyak verbalisme semakin abstrak pemahaman yang diterima. Untuk lebih jelasnya, kita akan melihat diagram *cone of learning* dari Edgar al yang secara jelas memberi penekanan terhadap pentingnya media dalam pendidikan. Menurut Hardinsyah dan Supariasa (2017) Secara umum media mempunyai kegunaan:

1. Memperjelas pesan agar tidak terlalu verbalisti.
2. Mengatasi keterbatasan ruang, waktu, tenaga, dan daya indra.
3. Menimbulkan gairah belajar dan interaksi lebih langsung antara murid dan sumber belajar
4. Memungkinkan anak belajar mandiri sesuai dengan bakat dan kemampuan visual, auditori dan kinestetiknya.
5. Memberi rangsangan yang sama, mempersamakan pengalaman, dan menimbulkan persepsi yang sama (Aroni, 2016)

1. **Klasifikasi Media**

Media yang telah dikenal saat ini tidak hanya terdiri dari dua jenis (audio dan visual), tetapi klarifikasinya dapat dilihat dari jenisnya, daya liputannya, dan dari bahan serta cara pembuatannya (Hardinsyah dan Supariasa, 2017).

a. Menurut jenisnya:

- Media auditif. Media auditif adalah media yang hanya mengandalkan kemampuan suara saja, seperti radio, *cassete recorder*, piiringan hitam. Media ini tidak cocok untuk orang yang mempunyai kelainan dalam pendengaran.
- Media visual. Media visual adalah media yang hanya mengandalkan indra penglihatan.
- Media audio visual. Media audio visual adalah media yang mempunyai unsur suara dan unsur gambar.

b. Menurut luasnya daya liputan

- Media dengan daya liput luas dan serentak. Penggunaan media ini tidak terbatas oleh tempat dan ruang serta dapat

menjangkau jumlah peserta didik yang banyak dalam waktu yang sama. Contoh : radio, televisi, dan internet.

- Media dengan daya liput yang terbatas oleh ruang dan tempat. Media ini dalam penggunaannya membutuhkan ruang dan tempat yang khusus, seperti film, *sound slide*, film rangkai, yang harus menggunakan tempat yang tertutup dan gelap (Hardinsyah dan Supariasa, 2017).

2. Langkah Pengembangan Media

Terdapat enam langkah - langkah yang harus diambil dalam pengembangan program media yaitu menganalisis kebutuhan dan karakteristik, merumuskan tujuan instruksional (instructional objective) dengan operasional dan khas, merumuskan butir – butir materi secara terperinci yang mendukung tercapainya tujuan, mengembangkan alat pengukuran kebersihan, menulis naskah media, mengadakan tes dan revisi (Sadiman, 2010 dalam Hidayati, 2017). Langkah – langkah pengembangan media terdiri dari *planning*, *design*, dan *development* yaitu:

1. *Planning* (Perencanaan)

Langkah ini merupakan langkah awal yang dilakukan dalam pengembangan multimedia. Adanya perencanaan awal yang matang dan bijak, menjadikan pengembangan menjadi mudah dalam melakukan proses dalam langkah perencanaan yaitu:

- a. Menentukan ruang lingkup secara keseluruhan, dimulai dari batasan materi dan hasil yang akan dicapai.
- b. Mengidentifikasi karakteristik. Mengetahui karakteristik dapat dilakukan dengan melakukan analisis kebutuhan
- c. Menentukan dan mengumpulkan sumber - sumber

2. *Design* (Desain)

Pada langkah ini ditentukan konten dari multimedia yang akan dikembangkan dan bagaimana pengguna akan berinteraksi. Proses yang dilakukan pada langkah ini diantaranya :

