



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KOMPETENSI PERAWAT PUSKESMAS
DAN TINGKAT KETERLAKSANAAN KEGIATAN
PERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT
(PERKESMAS) DI KOTA PONTIANAK**

TESIS

**YUYUN TAFWIDHAH
0806447186**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KOMPETENSI PERAWAT PUSKESMAS
DAN TINGKAT KETERLAKSANAAN KEGIATAN
PERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT
(PERKESMAS) DI KOTA PONTIANAK**

TESIS

**Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan**

**YUYUN TAFWIDHAH
0806447186**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2010**

PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Yuyun Tafwidhah

NPM : 0806447186

Tanda Tangan : 

Tanggal : 5 Juli 2010

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan Manajemen Keperawatan

Depok, 8 Juli 2010

Pembimbing I



(Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSC)

Pembimbing II



(Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp. MARS)

HALAMAN PENGESAHAN

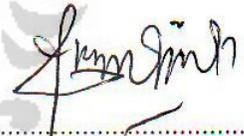
Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Yuyun Tafwidhah
NPM : 0806447186
Program Studi : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Kompetensi Perawat Puskesmas dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) di Kota Pontianak

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar **Magister Keperawatan** pada Program Studi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSc. (.....)

Pembimbing : Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp. MARS (.....)

Penguji : Ria Utami, S.Kp. M.Kep. (.....)

Penguji : Titi Sulastri, S.Kp. M.Kep (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 8 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat, hidayah serta ridho-Nya memberikan kemudahan dalam menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul “Hubungan Kompetensi Perawat Puskesmas dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) di Kota Pontianak”. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI). Penyusunan tesis ini dapat diselesaikan atas bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak. Secara khusus penulis sampaikan terima kasih yang tak terhingga atas bimbingan dan kesabaran Ibu Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSc dan Ibu Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp. MARS.

Ucapan terima kasih dan hormat tak lupa penulis sampaikan kepada Yth:

1. Dewi Irawaty, Ph.D selaku Dekan FIK UI.
2. Krisna Yetti, S.Kp, M.App. Sc selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan FIK UI.
3. Drg. Multi J. Bhatarendro, MPPM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak.
4. Ibunda, suami, dan anak-anakku tercinta yang memberikan kesempatan pada penulis untuk melanjutkan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan FIK UI dan selalu setia menjadi motivator.
5. Rekan-rekan seangkatan program Magister Ilmu Keperawatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan FIK-UI.
6. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini belum sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yuyun Tafwidhah
NPM : 0806447186
Program Studi : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Hubungan Kompetensi Perawat Puskesmas dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) di Kota Pontianak

Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 5 Juli 2010

Yang menyatakan



(Yuyun Tafwidhah)

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, 5 Juli 2010

Yuyun Tafwidhah

Hubungan Kompetensi Perawat Puskesmas dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) di Kota Pontianak

xvi + 106 hal + 15 tabel + 4 gambar + 2 diagram + 13 lampiran

Abstrak

Perkesmas merupakan upaya program pengembangan puskesmas yang kegiatannya terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan lainnya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak. Desain yang digunakan adalah analitik korelasi secara *cross sectional* dengan sampel 118 perawat. Analisis data dengan *chi-square*, uji t independen, dan regresi logistik. Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan antara kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas ($p=0,000$). Lebih lanjut diketahui bahwa terdapat interaksi antara kompetensi dan pelatihan. Penelitian ini merekomendasikan peningkatan kompetensi perawat guna keoptimalan pelaksanaan perkesmas melalui pelatihan, pembinaan melalui tim yang ditugasi, ataupun kerja sama dengan teman sejawat serta memberikan dukungan berupa kebijakan untuk penghargaan dan sanksi seperti jenjang karir perawat.

Kata kunci : kompetensi perawat, perkesmas, puskesmas.

Daftar pustaka : 63 (1974-2010)

UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE
MAJORING IN NURSING LEADERSHIP AND MANAGEMENT
POST GRADUATE PROGRAM-FACULTY OF NURSING

Thesis, July 5, 2010

Yuyun Tafwidhah

The Relationship between the Competence of Community Health Center (*Puskesmas*) Nurses and the Implementation Level of Community Health Care (*Perkesmas*) Activities at Pontianak

xvi+ 106 pages + 15 tables + 4 pictures + 2 diagrams + 13 appendixes

Abstract

Community Health Care (*Perkesmas*) is an effort of Community Health Center (*Puskesmas*) development program whose activities integrated into the compulsory health efforts and health development efforts. The purpose of this research was to determine the relationship between the competence of community health center (*puskesmas*) nurses and the implementation level of community health care (*perkesmas*) activities at Pontianak. This research is an analytic correlation research with cross sectional program, and using 118 nurses as the sample. The data was analyzed by the Chi-Square test, the independent t test, and the logistic regression test. From the data analysis, it has been recognized that there is a relation between the competence of community health center nurses and the implementation level of community health care ($p=0,000$). Further revealed that an interaction between competence and training has been found. This research recommends enhancing the competence of nurses for the optimal implementation of community health center through training, coaching through the team assigned to, or cooperation with peers, and also provides support in the form of a policy of rewards and punishments such as career path for nurses.

Keywords: nurse competence, community health care (*perkesmas*), community health center (*puskesmas*)

Bibliography: 63 (1974-2010)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
<i>ABSTRACT</i>	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR GRAFIK	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	9
1.3. Tujuan.....	10
1.4. Manfaat Penelitian	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1. Manajemen Keperawatan	13
2.2. Kinerja	15
2.3. Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK).....	19
2.4. Kompetensi	23
2.5. Kompetensi dalam Keperawatan	28
2.6. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	32
2.7. Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas).....	34
2.8. Perawat Puskesmas	43
2.9. Kerangka Teori	47
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	48
3.1. Kerangka Konsep.....	48
3.2. Hipotesis	49
3.3. Definisi Operasional.....	49
BAB 4 METODE PENELITIAN	53
4.1. Desain Penelitian.....	53
4.2. Populasi dan Sampel	53
4.3. Tempat Penelitian	54
4.4. Waktu Penelitian	55
4.5. Etika Penelitian	55
4.6. Alat Pengumpul Data	56
4.7. Validitas dan Reliabilitas.....	57

4.8. Prosedur Pengumpul Data	60
4.9. Pengolahan Data	61
4.10. Analisis Data.....	62
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	65
5.1. Pelaksanaan Penelitian	65
5.2. Analisis Univariat	65
5.3. Analisis Bivariat.....	70
5.4. Analisis Multivariat.....	75
BAB 6 PEMBAHASAN	81
6.1. Pembahasan Penelitian	81
6.2. Keterbatasan Penelitian	100
6.3. Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan.....	101
6.4. Implikasi Terhadap Penelitian Keperawatan	102
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	103
7.1. Kesimpulan.....	103
7.2. Saran.....	103

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional	50
Tabel 4.1	Uji Statistik Analisis Bivariat Variabel Dependen dan <i>Confounding</i>	63
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Usia dan Masa Kerja di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)	66
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pelatihan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)	66
Tabel 5.3	Perhitungan Nilai <i>Skewness</i> dan Standar Error <i>Skewness</i> Kompetensi berdasarkan Pengetahuan, Sikap, dan keterampilan Perkesmas Perawat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118).....	67
Tabel 5.4	Distribusi Kompetensi Responden Menurut Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Perkesmas Perawat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118).....	68
Tabel 5.5	Analisis Hubungan Kompetensi Perawat dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)	70
Tabel 5.6	Analisis Hubungan Karakteristik Umur dengan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)	71
Tabel 5.7	Analisis Hubungan Karakteristik Jenis Kelamin dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)	72
Tabel 5.8	Analisis Hubungan Karakteristik Pendidikan dengan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)	73
Tabel 5.9	Analisis Hubungan Karakteristik Masa Kerja dengan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)	74
Tabel 5.10	Analisis Hubungan Karakteristik Pelatihan dengan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)	74

Tabel 5.11 Analisis Hubungan Karakteristik Perawat dengan Tingkat Keterlaksanaan Perkesmas Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118).....	76
Tabel 5.12 Model Awal Analisis Multivariat Kompetensi dan Tingkat Keterlaksanaan Perkesmas Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118).....	77
Tabel 5.13 Model Akhir Analisis Multivariat Kompetensi dan Tingkat Keterlaksanaan Perkesmas Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118).....	78



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Variabel yang Mempengaruhi Perilaku dan Prestasi Kerja Individu	16
Gambar 2.2 Alur Pendekatan Pengembangan Manajemen Kinerja	20
Gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian	47
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	48



DAFTAR DIAGRAM

- Diagram 5.1 Distribusi Perencanaan (P1), Penggerakan Pelaksanaan (P2), dan Pengawasan, Pengendalian, Penilaian (P3) Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)..... 69
- Diagram 5.2 Distribusi Kegiatan Perkesmas Perawat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118) 69



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kisi-Kisi Kuesioner
- Lampiran 2 Penjelasan Kuesioner Penelitian
- Lampiran 3 Pernyataan Bersedia sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 4 Kuesioner
- Lampiran 5 Waktu Penelitian
- Lampiran 6 Permohonan Meninjau
- Lampiran 7 Ijin Meninjau
- Lampiran 8 Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 9 Permohonan Uji Instrumen Penelitian
- Lampiran 10 Ijin Uji Instrumen Penelitian
- Lampiran 11 Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 12 Ijin Penelitian
- Lampiran 13 Riwayat Hidup Peneliti



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tujuan pembangunan kesehatan seperti yang tercantum dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Upaya yang dilakukan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal tersebut perlu diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan.

Makna pembangunan kesehatan dipertegas dengan adanya rancangan final Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2009. Penyelenggaraan SKN dalam pembangunan kesehatan menggunakan cara berpikir dan bertindak yang logis, sistematis, komprehensif, dan holistik. SKN memiliki enam subsistem yang menjadi cara penyelenggarannya yaitu subsistem upaya kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman, subsistem manajemen dan informasi kesehatan, dan subsistem pemberdayaan masyarakat (Depkes, 2009).

Manajemen dalam kesehatan merupakan salah satu bagian yang diperlukan oleh seorang manajer atau pimpinan kesehatan sebagai alat untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Manajemen diartikan sebagai proses melaksanakan pekerjaan melalui orang lain untuk mencapai tujuan bersama. Pelaksanaan manajemen menggunakan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengelolaan staf (*staffing*), pengarahan, dan pengendalian (Gillies, 2000).

Manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien, keluarga dan masyarakat (Gillies, 2000). Pelaksanaan manajemen keperawatan diperlukan di setiap layanan

keperawatan seperti rumah sakit, puskesmas, dan klinik lainnya karena sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat profesional bekerja sama dengan klien, dan tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan lingkup kewenangan dan tanggungjawabnya.

Salah satu fungsi dalam manajemen keperawatan adalah fungsi pengelolaan staf (*staffing*). Fungsi ini dalam manajemen keperawatan dapat dilakukan sebagai pengembangan peran keperawatan. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan profesional didukung dengan pengetahuan teoritik yang mantap dan kokoh yang didasari oleh ilmu dan kiat keperawatan (Gillies, 2000). Perawat yang memiliki kinerja yang baik akan memberikan asuhan keperawatan profesional baik kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Gibson (2006) menjelaskan bahwa untuk melihat kinerja seseorang dapat dilihat dari perilaku. Perilaku muncul dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan dari individu itu sendiri. Faktor individu yang mempengaruhi perilaku berupa kemampuan dan keterampilan, latar belakang keluarga, kepribadian, persepsi, sikap, nilai-nilai, kapasitas belajar, umur, ras, jenis kelamin, dan pengalaman. Keterampilan dan kemampuan ini berkaitan dengan kompetensi yang dimiliki individu dalam menjalankan tugasnya.

Kompetensi seseorang ditunjukkan dari pekerjaan yang dilakukannya dan kemampuan bekerjasama dengan pekerjaan lainnya. Ibarat sebuah pohon, kompetensi digambarkan sebagai batangnya dengan akar berupa nilai-nilai yang dimiliki individu. Daun dari pohon tersebut digambarkan sebagai aktivitas, kinerja organisasi, dan hasil dari kinerja tersebut. Kompetensi dapat disimpulkan sebagai sekumpulan keterampilan yang dimiliki individu termasuk di dalamnya pengetahuan dan atribut lain (sarana prasarana) untuk menunjang melakukan suatu pekerjaan (United Nation International Development Organization, 2002).

Perawat puskesmas memerlukan kompetensi untuk melaksanakan kegiatan di puskesmas. *Quad Council PHN Competencies* (2003) menyebutkan kompetensi yang diperlukan untuk menganalisa permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat hingga melakukan evaluasi. Kompetensi yang diharapkan meliputi

keterampilan menganalisis pengkajian kesehatan masyarakat, keterampilan merencanakan program kesehatan masyarakat, keterampilan komunikasi, keterampilan memahami budaya masyarakat, keterampilan bekerjasama dengan masyarakat maupun *stakeholder*, keterampilan menggunakan ilmu kesehatan masyarakat, keterampilan melakukan manajemen financial, dan keterampilan kepemimpinan serta berfikir sistematis. Kemampuan ini menurut Deseco (2005) dikategorikan menjadi tiga, yaitu kemampuan menggunakan sarana prasarana (teknologi, bahasa, dan lain-lain), kemampuan berinteraksi dengan berbagai kelompok yang heterogen, dan kemampuan bertindak sesuai dengan kewenangan yang dimilikinya dalam menjalankan upaya kesehatan.

Upaya kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang paripurna, terpadu dan berkualitas. Upaya kesehatan meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Depkes, 2009). Upaya kesehatan merupakan tanggung jawab bersama antara individu, masyarakat, pemerintah, dan swasta. Peran pemerintah dalam menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan hendaknya didukung dengan kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan. Bentuk dukungan yang diberikan antara lain dengan perilaku yang sehat serta kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu untuk menanggulangi masalah kesehatan yang terjadi.

Masalah kesehatan di Indonesia saat ini dihadapkan pada transisi epidemiologi yang disebabkan oleh perubahan struktur pendidikan dan gaya hidup masyarakat. Perubahan ini menyebabkan penanggulangan masalah kesehatan yang berfokus pada penyakit menular dan penyakit degeneratif. Selain itu, permasalahan gizi, kesehatan ibu dan anak, serta kesehatan lingkungan juga menjadi pekerjaan yang harus diselesaikan bersama antara pemerintah dan masyarakat.

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menyebutkan penyebab kematian di Indonesia mengalami pergeseran dari penyakit menular ke penyakit tidak menular. Penyebab kematian tertinggi adalah stroke yang terjadi di

perkotaan maupun pedesaan. Hasil lainnya juga menggambarkan hubungan penyakit degeneratif seperti sindroma metabolik, stroke, hipertensi, obesitas dan penyakit jantung dengan status sosial ekonomi masyarakat seperti pendidikan, kemiskinan, dan lain-lain. Prevalensi gizi buruk yang berada di atas rata-rata nasional (5,4%) terdapat pada 21 provinsi. Selain itu diperoleh 19 provinsi mempunyai prevalensi gizi buruk dan gizi kurang di atas prevalensi nasional sebesar 18,4%. Salah satu provinsi yang dimaksud adalah Kalimantan Barat (Depkes, 2008).

Profil Kesehatan Kota Pontianak tahun 2008 mengurutkan lima penyakit teratas yaitu infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), penyakit lain pada saluran pernafasan atas, hipertensi, penyakit pulpa dan jaringan periapikal, dan penyakit kulit infeksi. Hipertensi serta penyakit pulpa dan jaringan periapikal merupakan penyakit yang lebih mengarah pada perilaku yang salah di masyarakat. Tiga penyakit lainnya menunjukkan penyakit infeksi yang disebabkan oleh masalah kesehatan lingkungan. Permasalahan lainnya yaitu gizi yang terlihat dari kasus gizi buruk (marasmus) sebanyak 41 orang dan proporsi balita kurang energi protein (KEP) sebesar 16,2%. Angka kematian ibu dan bayi masih terjadi, diketahui kematian ibu sebanyak 6 orang dan kematian neonatus sebanyak 28 kasus. Data kesehatan tersebut menunjukkan bahwa masalah kesehatan di Kota Pontianak sangat kompleks dengan menangani kesehatan lingkungan, penyakit menular, penyakit degeneratif, masalah gizi, serta kesehatan ibu dan anak (Dinas Kesehatan Kota Pontianak, 2009).

Blum (1974) menyebutkan bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu lingkungan, perilaku masyarakat, petugas kesehatan, dan keturunan. Green, et.al (1980) menganalisis bahwa kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan non perilaku (*non behavior causes*). Faktor perilaku khususnya perilaku kesehatan ditentukan oleh tiga faktor. Pertama, faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, dan sebagainya. Kedua, faktor pendukung (*enabling factor*) yang terwujud dari lingkungan fisik seperti tersedia atau tidaknya fasilitas kesehatan. Ketiga, faktor pendorong (*reinforcing factor*)

yang terwujud dalam sikap dan perilaku keluarga, masyarakat, pimpinan, petugas kesehatan, dan lainnya.

Petugas kesehatan memegang peranan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya yang dilakukan petugas kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan. Salah satu unit pelaksana pelayanan kesehatan yang langsung berhadapan dengan masyarakat adalah pusat kesehatan masyarakat (puskesmas).

Puskesmas merupakan unit fungsional pelayanan kesehatan terdepan sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kota/kabupaten. Pembangunan puskesmas kini sudah hampir merata di seluruh pelosok tanah air dengan jumlah minimal satu kecamatan terdapat satu puskesmas. Upaya kesehatan yang dilaksanakan puskesmas diselenggarakan melalui upaya kesehatan wajib berupa dan upaya kesehatan pengembangan. Upaya kesehatan wajib terdiri dari upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak (KIA) serta keluarga berencana (KB), upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (P2M), dan upaya pengobatan (Depkes, 2006a).

Pelayanan kesehatan diberikan kepada seluruh lapisan masyarakat dengan memfokuskan pada promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif. Mutu pelayanan yang diberikan dilakukan secara baik, berkelanjutan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat terutama keluarga miskin rawan kesehatan/risiko tinggi. Upaya pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat diselenggarakan melalui upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan di puskesmas. Upaya kesehatan tersebut dapat diintegrasikan dalam upaya perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas).

Depkes (2006a) menetapkan bahwa upaya perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) merupakan upaya program pengembangan yang kegiatannya terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan lainnya. Perkesmas dilakukan dengan penekanan pada upaya

pelayanan kesehatan dasar. Pelaksanaan Perkesmas bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal.

Sasaran perkesmas adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan maupun ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Prioritas sasaran adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan dengan memprioritaskan daerah yang belum terjangkau dengan sarana pelayanan kesehatan atau sudah memanfaatkan tetapi memerlukan tindak lanjut. Fokus utama pada keluarga rawan kesehatan yaitu keluarga miskin yang rentan dan keluarga yang termasuk resiko tinggi (Depkes, 2006a). Keluarga yang tidak mendapat pelayanan perkesmas merupakan beban sosial dan ekonomi serta dapat berdampak buruk terhadap masyarakat lainnya. Pemerintah memiliki tanggung jawab melindungi kesehatan masyarakat dan memberikan akses ke pelayanan kesehatan terutama bagi keluarga yang memiliki hambatan untuk mencapai pusat-pusat pelayanan kesehatan.

Kegiatan perawat perkesmas dapat terwujud melalui peningkatan kerjasama lintas program terkait. Pelaksanaan perkesmas melalui program kesehatan wajib seperti program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta program Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) dapat dilakukan melalui kegiatan imunisasi. Petugas puskesmas dapat mendatangi keluarga untuk melakukan pembinaan pada bayi yang *drop out* (DO). Kerjasama lintas program perkesmas dengan program gizi terwujud dalam pembinaan keluarga yang mempunyai bayi atau anak balita yang memiliki berat badan di bawah garis merah (BGM) dan ibu hamil/nifas yang kekurangan energi serta membantu dalam hal pelaksanaan pemberian makanan tambahan (PMT). Sedangkan lintas program dengan program pemberantasan penyakit, petugas puskesmas membantu memberikan bimbingan serta tindak lanjut untuk kasus-kasus penyakit menular maupun tidak menular.

Pemantauan perkesmas dilaksanakan secara periodik setiap bulan oleh perawat koordinator perkesmas. Hasil pemantauan terhadap pencapaian indikator kinerja

menjadi masukan untuk perbaikan dan peningkatan kinerja perawat, peningkatan cakupan, dan mutu pelayanan kesehatan. Penilaian dilaksanakan minimal setiap akhir tahun meliputi semua aspek baik *input*, proses, *output*, dan *outcome* sebagai masukan penyusunan rencana kegiatan perkesmas tahun berikutnya. Hasilnya digunakan untuk masukan dalam penyusunan perencanaan kegiatan perkesmas pada tahun berikutnya. Cara yang digunakan untuk memudahkan pemantauan dan penilaian kinerja perkesmas adalah dengan melakukan penyajian hasil dengan menggunakan tabel, grafik balok/garis atau grafik Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) (Depkes, 2006a).