- a. Mengembangkan ide
- b. Analisis konsep
- c. Membuat deskripsi program

- d. Menyiapkan *prototype*
 - e. Membuat *flowchart* dan *storyboard*
 - f. Menyiapkan *script*
 - g. Mendapatkan persetujuan
3. *Development* (Pengembangan)
- Langkah ini merupakan implementasi dari perencanaan dan desain. Berikut langkah pengembangan yang dilakukan:
- a. Menyiapkan teks
 - b. Menuliskan kode program
 - c. Membuat grafis
 - d. Menghasilkan audio dan video
 - e. Merakit/ menggabungkan potongan –potongan
 - f. Menyiapkan bahan – bahan pendukung
 - g. Melakukan tes alfa
 - h. Membuat revisi
 - i. Melakukan tes beta
 - j. Membuat revisi akhir (Alessi,2001 dalam hidayat, 2017)

D. Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK)

Teknologi diciptakan manusia melalui penerapan (*exercise*) budaya akalnya. Manusia mendayakan akal pikirannya dalam teknologi berdasarkan ratio (nalar) dan kemudian membuatnya, menjadi suatu produk yang konkrit. Teknologi informasi menekankan pada pelayanan dan pemrosesan data seperti menangkap, menstrasmisikan, menyimpan, mengambil, memanipulasi atau menampilkan data dengan menggunakan perangkat-perangkat teknologi elektronik terutama komputer. Maka teknologi informasi tersebut belum menggambarkan secara langsung kaitannya dengan sistem komunikasi, namun lebih pada pengolahan data dan informasi. Teknologi komunikasi menekankan pada penggunaan perangkat teknologi elektronika yang lebih menekankan pada aspek ketercapaian tujuan dalam proses komunikasi, sehingga data dan informasi yang diolah dengan teknologi informasi harus memenuhi kriteria komunikasi yang efektif (Riyana, 2009).

Teknologi informasi dan komunikasi mengandung pengertian luas. Istilah TIK muncul setelah adanya perpaduan antara teknologi komputer (baik perangkat keras maupun perangkat lunak) dengan teknologi komunikasi pada pertengahan abad ke-20. Perpaduan kedua teknologi tersebut berkembang pesat melampaui bidang teknologi lainnya. Hingga awal abad ke-21, TIK masih terus mengalami berbagai perubahan dan belum terlihat titik jenuhnya. Pengembangan TIK sangat pesat, beberapa diantaranya adalah *Web Based*, *Smartphone (Android Based)*, *Stand Alone Computer* (Riyana, 2009).

E. WEB

1. Konsep Dasar Web

Perkembangan teknologi semakin pesat dan cepat, khususnya teknologi informasi dan komunikasi. Memenuhi kebutuhan masyarakat dalam hal informasi dan ilmu pengetahuan serta mekanis dunia kerja, maka dibutuhkan para pengembang aplikasi web supaya dapat terus beraktivitas dan berinovasi. Web adalah suatu jaringan yang bisa mempermudah dan mempercepat penyampaian informasi secara luas serta dapat diakses dengan mudah dan cepat oleh siapapun yang mendapatkan akses internet. Web juga merupakan salah satu layanan yang didapat oleh pemakai komputer yang terhubung dengan fasilitas hypertext untuk menampilkan data berupa teks, gambar, suara, animasi dan multimedia lainnya (Kustiyahningsih dan Devie, 2011).

a. Website

Website merupakan kumpulan halaman-halaman yang digunakan untuk menampilkan informasi teks, gambar diam atau gerak, animasi, suara, dan atau gabungan dari semuanya, baik yang bersifat statis maupun dinamis yang membentuk satu rangkaian bangunan yang saling terkait, yang masing-masing dihubungkan dengan jaringan-jaringan halaman (Bekti, 2015).

Menurut Rahmadi (2013) website (lebih dikenal dengan sebutan situs) adalah sejumlah halaman web yang memiliki topik saling terkait, terkadang disertai pula dengan berkas-berkas

gambar, video atau jenis-jenis berkas lainnya.” Sedangkan menurut Ippho Santoso dalam Rahmadi (2013) membagi website menjadi golongan kanan dan golongan kiri. Dalam website dikenal dengan sebutan website dinamis dan website statis.