Dinas Kesehatan Kota Pontianak mulai menggalakkan kembali kegiatan perkesmas sejak tahun 2008. Kegiatan perkesmas didukung dengan pelatihan yang telah dilaksanakan empat kali antara bulan Juni 2008 hingga Maret 2010 dengan jumlah peserta sebanyak 38 perawat puskesmas se-Kota Pontianak. Fokus kegiatan perkesmas di Kota Pontianak yaitu individu atau keluarga tidak mampu dengan resiko tinggi seperti bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui, usia lanjut, dan penyakit infeksi yang tingkat penularannya cepat, seperti TBC, kusta, HIV/AIDS, dan lain-lain. Kegiatan perkesmas yang dilakukan mencakup asuhan keperawatan pasien yang kontak dengan puskesmas, kunjungan rumah, dan kunjungan ke kelompok prioritas terencana. Kunjungan ke kelompok prioritas terencana (posyandu balita dan lansia) yang biasa dilakukan lebih berfokus pada pengobatan dan imunisasi sehingga dirasakan belum optimal padahal perawat dapat melakukan deteksi dini (sasaran prioritas) untuk menanggulangi permasalahan kesehatan pada individu tertentu.

Kegiatan perkesmas yang digalakkan belum membawa dampak kesehatan di masyarakat. Pada 2009 jumlah penyakit yang tertinggi masih bersumber dari lingkungan seperti ISPA dan penyakit kulit, bahkan terjadi kejadian luar biasa Demam Berdarah *Dengue* (KLB DBD) yang kasusnya meningkat hingga 1000 persen. Masalah kesehatan lain yang juga menjadi masalah adalah penyakit karena perilaku yang salah seperti hipertensi dan penyakit pulpa dan jaringan periapikal. Masalah kesehatan tersebut menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah dan masyarakat dalam menanggulungnya. Salah satu upaya yang dilakukan

adalah melalui kegiatan perkesmas yang pelaksanaannya terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan di puskesmas.

Hasil kinerja perkesmas dapat dilihat melalui penyajian Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berupa tabel maupun grafik. PWS berisikan penyajian jenis dan jumlah target sasaran pelayanan, penyampaian hasil cakupan atau capaian pelayanan, dan penampilan hasil pengolahan data pelayanan. Penyajian kinerja perkesmas ini belum dilaksanakan oleh semua puskesmas. Berdasarkan studi awal yang dilakukan peneliti pada tanggal 27 April 2010 terhadap 5 puskesmas di Kota Pontianak diketahui bahwa puskesmas belum melakukan penyajian PWS khususnya untuk kegiatan perkesmas. Selain itu sumber data menunjukkan bahwa kegiatan perkesmas khususnya pada kunjungan rumah baru dilaporkan oleh 13 puskesmas dari 23 puskesmas yang ada di Kota Pontianak (Dinas Kesehatan Kota Pontianak, 2009).

Pelaksanaan program perkesmas di Kabupaten Sleman berdasarkan penelitian Daruji (2001) menggambarkan bahwa perawat puskesmas di Kabupaten Sleman baru 33,01% melaksanakan program perkesmas sesuai uraian tugas yang ada. Penelitian Nurmalis (2007) di Kabupaten Agam memberikan hasil bahwa pengetahuan dan motivasi berhubungan dengan kepatuhan asuhan perkesmas namun tidak berhubungan dengan kepatuhan administrasi asuhan perkesmas. Keterampilan, ketersediaan sarana dan prasarana, serta persepsi manajemen perkesmas berhubungan dengan kepatuhan asuhan perkesmas dan juga dengan kepatuhan administrasi asuhan perkesmas. Pitoyo (2000) dalam Septino & Hasanbasri (2007) menyebutkan bahwa salah satu faktor dominan yang berhubungan dengan kinerja perawat puskesmas dalam melakukan perkesmas adalah faktor kemampuan petugas.

Kemampuan perawat sangat diperlukan dalam mendukung tujuan yang hendak dicapai dari pelaksanaan perkesmas. Kemampuan ini ditunjukkan dari kompetensi yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Laporan untuk kegiatan perkesmas khususnya kunjungan rumah masih belum optimal. Kegiatan lainnya yaitu kunjungan ke kelompok prioritas

terencana seperti posyandu lansia atau balita lebih terkesan rutinitas dengan pelayanan lebih ke arah pengobatan atau imunisasi, padahal kegiatan perkesmas dapat dijadikan peluang bagi perawat puskesmas untuk mengembangkan kemampuannya. Kemampuan yang dimaksud seperti melakukan penyuluhan atau sebagai deteksi dini dalam menanggulangi masalah kesehatan yang ada agar tidak menjadi masalah yang lebih besar. Beberapa hal yang telah dipaparkan di atas menimbulkan pertanyaan apakah kompetensi perawat puskesmas telah sesuai dengan peran yang diharapkan sebagai pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, pendidik, koordinator, konselor, dan panutan atau *role model*.

Penelitian mengenai kompetensi perawat puskesmas khususnya dalam kegiatan perkesmas dirasakan perlu dilakukan. Hal ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana hubungan kompetensi tersebut terhadap kegiatan perkesmas, selain itu juga karena penelitian mengenai kompetensi perawat puskesmas belum pernah dilakukan di Kota Pontianak. Berdasarkan masalah tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.

1.2. Rumusan Masalah

Kompetensi adalah sekumpulan keterampilan yang dimiliki individu termasuk di dalamnya pengetahuan dan atribut lain (sarana prasarana) untuk menunjang melakukan suatu pekerjaan. Kompetensi ditunjukkan dari pekerjaan yang dilakukannya dan kemampuan bekerjasama dengan pekerjaan lainnya. Kompetensi perawat puskesmas yang diharapkan sesuai dengan perannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, pendidik, koordinator, konselor, dan panutan atau *role model*. Kompetensi ini menunjang pelayanan kesehatan yang diberikan perawat di puskesmas.

Perkesmas merupakan upaya program pengembangan puskesmas yang kegiatannya terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan lainnya. Kegiatan perkesmas digalakkan sejak 2008 oleh Dinas Kesehatan Kota Pontianak. Hasil dari kegiatan ini belum optimal, berdasarkan

laporan baru 13 dari 23 puskesmas yang melakukan kunjungan rumah. Selain itu belum semua puskesmas membuat Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) baik yang disajikan berupa tabel maupun grafik.

Penelitian ini akan mengungkapkan masalah penelitian berupa belum optimalnya kegiatan perkesmas di Kota Pontianak dan belum diketahuinya kompetensi perawat puskesmas yang berhubungan dengan kegiatan perkesmas. Dengan demikian fokus penelitian ini adalah mencari jawaban tentang “hubungan kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak”.

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi hubungan kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) di Kota Pontianak.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah teridentifikasinya:

- 1.3.2.1. Karakteristik perawat puskesmas (umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) di Kota Pontianak.
- 1.3.2.2. Pengetahuan perawat puskesmas tentang perkesmas di Kota Pontianak.
- 1.3.2.3. Sikap perawat puskesmas tentang perkesmas di Kota Pontianak.
- 1.3.2.4. Keterampilan perawat puskesmas tentang perkesmas di Kota Pontianak.
- 1.3.2.5. Kompetensi perawat puskesmas tentang perkesmas di Kota Pontianak.
- 1.3.2.6. Tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.
- 1.3.2.7. Hubungan pengetahuan perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.
- 1.3.2.8. Hubungan sikap perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.
- 1.3.2.9. Hubungan keterampilan perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.

- 1.3.2.10. Hubungan kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.
- 1.3.2.11. Hubungan komponen karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Aplikatif

1.4.1.1. Dinas Kesehatan Kota Pontianak

Hasil penelitian ini diharapkan akan memberikan implikasi pada Dinas Kesehatan Kota Pontianak khususnya Bidang Pelayanan Medik dan Kefarmasian terkait program perkesmas. Selanjutnya diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam pengembangan kebijakan program perkesmas, pelatihan sumber daya manusia (SDM) keperawatan, serta *monitoring* dan evaluasi (monev) program perkesmas di Kota Pontianak.

1.4.1.2. Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan akan memberikan implikasi pada puskesmas khususnya program perkesmas. Selanjutnya diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam perencanaan, pelaksanaan, serta *monitoring* dan evaluasi (monev) program perkesmas di tiap puskesmas.

1.4.1.3. Perawat puskesmas

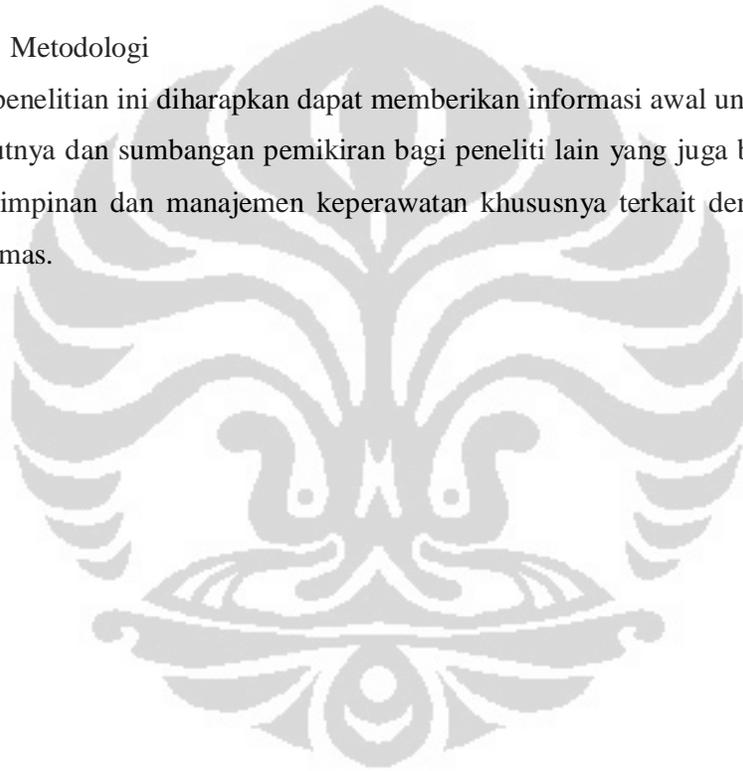
Hasil penelitian ini diharapkan akan memberikan implikasi pada perawat puskesmas dalam melaksanakan program perkesmas. Selanjutnya diharapkan dapat meningkatkan kompetensi dalam melaksanakan program perkesmas untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

1.4.2. Teoritis/Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan akan memberikan implikasi pada perkembangan ilmu keperawatan khususnya melakukan manajemen sumber daya manusia (perawat) terkait program perkesmas. Selain itu diharapkan juga perawat dapat menunjukkan perilaku positif dalam melaksanakan perkesmas yang akan berdampak pada meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Situasi ini memberikan gambaran positif pada pelayanan keperawatan khususnya di puskesmas dan meningkatkan profesi keperawatan.