- *Website* Dinamis

Website dinamis merupakan *website* yang secara struktur ditujukan untuk *update* sesering mungkin.

- Website Statis

Website statis adalah *website* yang mempunyai halaman konten yang tidak berubah-ubah.

b. Word Wide Web (WWW)

World Wide Web (WWW) atau biasa disebut dengan Web Merupakan salah satu sumber daya internet yang berkembang pesat. Informasi Web didistribusikan melalui pendekatan hyperlink, yang memungkinkan suatu teks, gambar, ataupun objek yang lain menjadi acuan untuk membuka halaman – halaman Web yang lain. Dengan pendekatan hyperlink ini seseorang dapat memperoleh informasi dengan meloncat dari suatu halaman ke halaman yang lain. Halaman –halaman yang diaksespun dapat tersebar di berbagai mesin dan berbagai negara (Kadir, 2005).

c. Web Browser

Menurut Kustiyaningsih (2011) web browser adalah software yang digunakan untuk menampilkan informasi dari server web. Software ini kini telah dikembangkan dengan menggunakan user interface grafis, sehingga pemakai data melakukan ‘point and click’ untuk pindah antar dokumen.

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa web browser merupakan aplikasi perangkat lunak digunakan untuk mengambil dan menyajikan sumber informasi web yang terdiri dari halaman web, video, gambar, ataupun konten lainnya yang di install dimesin atau computer client untuk menerjemahkan tag HTML halaman web seperti internet Explorer, Mozilla Opera, Netscape dan lainnya

d. Web Server

Kustiyaningsih (2011) menyatakan web server yaitu komputer yang digunakan untuk menyimpan dokumen-dokumen web, komputer ini akan melayani permintaan dokumen web dari kliennya. Web browser seperti explorer atau navigator berkomunikasi melalui jaringan (termasuk jaringan internet) dengan web server menggunakan HTTP. Browser akan mengirimkan request ke server untuk meminta dokumen tertentu atau layanan lain yang disediakan oleh server. Server memberikan dokumen satu layanannya jika tersedia juga dengan menggunakan protocol HTTP.

2. Bahasa Pemrograman

Abdullah (2016) menyatakan bahasa pemrograman adalah bahasa yang dapat dipahami oleh komputer. Bahasa pemrograman adalah instruksi standar untuk memerintahkan komputer. Bahasa pemrograman memungkinkan seorang programmer dapat menentukan secara persis data mana yang akan diolah oleh komputer, bagaimana data ini akan disimpan/diteruskan, dan jenis langkah apa secara persis yang akan diambil dalam berbagai situasi. Berikut adalah bahasa pemrograman yang digunakan, meliputi:

a. HTML (*Hypertext Markup Language*)

HTML merupakan singkatan dari Hypertext Markup Language. disebut Hypertext karena didalam script HTML bisa membuat agar sebuah teks menjadi link yang dapat berpindah dari satu halaman ke halaman lainnya hanya dengan menekan teks tersebut. Teks yang ber-link inilah yang dinamakan hypertext karena hakikat sebuah website adalah dokumen yang mengandung banyak link untuk menghubungkan satu dokumen dengan dokumen-dokumen lainnya (Enterprise, 2016).

b. PHP (*Personal Home Page*)

PHP dikenal sebagai bahasa pemrograman script-script yang membuat dokumen HTML secara on the fly yang dieksekusi di server web, dokumen HTML yang dihasilkan dari suatu aplikasi bukan dokumen HTML yang dibuat dengan

menggunakan editor teks atau editor HTML, dikenal juga sebagai bahasa pemrograman server side (Sidik, 2014). PHP merupakan bahasa pemrograman script yang diletakan dalam server yang biasa digunakan untuk membuat aplikasi web yang bersifat dinamis (Kadir, 2008).

c. CSS (*Cascading Style Sheets*)