1.4.3. Metodologi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi awal untuk penelitian selanjutnya dan sumbangan pemikiran bagi peneliti lain yang juga berminat pada kepemimpinan dan manajemen keperawatan khususnya terkait dengan program perkesmas.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Manajemen Keperawatan

2.1.1. Pengertian Manajemen Keperawatan

Sistem dalam Manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien, keluarga dan masyarakat (Gillies, 2000). Manajemen keperawatan digunakan untuk mengatur lingkungan organisasi dalam menciptakan suasana optimal bagi persyaratan pengawasan oleh perawat-perawat klinis. Proses manajemen keperawatan di mulai dari *input*, proses, dan *output* sehingga perawat manajer mengatur seleksi sumber daya manusia dan materi lainnya untuk memberikan masukan tambahan dalam proses manajemen (Swansburg, 2000).

2.1.2. Fungsi Manajemen Keperawatan

Fungsi manajemen keperawatan yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan, dan pengendalian yang dimaksudkan untuk mempermudah pelaksanaan proses keperawatan (Gillies, 2000). Perencanaan adalah proses sistemik dan memerlukan ilmu pengetahuan yang mendasari teori manajemen. Fase perencanaan berisi menentukan tujuan, mengumpulkan data, mengembangkan rencana tindakan, menyusun tindakan, dan mengevaluasi (Swansburg, 2000).

Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan, penugasan suatu kelompok manajer dengan otoritas pengawasan setiap kelompok, dan menentukan cara berkoordinasi baik secara vertikal maupun horizontal. Pengembangan organisasi menyetujui adanya perubahan di lingkungan kerja agar menjadi lebih kondusif, memberi kepuasan pekeja, dan lebih produktif. Elemen yang terdapat dalam pengorganisasian antara lain penetapan struktur organisasi, analisis dan evaluasi kerja, pengelompokan pekerjaan, jalur komunikasi, dan manajemen waktu (Gillies, 2000; Swansburg, 2000).

Pengaturan staf (*staffing*) pada dasarnya mengelola prinsip-prinsip kepegawaian antara lain rekrutmen, seleksi, orientasi, penjadwalan, pengunduran diri, sistem penghargaan dan sanksi, serta pengembangan kepegawaian. Pengembangan kepegawaian dilakukan dengan tujuan untuk mempromosikan kemajuan karir dan meningkatkan produktifitas karyawan (Gillies, 2000).

Pengarahan merupakan elemen kegiatan untuk mengarahkan kegiatan manajemen sesuai dengan apa yang direncanakan dan tidak banyak mengalami kesalahan yang berakibat negatif terhadap pelayanan yang diberikan. Pengarahan yang mendorong berupa kepemimpinan, pemberian bimbingan, supervisi, motivasi, membandingkan penampilan dengan standar serta memperbaiki kekurangan (Gillies, 2000; Swansburg, 2000).

Pengendalian adalah suatu fungsi manajemen yang dilakukan secara terus menerus selama perencanaan, pengorganisasian, pengelolaan staf, dan pengarahan aktivitas. Melalui proses ini standar dibuat dan kemudian digunakan dan diikuti umpan balik untuk perbaikan. Pengendalian berupa kebijakan, aturan, prosedur, kontrol diri, laporan, audit, alat-alat evaluasi, analisa tugas, dan kontrol kualitas (Swansburg, 2000).

Penelitian ini membahas mengenai kompetensi perawat yang akan berkaitan dengan kinerjanya dalam melaksanakan perkesmas. Kompetensi perawat dapat berkaitan dengan semua fungsi manajemen, mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pengelolaan staf, pengarahan, dan pengendalian. Fungsi-fungsi manajemen ini saling berkaitan antara satu dan lainnya. Fungsi manajemen yang lebih mengena dengan kompetensi perawat adalah pengelolaan staf (*staffing*) karena terkait dengan pengembangan diri. Pengelolaan staf ini dengan melihat kemampuan perawat pelaksana khususnya di puskesmas melalui kompetensi yang dimilikinya. Pengembangan staf penting untuk dilaksanakan sebagai upaya persiapan perawat pelaksana dalam melaksanakan tugasnya antara lain dengan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan karyawan. Upaya ini dilakukan agar tugas yang dijalankan sesuai dengan standar dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai (Swansburg, 2000).

2.2. Kinerja

2.2.1. Pengertian Kinerja

Mangkunegara (2004) menyatakan kinerja sebagai hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai individu maupun kelompok dalam melaksanakan tugas sesuai tanggung jawabnya. Ilyas (2001) menambahkan tiga komponen penting dalam deskripsi kinerja yaitu deskripsi tujuan, ukuran, dan penilaian. Deskripsi tujuan berguna untuk memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana perilaku kerja yang diharapkan dalam organisasi. Deskripsi ukuran diperlukan sebagai target yang diharapkan dari perilaku kerja. Terakhir adalah penilaian untuk melihat hasil karya personel yang dilakukan secara reguler. Pada hakikatnya penilaian kinerja merupakan evaluasi terhadap penampilan kerja dengan membandingkan antara penampilan kerja dengan standar baku/ukuran penampilan kerja.

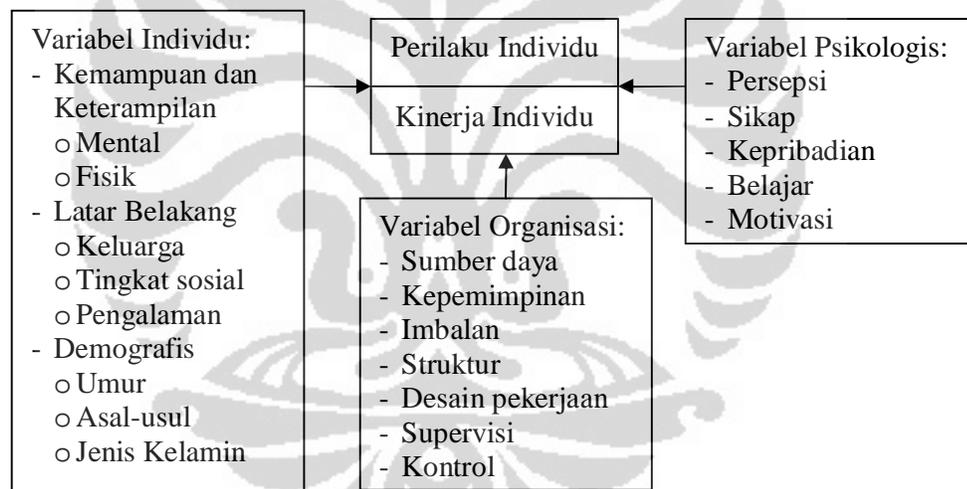
2.2.2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Robbins (2001) memberikan dasar-dasar perilaku individu yang berdampak pada kinerja dan kepuasan karyawan yaitu karakteristik biografis, kemampuan, kepribadian, dan pembelajaran. Karakteristik biografis individu mencakup usia, jenis kelamin, status perkawinan, dan masa kerja. Variabel kemampuan berisi kemampuan intelektual dan kemampuan fisik. Kepribadian dapat dilihat dari keturunan, lingkungan, dan situasi. Dan pembelajaran dijelaskan dalam memperoleh pola perilaku berupa pengkondisian klasik, pengkondisian operan, dan pembelajaran sosial.

Gibson (1997) menjelaskan bahwa untuk melihat kinerja seseorang dapat dilihat dari perilaku. Perilaku muncul dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan individu itu sendiri. Lingkungan dapat dibagi dua, yaitu lingkungan kerja dan lingkungan non kerja. Lingkungan kerja dapat berupa desain pekerjaan, struktur organisasi, kebijakan dan peraturan, kepemimpinan, penghargaan dan sanksi, serta sumber daya yang ada di lingkungan pekerjaannya. Lingkungan non kerja berupa keluarga, ekonomi, serta waktu senggang dan hobi. Faktor individu yang mempengaruhi perilaku berupa kemampuan dan keterampilan, latar belakang

keluarga, kepribadian, persepsi, sikap, nilai-nilai, kapasitas belajar, umur, ras, jenis kelamin, dan pengalaman. Faktor lingkungan dan individu tersebut memunculkan perilaku individu berupa kemampuan dalam menyelesaikan masalah, kemampuan berfikir, komunikasi (berbicara dan mendengar), observasi, dan pergerakan. Perilaku tersebut akan tampak sebagai kinerja. Berdasarkan teori Gibson tersebut, digambarkan sebuah *framework* perilaku individu. Terlihat bahwa perilaku dibangun dari beberapa variabel lingkungan dan faktor individual. Setiap individu berbeda dalam kemampuan, keterampilan, kepribadian, persepsi, dan pengalaman yang mendasari perilaku. Berikut digambarkan variabel-variabel yang mempengaruhi perilaku.

Gambar 2.1
Variabel yang Mempengaruhi Perilaku dan Prestasi Kerja Individu



Sumber: Gibson (1997)

Penelitian ini akan membahas mengenai variabel individu yang akan mempengaruhi kinerja perawat dalam melaksanakan perkesmas. Variabel individu menurut Gibson (1997) terdiri kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografis. Kemampuan dan keterampilan akan dipaparkan melalui sub bab kompetensi, sedangkan sub variabel individu berupa latar belakang dan demografis yang dapat mempengaruhi perawat puskesmas dalam berperilaku menjalankan perkesmas adalah sebagai berikut:

2.2.2.1. Usia

Robbins (2001) menyebutkan bahwa kinerja dapat merosot seiring dengan bertambahnya usia. Namun demikian usia yang lebih tua diimbangi dengan adanya pengalaman. Sopiah (2008) menambahkan bahwa umur secara empiris terbukti dapat menentukan kemampuan seseorang dalam bekerja termasuk untuk merespon stimulus yang dilancarkan oleh individu atau pihak lain baik dari dalam maupun dari luar organisasi.