Menurut Enterprise (2016) Cascading Style Sheets atau sering disebut CSS adalah kumpulan kode untuk mendefinisikan desain dari bahasa markup karena ada kata bahasa markup pada CSS, maka relasi antara CSS dan HTML sangatlah dekat. Dengan CSS sebuah desain website yang dibangun menggunakan HTML akan menjadi lebih menarik dan variatif. CSS jika diartikan secara bebas adalah kumpulan kode untuk mendesain atau mempercantik tampilan halaman website. Dengan arti lain, dengan memanfaatkan CSS bisa mengubah desain standar yang dihasilkan oleh HTML menjadi variasi- variasi yang lebih kompleks.

d. Java Script

Menurut Sibero (2012) Java script adalah suatu bahasa pemrograman yang dikembangkan untuk dapat berjalan pada web browser. Javascript merupakan bahasa skrip yang populer di internet dan dapat bekerja disebagian besar penjelajah web populer seperti internet Explorer (IE), Mozilla Firefox dan lainnya. Java script digunakan untuk membuat aplikasi web, sifatnya client-side sehingga dapat diolah langsung di browser tanpa harus terhubung ke server terlebih dahulu.

Aplikasi web merupakan aplikasi website yang secara spesifik dioptimalkan untuk penggunaan di lingkungan smartphome. Aplikasi ini dibangun menggunakan standar teknologi- teknologi web, seperti HTML5, CSS3 dan JavaScript. Pendekatan write-once-run-anywhere pada aplikasi web menghasilkan aplikasi mobile cross-platform yang mampu bekerja pada platform mobile berbeda.(Abdullah,2018)

Kelebihan :

- Dapat berjalan baik di semua browser modern pada platform mobile
- Tahap pengembangan yang sangat mudah karena menggunakan teknologi- teknologi web yang sudah ada
- Tidak perlu mempelajari bahas baru karena menggunakan bahasa yang sudah familiar yaitu HTML5 , CSS3, JavaScript.

Kekurangan :

- Kemampuan aplikasi sangat terbatas , yakni tidak dapat mengakses fitur- fitur perangkat keras smartphone
- Sesuai karakteristiknya, aplikasi web mobile hanya tersedia secara online
- Performa kurang stabil dan bergantung pada konektivitas yang ada
- Keharusan untuk memelihara program seprogram secara terus menerus untuk mengikuti setiap perubahan yang terjadi

F. Form Evaluasi Progam Berbasis Web

1. Form Evaluasi Berbasis Web

Formulir merupakan dokumen yang digunakan untuk merekam terjadinya transaksi. Formulir sering disebut dengan istilah media karena formulir merupakan media untuk mencatat peristiwa yang terjadi dalam organisasi ke dalam catatan. Contoh formulir adalah faktar penjualan, bukti kas, dan cek (Mulyadi, 2001). Sedangkan menurut Rama dan Jones (2008) formulir adalah dokumen terpola yang berisi field kosong yang dapat diisi pengguna dengan data. Jadi dapat disimpulkan bahwa formulir adalah sebuah dokumen kosong yang digunakan untuk mencatat/mengisi data oleh penggunanya.

Evaluasi atau kegiatan penilaian merupakan prosedur membandingkan informasi tentang kegiatan pelaksanaan program atau hasil kerja dengan suatu tujuan yang telah ditetapkan (Hardinsyah, 2016). Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa form evaluasi berbasis web merupakan suatu formulir berupa dokumen kosong yang digunakan untuk menilai suatu kegiatan dengan

membandingkan hasil kegiatan dengan tujuan yang telah ditetapkan melalui pengembangan website.