2.2.2.2. Jenis Kelamin

Robbins (2001) menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan yang konsisten dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas, ataupun kemampuan belajar antara pria dan wanita. Namun ada kecenderungan bagi wanita yang memiliki anak prasekolah untuk melakukan pekerjaan secara fleksibel, paruh waktu, sampai mengerjakan pekerjaan kantor di rumah. Meski demikian, Sopiah (2008) menyatakan bahwa karyawan wanita cenderung lebih rajin, disiplin, teliti, dan sabar.

2.2.2.3. Pendidikan

Notoatmodjo (2003b) menuliskan pendidikan (formal) di dalam suatu organisasi adalah suatu proses pengembangan kemampuan ke arah yang diinginkan oleh organisasi yang bersangkutan. Hasibuan (2005) menyebutkan pendidikan merupakan indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan pekerjaannya. Menurut Siagian (1999), semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka semakin rendah pula tingkat kognitifnya. Penelitian Jones (2010) tentang kegiatan pendidikan kesehatan menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara tingkat pendidikan terhadap banyaknya kegiatan pendidikan kesehatan. Perbedaan lain juga tidak ditemukan pada kemampuan melakukan pendidikan kesehatan terhadap tingkat pendidikan.

2.2.2.4. Masa Kerja

Robbins (2001) menyebutkan bahwa terdapat hubungan positif antara senioritas dan produktifitas pekerjaan. Masa kerja yang lebih lama akan menunjukkan pengalaman yang lebih sehingga akan membantu dalam menyelesaikan pekerjaan (Rivai, 2003). Sopiah (2008) menyebutkan bahwa belum ada bukti yang mengarah pada lamanya kerja seseorang dapat meningkatkan produktifitas kerja meskipun banyak penelitian menyimpulkan bahwa semakin lama karyawan bekerja maka semakin rendah keinginan untuk meninggalkan pekerjaan tersebut. Penelitian Jones (2010) tentang kegiatan pendidikan kesehatan menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara lama kerja terhadap banyaknya kegiatan pendidikan kesehatan

2.2.2.5. Pelatihan

Dessler (1997) mendefinisikan pelatihan sebagai proses mengajarkan karyawan mengenai keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk menjalankan pekerjaannya. Notoatmodjo (2003b) menambahkan pelatihan (*training*) sebagai proses pendidikan yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan atau keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Pelatihan diperlukan agar karyawan mampu menyesuaikan perilaku dengan menyadari perannya untuk mencapai tujuan organisasi (Sopiah, 2008).

Penelitian Jones (2010) tentang kegiatan pendidikan kesehatan menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara fungsi peran terhadap banyaknya kegiatan pendidikan kesehatan. Perbedaan lain juga tidak ditemukan pada kemampuan melakukan pendidikan kesehatan terhadap fungsi peran. Kruger (1991) dalam Jones (2010) melakukan identifikasi terhadap perawat yang memiliki persepsi perannya sebagai pendidik/ penyuluh. Diperoleh hasil bahwa meskipun mereka menyadari perannya sebagai pendidik/penyuluh namun kenyataannya pendidikan kesehatan yang diberikan belum efektif.

2.2.3. Komponen Penting dalam Kinerja

Kinerja mengandung dua komponen penting yaitu kompetensi dan produktifitas. Kompetensi mengindikasikan kemampuan individu atau organisasi untuk mengidentifikasi tingkat keinerjanya. Kompetensi tersebut dapat diterjemahkan ke dalam tindakan atau kegiatan-kegiatan yang tepat untuk mencapai hasil kinerja (*outcome*). Hasil kegiatan tersebut terlihat dari seberapa produktifitas yang dapat dicapai seseorang. Kinerja pada dasarnya menekankan pada apa yang dihasilkan dari fungsi-fungsi suatu pekerjaan atau apa yang ke luar (*outcome*). Kinerja dapat disimpulkan sebagai suatu proses yang mengolah *input* menjadi *output*. Penggunaan indikator untuk mengukur hasil kinerja individu bersumber dari fungsi-fungsi yang diterjemahkan dalam kegiatan atau tindakan dengan landasan standar yang tertulis (Depkes, 2004a).

2.3. Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK)

2.3.1. Pengertian PMK

Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) adalah suatu mikro sistem dari makro sistem organisasi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan manajerial dan klinis perawat di sarana pelayanan kesehatan. PMK memfasilitasi terciptanya budaya kerja perawat yang mengarah kepada upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan yang didasarkan pada ilmu pengetahuan dan teknologi, aspek legal, dan berlandaskan etika untuk mendukung sistem pelayanan kesehatan secara komprehensif (Depkes, 2004a).

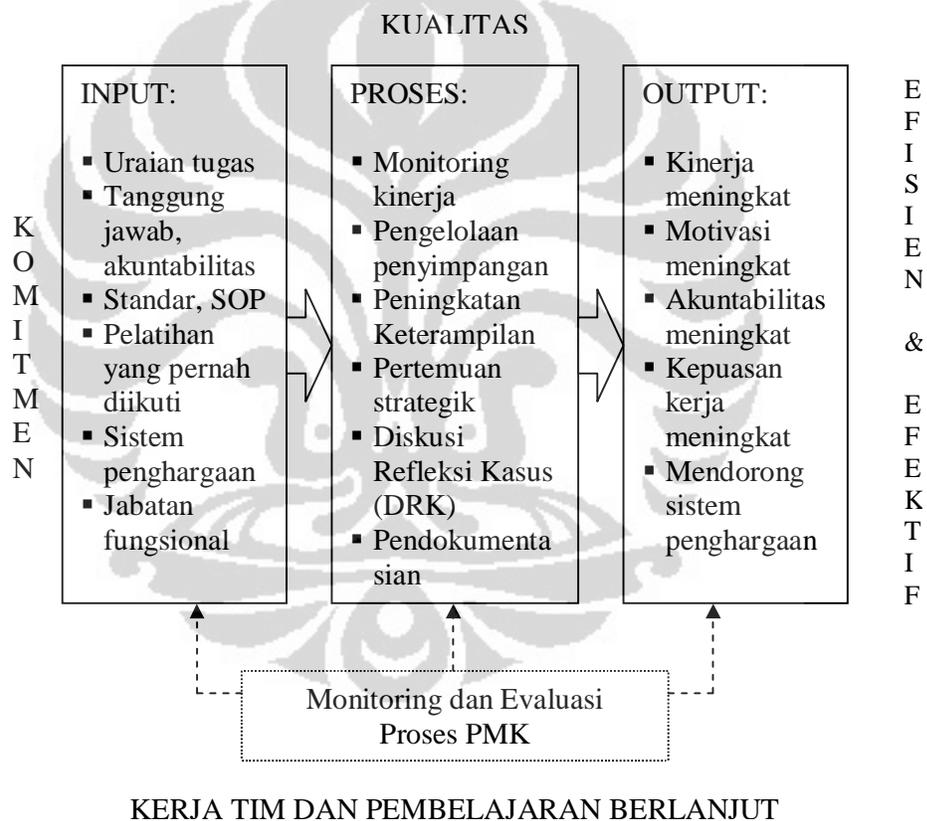
2.3.2. Alur pendekatan PMK

Penerapan PMK dalam sarana pelayanan kesehatan termasuk *clinical governance* yang berarti menjamin setiap orang dalam organisasi bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan. Melalui PMK akan diperoleh perubahan-perubahan internal dalam keperawatan serta perubahan eksternal dalam organisasi. Perubahan yang dimaksud yaitu perawat secara terus menerus belajar untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan pribadi, merubah model mental dalam praktik keperawatan melalui struktur yang sistematis dalam penerapan standar

keperawatan, menyusun visi yang memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, dan mengembangkan diri dan tim untuk memperoleh tim yang solid.

Pemahaman dan penerapan PMK serta pengintegrasian konsep PMK dalam sistem pelayanan kesehatan dapat diketahui melalui alur pendekatan PMK. Alur pendekatan PMK dimulai dari *input*, proses, dan *output* seperti tergambar di bawah ini:

Gambar 2.2
Alur Pendekatan Pengembangan Manajemen Kinerja



Sumber: Depkes (2004a)

2.3.3. Komponen Kegiatan PMK

Kegiatan PMK mencakup komponen standar, uraian tugas, indikator kinerja, diskusi refleksi kasus (DRK), dan sistem monitoring. Standar keperawatan

bermanfaat sebagai acuan dan dasar bagi perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bermutu. Standar juga dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pekerjaan, meningkatkan motivasi dan pendayagunaan staf sehingga juga dapat untuk mengukur mutu pelayanan serta melindungi masyarakat dari pelayanan yang tidak bermutu (Depkes, 2004a).

Komponen uraian tugas dalam PMK diperlukan sebagai penjabaran pekerjaan yang berisi fungsi, tugas, dan tanggung jawab. Selama proses penerapan PMK, perawat perlu dilibatkan dalam mengidentifikasi seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan. Keterlibatan ini diharapkan agar perawat memahami tugasnya sehingga memberi keyakinan dan dorongan untuk menilai tingkat kemampuan diri dan peningkatan motivasi kerja perawat.

Indikator kinerja perawat merupakan variabel untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan dalam waktu tertentu. Indikator dibagi menjadi dua yaitu indikator kinerja dan indikator klinis. Indikator kinerja berfokus pada hasil asuhan keperawatan kepada pasien serta proses pelayanannya, sedangkan indikator klinis adalah ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan.

Diskusi refleksi kasus (DRK) adalah suatu metode merefleksikan pengalaman klinis perawat dalam menerapkan standar dan uraian tugas. DRK dilaksanakan dengan tujuan untuk mengembangkan profesionalisme, membangkitkan motivasi belajar, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, aktualisasi diri serta menerapkan teknik asertif dalam berdiskusi tanpa menyalahkan dan memojokkan antara peserta diskusi.

Kegiatan monitoring meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja yang telah disepakati yang dilaksanakan secara periodik untuk memperoleh informasi sejauhmana kegiatan dilaksanakan sesuai rencana. Monitoring perlu direncanakan dan disepakati antara pimpinan, supervisor terpilih, dan pelaksana. Hasil monitoring berguna untuk mengetahui prestasi yang dicapai atau penyimpangan kinerja yang selanjutnya diinformasikan kepada staf

dan dilaporkan kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindak lanjut.

2.3.4. Penerapan Kegiatan PMK

Kegiatan PMK yang diterapkan harus mencakup prinsip komitmen, kualitas, kerja tim, pembelajaran berkelanjutan, dan efektif efisien. Berdasarkan prinsip tersebut berarti pelaksanaan kegiatan PMK perawat dilakukan atas dasar komitmen antar *stakeholder* guna mendukung tercapainya manajemen SDM yang berkualitas. Kegiatan PMK juga harus menunjang kerjasama tim dan menerapkan strategi pembelajaran berkelanjutan dengan mempertimbangkan prinsip efektif dan efisien (Depkes, 2004a).

Penerapan PMK perlu dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa strategi antara lain dengan membangun komitmen dan melibatkan *stakeholder*, mengoptimalkan dan mengelola sumber daya yang ada, mempertimbangkan kaidah profesionalisme, dan menunjang kebijakan desentralisasi. Pelaksanaan kegiatan PMK meliputi beberapa tahapan, yaitu persiapan, pelatihan *training of trainer* (TOT) tingkat propinsi dan kabupaten/kota, pengkajian di lapangan, melaksanakan pertemuan strategis tingkat kabupaten/kota, pelatihan tahap I bagi *provider*, melaksanakan lokakarya atau *workshop* di tingkat puskesmas, melaksanakan pelatihan tahap II bagi *provider*, melaksanakan pelatihan supervisi, melaksanakan bimbingan dan monitoring, melaksanakan pertemuan strategis tingkat propinsi, dan menyusun pelaporan.

Indikator penerapan PMK diperlukan sebagai tolok ukur untuk menilai pencapaian penerapan PMK baik di tingkat pusat, propinsi, kabupaten/kota, maupun puskesmas. Indikator penerapan PMK sangat diperlukan dalam melaksanakan evaluasi yang mencakup indikator *input*, proses, dan *ouput*.

2.4. Kompetensi

2.4.1. Pengertian Kompetensi

Shermon (2005) menyatakan bahwa kompetensi merupakan karakteristik individu yang terlihat dalam bentuk perilaku dan mampu menampilkan kinerja dalam suatu pekerjaan, peran, atau situasi tertentu. Kompetensi mengandung dua hal, yaitu kemampuan individu dalam menampilkan kinerja dan karakteristik personal.

Kompetensi mencakup segala kemampuan yang dapat menggambarkan dan menjalankan peran psikososial individu seperti kemampuan komunikasi, menggunakan teknologi informasi, dan sebagainya. Kompetensi inti yang harus dimiliki individu adalah bila dapat memberikan kontribusi untuk masyarakat dan orang lain yang terlihat dari *outcome* pekerjaannya. Kompetensi inti lainnya dapat dilihat dari kemampuan individu untuk membantu orang lain dalam menyelesaikan masalah sesuai kebutuhannya dan juga berguna tidak hanya bagi sekelompok orang namun juga untuk semua orang (Deseco, 2005).

Verma, et.al (2009) mengartikan kompetensi sebagai suatu konsep yang di dalamnya terdapat pengetahuan, keterampilan klinik, kemampuan melakukan hubungan interpersonal, penyelesaian masalah, pertimbangan klinikal, dan keterampilan teknis. Kompetensi dalam pelayanan kesehatan digunakan untuk mendefinisikan profesionalitas tenaga kesehatan dengan merujuk pada standar tertentu sebagai pengharapan kinerja dari petugas tersebut dengan menggunakan *evidence based* ilmu kesehatan.

Kompetensi dapat disimpulkan sebagai hasil dari hubungan karakteristik yang ada pada seseorang untuk menampilkan efektifitas dan kinerja yang tinggi dalam suatu pekerjaan atau situasi tertentu. Karakteristik tersebut merupakan bagian dari kepribadian seseorang yang cukup mendalam yang tertuang dalam perilaku untuk disesuaikan pada beragam situasi maupun tugas.

2.4.2. Unsur Kompetensi

Deseco (2005) memberikan sebuah kerangka kerja untuk menjadi landasan kompetensi. Kerangka kerja ini dikategorikan menjadi tiga, yaitu mampu menggunakan sarana prasarana (teknologi, bahasa, dan lain-lain), mampu berinteraksi dengan berbagai kelompok yang heterogen, dan mampu bertindak sesuai dengan kewenangan yang dimilikinya. Ketiga kategori ini saling mempengaruhi untuk mengidentifikasi kompetensi yang dimiliki seseorang. Inti dari kompetensi digambarkan sebagai seperangkat keterampilan, pengetahuan, dan sikap dalam melakukan pelayanan kesehatan (Verma, et.al, 2009).

OECD *education minister* dalam Deseco (2005) mempertegas dengan menyatakan bahwa kompetensi dibutuhkan agar tercipta suatu keadaan yang kohesif antara perkembangan dan hubungan sosial dengan unsur pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), sikap (*attitude*), dan nilai (*value*). Penelitian ini melihat kompetensi individu berupa pengetahuan, sikap, dan keterampilan.

2.4.2.1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian (Notoatmodjo, 2003a).

Pengetahuan tercakup dalam domain kognitif yang mempunyai enam tingkatan, yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Kata kerja yang digunakan untuk mengukur bahwa orang tahu antara lain dengan menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Oleh karena itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah (Ali, 2010; Notoatmodjo, 2003a).

Tingkatan kedua domain kognitif adalah memahami (*comprehension*). *Comprehension* yaitu menunjukkan kemampuan pencapaian aspek pengertian antara lain dengan memilih suatu contoh dari suatu gejala yang khusus, mengklasifikasikan objek belajar ke dalam beberapa kategori, memperhitungkan kecenderungan, dan sebagainya (Ali, 2010).

Aplikasi merupakan tingkatan ketiga domain kognitif yang diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan hasil penelitian, menggunakan prinsip siklus pemecahan masalah dalam masalah kesehatan yang dijumpai, dan lainnya (Notoatmodjo, 2003a).

Analisis adalah tingkatan domain kognitif yang keempat. Analisis merupakan kemampuan menjabarkan materi ke dalam komponen-komponen. Kemampuan analisis dapat dilihat dengan penggunaan kata kerja seperti menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan lain-lain. Tingkatan selanjutnya adalah sintesis yang menunjuk pada kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Kata kerja yang dapat digunakan untuk melihat tahap sintesis ini dengan kata dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat menyesuaikan, dapat meringkaskan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada (Notoatmodjo, 2003a).

Tingkatan terakhir domain kognitif adalah evaluasi yang berkaitan dengan kemampuan melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau dengan menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Kemampuan evaluasi dapat ditunjukkan dalam bentuk argumentasi, membandingkan sebuah tugas dengan tugas lain yang diorganisir secara sempurna, dan sebagainya (Ali, 2010; Notoatmodjo, 2003a).

2.4.2.2. Sikap

Sikap (*attitude*) adalah pernyataan evaluatif yang mencerminkan bagaimana seseorang merasakan sesuatu baik yang menguntungkan atau tidak

menguntungkan mengenai obyek, orang, atau peristiwa. Sikap yang berkaitan dengan pekerjaan membuka jalan evaluasi positif atau negatif mengenai aspek dari lingkungan kerja. Kebanyakan riset dalam perilaku individu mempedulikan tiga sikap yang berkaitan dengan kepuasan kerja, keterlibatan kerja, dan komitmen organisasi (Robbins, 2001).

Kepuasan kerja merujuk pada sikap umum seorang individu terhadap pekerjaannya. Tingkat kepuasan kerja yang tinggi menunjukkan sikap yang positif terhadap pekerjaan, begitu pula sebaliknya. Faktor-faktor yang mendorong kepuasan kerja adalah kerja yang secara mental menantang, ganjaran yang pantas, kondisi kerja yang mendukung, dan rekan sekerja yang mendukung (Robbins, 2001).

Keterlibatan kerja mengukur derajat sejauh mana seseorang memihak secara psikologis pada pekerjaannya, berpartisipasi aktif di dalamnya, dan menganggap kinerejanya penting bagi harga diri. Tingkat keterlibatan kerja yang tinggi berkaitan dengan rendahnya kemangkiran dalam pekerjaan.

Komitmen pada organisasi didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mengetahui sejauh mana seorang karyawan memihak pada suatu organisasi tertentu dan tujuannya dan berniat memelihara keanggotaan dalam organisasi itu. Hubungan negatif tampak pada komitmen organisasi dan kemangkiran karyawan, artinya semakin tinggi komitmen karyawan pada organisasi maka semakin rendah kemangkiran karyawan.

Kinnaird (1987) dalam Jones 2010 menyebutkan bahwa sikap yang ditunjukkan perawat pada umumnya mengandung unsur orientasi pekerjaan, orientasi peran, dan orientasi pasien. Sikap perawat terhadap pekerjaan biasanya dikaitkan dengan kepuasan proses pelaksanaannya, sikap terhadap peran karena adanya peran ganda atau peran yang tidak jelas, dan sikap terhadap pasien dengan melihat tingkat ketergantungan pasien. Ketiga sikap tersebut diartikan sebagai komponen interpersonal karena setiap perawat memiliki karakteristik yang unik dan tidak dapat disamakan antara satu dan lainnya.

2.4.2.3. Keterampilan

Keterampilan (*skill*) didefinisikan sebagai hasil kombinasi faktor-faktor yaitu kompeten, keahlian, dan kinerja prima yang terlihat dari aktivitas fisik dan mental. Terdapat tiga tingkatan untuk memperoleh keterampilan yang baik, yaitu fase kognitif, fase asosiasi, dan fase bertindak. Fase kognitif adalah pemahaman suatu materi sehingga diketahui tindakan yang tepat untuk menyelesaikan masalah tersebut. Fase asosiasi melihat bagaimana hubungan dengan bagian lainnya dalam menentukan tindakan yang tepat serta mempertimbangkan keadaan untuk mengurangi gangguan yang datang dari luar. Terakhir, fase bertindak dengan mengambil langkah yang tepat (Fits, et al, 1961; Weldford, 1968 dalam Winterton & Stringfellow, 2005).

NCREL (2000) memberikan tiga keterampilan yang harus dimiliki untuk memperoleh kinerja yang baik. Pertama adalah keterampilan dasar meliputi keterampilan membaca, menulis, berhitung, mendengar, dan berbicara. Kedua, keterampilan berfikir berupa kreatifitas, membuat keputusan, menyelesaikan masalah, melihat masalah atau keadaan, mengetahui apa yang harus dilakukan, dan mampu mempertimbangkan keadaan yang dihadapinya. Terakhir yaitu kualitas personal, seperti tanggung jawab, harga diri, kemampuan bersosialisasi, manajemen diri, integritas, dan kejujuran.