2. Kelebihan dan Kekurangan Form Evaluasi Program Berbasis Web

a. Kelebihan

- Dapat menilai kinerja puskesmas dengan lebih mudah dan cepat sehingga lebih cepat pula diketahui masalah yang ada.
- Cepat dilakukan tindakan atau penanganan masalah karena masalah cepat diketahui.
- Mempermudah pelaporan karena hasil dari form evaluasi berbasis web ini sudah disesuaikan dengan format laporan tahunan yang sudah berlaku.
- Menjadi bahan perencanaan dan perbaikan program
- Memberikan gambaran pencapaian program ditahun berikutnya
- Masyarakat mudah mengakses informasi mengenai hasil evaluasi puskesmas terlebih pada program kinerja posyandu
- Mudah dioperasikan meski digunakan oleh pemula
- Hasil penilaian lebih jelas karena memuat aspek *adequacy, progress, sensitivitas* dan *spesifitas*.
- Menambah kepercayaan terhadap puskesmas dari masyarakat karena pihak petugas puskesmas telah transparan memberikan informasi mengenai kinerjanya melalui form evaluasi berbasis web ini.

b. Kekurangan

- Sangat tergantung dengan jaringan internet dan media aksesnya yaitu laptop dan smartphone
- Perlu penyesuaian dalam pengoperasian karena media ini tergolong media baru bahkan asing bagi petugas gizi

3. Evaluasi berbasis Web

Seiring berjalannya waktu, teknologi mengalami perkembangan yang sangat pesat, tak terkecuali teknologi website. Agar perkembangan teknologi web semakin baik, seorang programmer dituntut untuk menerapkan teknologi terbaru pada apa yang dirancangnya (Puskomedia,2018).

Aplikasi web bisa menjadi pilihan yang terbaik untuk membangun produk yang diinginkan. Karena benar-benar minim persyaratan, dengan kata lain akses ke fitur dari perangkat mobile seperti Push Notification tidak diperlukan. Aplikasi web bisa menjadi pilihan yang murah dari sisi budget. Namun sayangnya, aplikasi web tidak bisa didistribusikan melalui toko aplikasi native seperti App Store atau Google Play. Aplikasi yang akan dikembangkan dengan platform web adalah aplikasi form evaluasi berbasis Web. Aplikasi ini dapat diakses melalui aplikasi web. Aplikasi form evaluasi ini bertujuan sama dengan aplikasi form evaluasi berbasis android hanya berbeda dalam platform. Tujuan aplikasi ini untuk memudahkan pengguna website dalam mengevaluasi sebuah program yang ada di Puskesmas. Aplikasi ini dapat memonitor perkembangan program setiap tahun dan dapat diketahui program mana yang harus di tindak lanjuti agar dapat memenuhi target. Aplikasi form berbasis android mengevaluasi menggunakan perhitungan *adequacy of effort* (kecukupan upaya), *adequacy of performance* (kecukupan kinerja), *progress* (pengamatan kemajuan), sensitivitas, dan spesifitas. Hasil evaluasi di aplikasi ini dapat diintegrasikan melalui email dan whatsapp dalam bentuk word atau pdf agar memudahkan pengguna aplikasi. Serta dapat dipublikasikan ke masyarakat agar mengetahui bagaimana perkembangan program di wilayahnya tersebut.

G. Efektivitas dan Efisiensi

1) Efektivitas

Efektivitas adalah pengukuran dalam tercapainya sasaran atau tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Efektivitas pada dasarnya berasal dari kata "Efek" dan digunakan dalam istilah ini dalam sebuah hubungan sebab akibat. Efektivitas dapat dipandang sebagai suatu sebab dari variabel lain. Efektivitas berarti tujuan yang telah direncanakan sebelumnya dapat tercapai atau dengan kata sasaran tercapai karena adanya proses kegiatan (Pasolong, 2007).

Kemudian menurut Sedarmayanti (2006), efektivitas merupakan suatu ukuran yang memberikan gambaran seberapa jauh

target dapat tercapai. Pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa efektivitas merupakan suatu ukuran yang memberikan gambaran seberapa jauh target yang telah ditetapkan sebelumnya. Hal tersebut sangat penting perannya di dalam setiap kegiatan untuk melihat perkembangan dan kemajuan yang dicapai oleh suatu kegiatan.