Conley (2004) membagi keterampilan agar individu memiliki kemampuan dalam bekerja. Keterampilan tersebut adalah kemampuan memahami masalah, kemampuan bekerja pada berbagai situasi, kemampuan mencari jalan keluar dari masalah yang dihadapi, kemampuan menyelesaikan masalah berdasarkan informasi yang ada, kemampuan memberi nilai lebih pada hasil pekerjaan, kemampuan membangun hubungan kerjasama, dan kemampuan berkomunikasi untuk mengembangkan ide-ide yang dimiliki.

Quad Council PHN Competencies (2003) membagi tingkatan kompetensi menjadi tiga tingkatan yaitu *awareness*, *knowledge*, dan *proficiency*. Tingkatan *awareness* adalah kompetensi dasar, diharapkan individu memiliki kemampuan mengidentifikasi suatu konsep atau ketrampilan tertentu namun memiliki

keterbatasan dalam melaksanakannya. *Knowledge* merupakan tingkatan menengah dari kompetensi, dilihat dari kemampuan individu untuk melaksanakan dan menggambarkan keterampilannya. *Proficiency* adalah tingkat mahir dengan kemampuan individu untuk melakukan sintesis, kritik, atau mengajarkan keterampilannya kepada orang lain.

2.5. Kompetensi dalam Keperawatan

2.5.1. Pengertian kompetensi dalam keperawatan

Kompetensi sangat penting dalam keperawatan dan diperlukan standar sebagai penentuan kompetensi yang diharapkan dari seorang perawat. Kompetensi dalam keperawatan harus mengandung unsur kemampuan melayani dengan aman dan nyaman, melindungi masyarakat, dan menjaga kredibilitas perawat. Kompetensi yang spesifik diidentifikasi dengan peran yang ada atau pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang ditunjukkan dengan kinerjanya sesuai kriteria atau standar tertentu. Hasil yang dicapai pada perawat yang kompeten diperlihatkan dengan adanya kualitas dari sikap, motif, wawasan perawat, kemampuan menginterpretasikan, kemampuan menerima sesuatu yang baru, kematangan fikiran, dan penilaian diri (Axley, 2008).

Rass (2008) menyebutkan bahwa kompetensi sangat diperlukan dalam melakukan tindakan keperawatan. Hasil penelitian Rass menunjukkan bahwa terdapat empat kategori yang sangat diperlukan yaitu kemampuan klinik, berfikir kritis, komunikasi/interpersonal, dan manajemen keperawatan. Murrels, et. Al (2009) menyebutkan ada dua pendekatan dalam konsep kompetensi. Pertama adalah perilaku yang difokuskan pada tugas dan keterampilan, dan kedua adalah holistik sebagai atribut penting dalam kinerja perawat seperti mampu berpikir kritis. Hal ini juga dijelaskan Whelan (2006) yang menjelaskan kompetensi sebagai kemampuan perawat berorientasi terhadap pelayanan yang diberikan, berorientasi terhadap proses keperawatan, dan mampu berorientasi terhadap unit spesifik.

2.5.2. Kompetensi perawat puskesmas menurut Depkes

Perawat puskesmas diharapkan mempunyai kualifikasi pendidikan minimal Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) atau lulus D3 Keperawatan, memiliki pengalaman kerja, dan sertifikasi pelatihan klinik keperawatan kesehatan masyarakat. Kompetensi minimal perawat puskesmas yaitu memberikan pelayanan/asuhan keperawatan terhadap individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat dengan masalah kesehatan prioritas terkait dengan komitmen global, nasional, maupun daerah seperti malaria, tuberculosis, demam berdarah dengue, HIV/AIDS, dan sebagainya dalam kegiatan tindakan keperawatan langsung (*direct care*), pengobatan dasar sesuai kewenangan dan tata laksana standar program, penanggulangan gawat darurat dasar termasuk penanggulangan bencana alam, dan pencegahan infeksi (Depkes, 2006b).

Kompetensi lainnya yang juga harus dimiliki perawat puskesmas yaitu melakukan pendidikan/penyuluhan kesehatan dalam rangka promosi kesehatan untuk pemberdayaan individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat agar hidup secara mandiri, pengamatan penyakit menular dan tidak menular (*surveillance*) khususnya mengidentifikasi faktor risiko terjadinya penyakit/masalah kesehatan, menemukan kasus secara dini, dan melaporkan adanya kejadian luar biasa (KLB). Selain itu perawat juga mampu untuk memberikan motivasi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dalam pembentukan pelayanan kesehatan yang bersumberdaya masyarakat seperti pos pelayanan terpadu (posyandu), pos obat desa (POD), dan sebagainya, membina pelayanan kesehatan yang bersumberdaya masyarakat, melakukan konseling keperawatan/kesehatan, memberikan pelatihan kader/masyarakat dalam upaya promosi kesehatan, melakukan kerjasama tim dengan tenaga kesehatan lain, monitoring dan evaluasi, dan membuat pendokumentasian kegiatan termasuk pencatatan dan pelaporan sesuai ketentuan.

2.5.3. Kompetensi perawat kesehatan masyarakat menurut *Quad Council PHN Competencies*

Quad Council PHN Competencies (2003) memberikan delapan area kompetensi khususnya keterampilan untuk melakukan keperawatan kesehatan masyarakat. Keterampilan yang dimaksud adalah keterampilan menganalisis pengkajian kesehatan masyarakat, keterampilan merencanakan program kesehatan masyarakat, keterampilan komunikasi, keterampilan memahami budaya masyarakat, keterampilan bekerjasama dengan masyarakat maupun *stakeholder*, keterampilan menggunakan ilmu kesehatan masyarakat, keterampilan melakukan manajemen financial, dan keterampilan kepemimpinan serta berfikir sistematis. Keterampilan- keterampilan tersebut secara bersama diperlukan dalam melakukan perawatan kesehatan masyarakat.

2.5.3.1. Keterampilan menganalisis pengkajian kesehatan masyarakat

Kompetensi ini berisi kemampuan mendefinisikan masalah, menganalisis data yang ada, mendefinisikan sumber data dan informasi yang relevan dan tepat, mendefinisikan variabel penyebab yang relevan terhadap masalah kesehatan masyarakat, melakukan evaluasi kesesuaian kesenjangan antara masalah kesehatan dan penyebabnya, menyampaikan informasi kesehatan disesuaikan dengan kerugian dan keuntungan yang akan ditimbulkannya.

2.5.3.2. Keterampilan pengembangan kebijakan atau merencanakan program kesehatan masyarakat

Kompetensi ini dimulai dari kemampuan mengumpulkan, merangkum, dan menginterpretasi informasi yang relevan terhadap isu kesehatan di masyarakat dan mengkaitkan dengan kebijakan yang sesuai. Kemampuan identifikasi, interpretasi, dan implementasi peraturan dan kebijakan kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan program tertentu. Kemampuan lainnya yaitu mengembangkan perencanaan sesuai dengan kebijakan yang ada, berisi tujuan, *outcome*, dan langkah pelaksanaannya.

2.5.3.3. Keterampilan komunikasi

Domain komunikasi meliputi kemampuan berkomunikasi secara lisan maupun tulisan, mendengarkan, dan merespon dengan baik, kemampuan melakukan advokasi program kesehatan masyarakat, memimpin dan berpartisipasi dalam kelompok untuk mengatasi masalah kesehatan, kemampuan menggunakan media, teknologi mutakhir, dan jaringan komunitas untuk memberikan informasi, mampu melakukan presentasi mengenai keadaan geografis, statistik, dan keilmuan mengenai kesehatan masyarakat.

2.5.3.4. Keterampilan memahami budaya masyarakat

Memahami budaya masyarakat dengan menggunakan metode yang tepat untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti latar belakang budaya, tingkat sosioekonomi, pendidikan, usia, dan gaya hidup. Selain itu mampu mengidentifikasi peran budaya, sosial, dan perilaku dalam pelayanan kesehatan, dan menunjukkan sikap memahami perbedaan budaya dan pengaruhnya terhadap pelayanan kesehatan.

2.5.3.5. Keterampilan bekerjasama dengan masyarakat maupun *stakeholder*

Kompetensi ini seperti membangun dan menjaga hubungan dengan *stakeholder* dengan menggunakan kemampuan kepemimpinan, kejasama tim, negosiasi, dan penyelesaian konflik. Selain itu kemampuan berkolaborasi dengan masyarakat dalam promosi kesehatan dan menggambarkan peran pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan.

2.5.3.6. Keterampilan menggunakan ilmu kesehatan masyarakat

Ilmu kesehatan masyarakat yang harus dikuasai perawat yaitu dalam mengidentifikasi tanggung jawab individu dan organisasi berdasarkan fungsi dan kewenangannya, mengetahui status sehat-sakit di masyarakat serta faktor-faktor yang berkontribusi terhadap pencegahan dan promosi kesehatan, memahami

interaksi antara kesehatan dan masyarakat. Perawat juga dituntut untuk mampu mengaplikasikan ilmu yang terkait dengan kesehatan masyarakat seperti ilmu perilaku dan sosial, biostatistik, epidemiologi, kesehatan lingkungan, pencegahan penyakit dan infeksi.

2.5.3.7. Keterampilan melakukan manajemen financial

Kemampuan ini meliputi kemampuan melakukan strategi dalam memprioritaskan keuangan untuk masalah kesehatan dan menggunakan *cost-effectiveness*, *cost-benefit*, dan *cost-utility*.

2.5.3.8. Keterampilan kepemimpinan serta berfikir sistematis

Kepemimpinan dan berfikir secara sistematis diwujudkan dengan kemampuan dalam mengidentifikasi isu internal dan eksternal yang dapat berdampak pada pelayanan kesehatan (misal perencanaan strategis), berkontribusi untuk mengembangkan, implementasi, dan memonitor standar performa organisasi dalam mendukung pelayanan kesehatan.

2.6. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

2.6.1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis (UPT) dinas kesehatan kota/kabupaten yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai UPT dinas kesehatan kota/kabupaten, puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kota/kabupaten dan berperan sebagai unit pelaksana tingkat pertama dan ujung tombak pembangunan kesehatan Indonesia (Depkes, 2006a; Trihono, 2005).

Puskesmas memiliki tanggung jawab terhadap derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Secara nasional, standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan. Apabila dalam satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan

memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan atau RW) (Trihono, 2005).