Efektivitas menggambarkan akibat/ efek yang diinginkan dari suatu program, kegiatan, institusi dalam usaha mengurangi masalah kesehatan. Efektivitas juga dipergunakan untuk mengukur derajat keberhasilan dari suatu usaha tersebut dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menggambarkan akibat keseluruhan dari program, kegiatan, institusi dalam pengembangan kesehatan masyarakat dan pengembangan sosio-ekonomi. Penilaian dampak di bidang kesehatan, terutama ditunjukkan untuk menentukan perubahan akibat pelaksanaan program agar dapat memberikan keuntungan kepada derajat kesehatan (health status) angka kematian, angka kesakitan dan angka kecacatan adalah komponen yang ada pada health status (Supriyanto,1988).

Informasi yang dibutuhkan untuk kriteria efektivitas adalah bagaimana tingkat keberhasilan (output – outcome/effects) dari suatu program/ kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan menjangkau tujuan yang telah ditetapkan, berapa jauh program – program yang telah ditetapkan dapat tercapai (target tercapai), dan output- outcome / effect menurut resources yang digunakan, mana yang efektif (Supriyanto,1988).

Efektivitas digunakan sebagai tolak ukur untuk membandingkan antara rencana dan proses yang dilakukan dengan hasil yang dicapai. Sehingga untuk menentukan efektif atau tidaknya suatu program maka diperlukan ukuran-ukuran efektivitas. Menurut Campbell J.P. (1989:121) dalam Starawaji (2009) bahwa terdapat cara pengukuran efektivitas secara umum dan yang paling menonjol adalah sebagai berikut :

a. Keberhasilan program

Efektivitas program dapat dijalankan dengan kemampuan operasional dalam melaksanakan program-program kerja yang

sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Keberhasilan program dapat di tinjau dari proses dan mekanisme suatu kegiatan dilakukan dilapangan.

b. Keberhasilan sasaran

Efektivitas ditinjau dari sudut pencapaian tujuan dengan memusatkan perhatian terhadap aspek output, artinya efektifitas dapat diukur dengan seberapa jauh tingkat output dalam kebijakan dan prosedur dari organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

c. Kepuasan terhadap program

Kepuasan merupakan kriteria efektivitas yang mengacu pada keberhasilan program dalam memenuhi kebutuhan pengguna. Kepuasan dirasakan oleh para pengguna terhadap kualitas produk atau jasa yang dihasilkan. Semakin berkualitas produk dan jasa yang diberikan maka kepuasan yang dirasakan oleh pengguna semakin tinggi, maka dapat menimbulkan keuntungan bagi lembaga.

d. Tingkat input dan output

Pada efektivitas tingkat input dan output dapat dilihat dari perbandingan antara masukan (input) dengan keluaran (output). Jika output lebih besar dari input maka dapat dikatakan efisien dan sebaliknya jika input lebih besar dari output maka dapat dikatakan tidak efisien.

e. Pencapaian tujuan menyeluruh

Sejauh mana organisasi melaksanakan tugasnya untuk mencapai tujuan. Dalam hal ini merupakan penilaian umum dengan sebanyak mungkin kriteria tunggal dan menghasilkan penilaian umum efektivitas organisasi.

Sehingga efektivitas program dapat dijalankan berdasarkan dengan kemampuan operasionalnya dalam melaksanakan program yang sesuai dengan tujuan yang telah tetapkan sebelumnya, secara komprehensif, efektifitas dapat diartikan sebagai tingkat kemampuan suatu lembaga untuk mencapai

sasaran atau tujuan yang telah ditentukan sebelumnya (Campbell, 1989:47)

William H. (2003) menyatakan bahwa keberhasilan sistem atau keefektifan diukur dalam 6 indikator dengan beberapa item yaitu 1) kualitas sistem yang diukur dalam hal kemudahan penggunaan, fungsionalitas, keandalan, fleksibilitas, kualitas data, portabilitas, integritas dan kepentingan. 2) Kualitas informasi dalam hal akurasi, ketepatan waktu, kelengkapan, relevansi dan konsisten. 3) Kualitas pelayanan dalam pembaruan (up to date), dapat diandalkan, kecepatan pelayanan/penggunaan, dan kepentingan pengguna. 4) Penggunaan diukur berdasarkan frekuensi penggunaan, waktu penggunaan, jumlah akses, pola penggunaan, dan ketergantungan. 5) Kepuasan Pengguna. 6) Keuntungan, diukur dari manfaat-manfaat positif yang dirasakan oleh pengguna website.

Aplikasi dalam penggunaannya diharapkan dapat membuat suatu pekerjaan lebih efektif, sehingga tujuan dan sasaran dapat tercapai. Penggunaan aplikasi dalam bidang kesehatan salah satu contohnya adalah form evaluasi berbasis web yang digunakan untuk mengevaluasi program Kinerja Posyandu. Apabila dalam pelaksanaannya, aplikasi web dapat mencapai tujuan, ketepatan waktu, manfaat, serta hasil kegiatan, maka aplikasi web tersebut dapat dikatakan efektif.

2) Efisiensi

Efisiensi menggambarkan hubungan antara hasil yang dicapai suatu program kesehatan dengan usaha – usaha yang diperkirakan dalam pengertian : tenaga manusia (sumber – sumber lain, keuangan, proses – proses dibidang kesehatan , teknologi, dan waktu) (Supriyanto, 1988). Efisiensi dibedakan menjadi dua yaitu:

a. Efisiensi Teknik, yaitu informasi yang menyangkut:

1. Metode, sejauh mana metode ini tepat dalam usaha pemecahan masalah

2. Waktu, apakah program dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditetapkan?
3. Sumber daya, atau sarana, apakah program memerlukan tambahan sumber daya (tenaga), fasilitas dan sarana (Supriyanto, 2007). :

b. Efisiensi Biaya

Efisiensi biaya adalah analisis untuk menetapkan, apakah tujuan tercapai secara ekonomis. Efisiensi biaya suatu program/ kegiatan pelayanan kesehatan dapat diukur dengan cara membandingkan hasil program/ kegiatan dengan masukan (sumber daya) dalam nilai uang seperti: *Cost Unit Analysis*, *Cost Benefit Analysis* and *Cost Effectiveness Analysis*.

Adanya klarifikasi macam – macam biaya dalam kegiatan pelayanan kesehatan untuk menghasilkan produk jasa. Biaya dapat diklasifikasi atas biaya internal (*controllable cost*) dan biaya eksternal (*uncontrollable cost*). Biaya juga (secara ekonomi) dapat diklasifikasi atas *direct cost*, *indirect cost*, *overhead cost*, *environmental cost*, *marginal cost* (Supriyanto, 2007).

3) Usability

Usability menurut ISO 9241 (2018), yaitu sejauh mana sistem produk atau layanan dapat digunakan oleh pengguna untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan dengan efektivitas, efisien, dan mencapai kepuasan pengguna dalam konteks tertentu. Sehingga tujuan *usability* untuk merancang dan mengevaluasi sistem, produk, dan layanan, dan untuk memungkinkan pengguna mencapai tujuan secara efektif, efisien dan dengan kepuasan, dengan mempertimbangkan konteks penggunaan. *Usability* menilai dan mengukur bagaimana kinerja suatu sistem ataupun *website* dalam membantu pengguna sehingga mampu mengoptimalkan kinerja pengguna menggunakan sistem atau *website* yang bersangkutan. Pengguna mampu mengoperasikan sistem dan hasilnya dapat membantu memudahkan pekerjaan pengguna. ISO 9241 membuat parameter untuk dapat mengukur nilai *usability* suatu sistem. Parameter tersebut harus dipenuhi agar suatu

sistem mencapai tingkat *usability* yang ideal, yaitu *Easy to learn*, *Efficient to use*, *Easy to remember*, *Few Errors*, *Pleasant to use*.

a. *Easy to learn* (Kemudahan)

Pengguna dapat dengan cepat menyelesaikan tugas dengan menggunakan sistem. Pengguna dengan cepat dapat memahami perintah paling dasar dan pilihan navigasi dan menggunakannya untuk mencari informasi yang diinginkan. Ketika pengguna memasukkan informasi dasar untuk pertama kalinya, dengan segera pengguna dapat memahami layar tampilan sistem dan isinya. Pengguna dengan cepat dapat mempelajari struktur dasar dari sistem jaringan dan di mana atau bagaimana untuk mencari informasi spesifik. Pengguna dari form evaluasi berbasis web dapat dengan cepat mempelajari dan menggunakan sistem secara mahir, kemudahan dalam menjalankan suatu fungsi serta apa yang pengguna inginkan dapat mereka dapatkan. Selain itu kemudahan bagi pengguna pemula atau pertama kali menggunakan.

b. *Efficient to use* (Efisien)

Pengguna yang telah mempelajari sistem, sehingga tingkat produktivitasnya menjadi tinggi. Mengingat bahwa pengguna ingin menilai suatu program dan mencari informasi tertentu, mereka bisa dengan cepat atau segera menemukan. Pengguna dengan cepat dapat menyesuaikan diri dan memahami makna dari setiap tahap dalam kaitannya dengan titik awal penggunaan. Penggunaan form evaluasi berbasis web dapat mengetahui seberapa cepat pengguna melakukan tugasnya setelah menggunakan form tersebut serta seberapa besar penggunaan sumber daya yang dikeluarkan guna mencapai ketepatan dan kelengkapan tujuan.

c. *Easy to remember* (Mudah diingat)

Pengguna dapat kembali menggunakan sistem setelah beberapa periode tidak menggunakannya, tanpa harus mempelajari keseluruhan bagian sistem. Pengguna tidak memiliki masalah dalam mengingat bagaimana menggunakan

dan menavigasi dalam sistem tersebut setelah lama tidak menggunakan sistem. Pengguna dapat mengingat struktur umum dan masih dapat menemukan jalan mereka di sekitar jaringan sistem dan untuk mengenali *node* penting setelah lama tidak menggunakan basis informasi. Pengguna bisa mengingat setiap konvensi khusus atau notasi untuk *anchor* khusus, *Link*, dan *node*. Pengguna dapat mentransfer pengetahuan mereka tentang dasar informasi dengan mesin yang sama. Dalam penggunaan form evaluasi berbasis web ini dibutuhkan kemampuan pengguna mempertahankan pengetahuannya setelah jangka waktu tertentu dan kemampuan mengingat yang didapat pada salah satu tahapan.

d. *Few Errors* (Kesalahan)

Pengguna tidak membuat banyak kesalahan selama penggunaan sistem, atau jika pengguna melakukan kesalahan pengguna dapat dengan mudah mengatasinya. Serta, tidak ada kesalahan yang menyebabkan masalah besar. Mengukur bahwa *user* tidak membuat satu kesalahanpun saat menjalankan sistem atau apabila *user* melakukan kesalahan, dapat segera diperbaiki dengan mudah. Dalam hal penggunaan link, pengguna yang telah keliru mengikuti link, mudah baginya untuk kembali ke lokasi sebelumnya. Pengguna secara umum dapat dengan mudah kembali ke lokasi di mana mereka berada atau kembali ke halaman awal.

e. *Pleasant to Use* (Kepuasan)

Pengguna secara subyektif puas ketika menggunakan sistem. Pengguna lebih suka menggunakan sistem untuk solusi alternatif yang ada seperti kertas atau lainnya, sistem komputer non-hypertext. Pengguna jarang mengalami frustrasi ketika menggunakan sistem atau kecewa dengan hasil link. Pengguna merasa bahwa mereka dapat mengendalikan sistem dan mereka dapat bergerak bebas daripada merasa dibatasi oleh sistem. Pengguna menemukan pengalaman menggunakan sistem yang memudahkan pekerjaan dan/atau memperkaya pengalaman.