2.6.2. Fungsi Puskesmas

Pelaksanaan puskesmas mengacu pada tiga fungsi puskesmas. Pertama, pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan. Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya. Upaya yang dilakukan puskesmas dengan mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Fungsi kedua adalah pusat pemberdayaan masyarakat. Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga, dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat. Pemberdayaan perorangan, keluarga, dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

Fungsi terakhir yaitu pusat pelayanan kesehatan strata pertama, yang bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Adapun pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi pelayanan kesehatan perorangan (*private goods*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*) (Trihono, 2005).

2.6.3. Upaya kesehatan yang Dilaksanakan Puskesmas

Fungsi puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama bertanggungjawab untuk melaksanakan upaya pelayanan kesehatan perorangan (*private goods*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*). Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan.

Upaya kesehatan wajib puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional, dan global serta memiliki daya ungkit tinggi dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia, yaitu upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak (KIA) serta keluarga berencana (KB), upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (P2M), dan upaya pengobatan (Depkes, 2006a; Trihono, 2005).

Upaya kesehatan pengembangan puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta disesuaikan dengan kemampuan puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari beberapa pilihan yaitu upaya kesehatan sekolah, upaya kesehatan olah raga, upaya perawatan kesehatan masyarakat, upaya kesehatan kerja, upaya kesehatan gigi dan mulut, upaya kesehatan jiwa, upaya kesehatan mata, upaya kesehatan usia lanjut, dan upaya pembinaan pengobatan tradisional (Depkes, 2006a; Trihono, 2005).

Upaya laboratorium serta pencatatan dan pelaporan merupakan pelayanan penunjang dari setiap upaya wajib dan pengembangan. Sedangkan perawatan kesehatan masyarakat juga merupakan pelayanan penunjang, namun jika perawatan kesehatan masyarakat menjadi permasalahan spesifik di daerah tersebut maka dapat dijadikan sebagai salah satu upaya kesehatan pengembangan (Depkes, 2006a; Trihono, 2005).

2.7. Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

2.7.1. Pengertian Perkesmas

Perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) merupakan salah satu upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas sejak konsep puskesmas diperkenalkan. Kebijakan dasar puskesmas yang ditetapkan Depkes (2004) menyebutkan bahwa upaya perkesmas merupakan bagian integral dari upaya kesehatan wajib maupun pengembangan, dan dapat pula ditetapkan sebagai upaya

kehatan pengembangan. Petugas perkesmas adalah semua tenaga keperawatan di puskesmas sebagai pelaksana pelayanan keperawatan yang bertanggungjawab atas daerah binaan serta tenaga kesehatan lainnya yang terlibat aktif dalam kerjasama lintas program (Depkes, 2006a).

Perkesmas dikelola dan dilaksanakan oleh puskesmas secara menyeluruh, terpadu dengan pelayanan kesehatan lainnya serta sektor lain dengan menggunakan proses keperawatan. Pengelolaan pelayanan perkesmas di puskesmas diselenggarakan sesuai dengan perangkat manajemen puskesmas yang sudah ada, yaitu *microplanning*, lokakarya mini serta stratifikasi puskesmas. Selain itu perkesmas mengutamakan keluarga sebagai unit pelayanan kesehatan di masyarakat dengan penekanan pada pelayanan yang bersifat promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif, rehabilitatif, dan resosialitatif. Perkesmas dilaksanakan dengan peran serta aktif masyarakat baik sebagai subyek maupun obyek pelayanan (Depkes, 2006a).

2.7.1.1. Upaya perkesmas sebagai bagian integral upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan

Upaya perkesmas sebagai bagian integral upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan dilaksanakan secara terpadu baik upaya kesehatan perorangan maupun kesehatan masyarakat dalam enam upaya kesehatan wajib (promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, KIA dan KB, P2M, gizi, dan pengobatan) maupun upaya pengembangan yang wajib dilaksanakan di daerah tertentu. Pelaksanaan perkesmas diharapkan agar pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat lebih bermutu karena diberikan secara holistik dan komprehensif pada semua tingkat pencegahan terpadu dan berkesinambungan. Sasaran perkesmas ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai kesepakatan daerah dengan memfokuskan pada keluarga rawan kesehatan yaitu keluarga rentan (miskin) dan keluarga dengan kasus atau masalah risiko tinggi (Depkes, 2006a).

2.7.1.2. Upaya perkesmas sebagai upaya kesehatan pengembangan

Upaya perkesmas sebagai upaya kesehatan pengembangan dilaksanakan bila di wilayah kerja puskesmas terdapat masalah kesehatan yang spesifik dan memerlukan asuhan keperawatan secara terprogram. Upaya perkesmas dimulai dengan tahap pengkajian keperawatan masyarakat dengan masalah spesifik (misalnya tingginya angka kematian bayi (AKB), penderita tuberculosis, demam berdarah dengue (DBD), malaria, dan sebagainya). Selanjutnya dirumuskan masalah dan penyebabnya sehingga dapat direncanakan intervensi yang akan dilakukan (Depkes, 2006a).

2.7.2. Tujuan Perkesmas

Tujuan perkesmas adalah meningkatnya kemandirian individu, keluarga, kelompok/masyarakat (rawan kesehatan) untuk mengatasi masalah kesehatan/keperawatannya sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Prinsip pelaksanaan kegiatan perkesmas menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Depkes, 2006a).

2.7.3. Sasaran Perkesmas

Sasaran perawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan maupun ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Prioritas sasaran adalah yang mempunyai masalah kesehatan terkait dengan masalah kesehatan prioritas daerah yaitu belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan atau sudah memanfaatkan tetapi memerlukan tindak lanjut. Fokus sasaran perkesmas adalah keluarga rawan kesehatan dengan prioritasnya adalah keluarga rentan terhadap masalah kesehatan (gakin), keluarga risiko tinggi (anggota keluarga bumil, balita, lansia, menderit penyakit) (Depkes, 2006a).

Sasaran individu adalah yang mempunyai masalah kesehatan dan termasuk dalam golongan rawan. Individu yang dimaksud dikhususkan pada individu risiko tinggi

(risti) seperti yang menderita penyakit, balita, lanjut usia (lansia), atau dengan masalah mental/jiwa. Sasaran individu dapat dijadikan sebagai titik awal (*entry point*) untuk pembinaan keluarga.

Sasaran keluarga adalah keluarga rawan/rentan terhadap masalah kesehatan. Prioritas pelayanan perkesmas ditujukan pada keluarga rawan yang belum memanfaatkan pelayanan kesehatan. Keluarga yang menjadi sasaran perkesmas khususnya ibu hamil (bumil), lansia, menderita penyakit, masalah mental/jiwa.

Sasaran kelompok adalah kelompok khusus yang rentan terhadap masalah kesehatan. Prioritas diberikan pada kelompok khusus yang terikat pada institusi dan kelompok khusus yang tidak terikat pada institusi. Kelompok khusus dengan kesehatan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhan seperti ibu hamil, balita, anak sekolah, dan usia lanjut. Kelompok khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan keperawatan seperti penderita TBC, AIDS, dan diabetes melitus. Kelompok khusus yang berisiko terserang penyakit seperti wanita tuna susila (WTS), pengguna narkoba, kelompok pekerja. Kelompok khusus di lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi seperti panti werdha, panti asuhan dan penitipan anak.

Sasaran masyarakat dalam lingkup wilayah tertentu yang mempunyai masalah kesehatan atau yang berisiko terhadap kemungkinan timbulnya masalah kesehatan. Prioritas pelayanan perkesmas yaitu daerah endemis suatu penyakit, masyarakat di daerah dengan keadaan lingkungan kehidupan buruk, masyarakat di daerah yang mempunyai masalah kesehatan menonjol dibandingkan daerah sekitarnya, masyarakat di daerah yang mempunyai kesenjangan pelayanan kesehatan lebih tinggi dari daerah di sekitarnya, dan masyarakat di daerah baru yang diperkirakan akan mengalami hambatan dalam melaksanakan adaptasi kehidupannya.

2.7.4. Kegiatan Perkesmas

Ruang lingkup kegiatan perkesmas dilaksanakan di dalam dan luar gedung puskesmas. Kegiatan di dalam gedung puskesmas merupakan pelayanan yang

dilakukan terhadap sasaran baik di ruang rawat jalan puskesmas atau puskesmas pembantu dan ruang rawat inap.

Kegiatan di luar gedung puskesmas merupakan kegiatan pelayanan yang dilakukan terhadap semua sasaran baik yang berada dalam suatu institusi atau di luar institusi. Kegiatan ini meliputi pembinaan kesehatan terhadap sasaran perkesmas dalam wilayah kerja puskesmas melalui daerah binaan perawatan, pembinaan kesehatan kelompok khusus, pembinaan kesehatan pada keluarga rawan, pelayanan keperawatan tindak lanjut di rumah termasuk pembinaan terhadap keluarganya, pelayanan keperawatan terhadap kasus risiko tinggi di rumah termasuk pembinaan terhadap keluarganya. Bentuk kegiatan perkesmas dapat berupa asuhan keperawatan pasien yang kontak dengan puskesmas, kunjungan rumah (*home visit*), kunjungan ke kelompok prioritas terencana, dan asuhan keperawatan pasien rawat inap puskesmas (Depkes, 1997; 2004b; 2006a).

2.7.4.1. Asuhan keperawatan pasien yang kontak dengan puskesmas

Asuhan keperawatan pasien (prioritas) yang kontak dengan puskesmas baik yang berada di poliklinik puskesmas, puskesmas pembantu (pustu), puskesmas keliling (pusling), pos pelayanan terpadu (posyandu), atau pos kesehatan desa desa. Asuhan keperawatan yang diberikan seperti pengkajian keperawatan pasien sebagai deteksi dini (sasaran prioritas), penyuluhan kesehatan, tindakan keperawatan (*direct care*), konseling keperawatan, pengobatan (sesuai kewenangan), rujukan pasien/masalah kesehatan, dan dokumentasi keperawatan.

2.7.4.2. Kunjungan rumah (*home visit/home care*)

Kunjungan rumah adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif bertujuan untuk pembinaan keluarga rawan kesehatan dengan memandirikan pasien dan keluarganya. Pelayanan kesehatan diberikan di tempat tinggal pasien dengan melibatkan pasien dan keluarganya sebagai subyek yang ikut berpartisipasi merencanakan kegiatan.

Ruang lingkup kunjungan rumah yaitu memberi asuhan keperawatan secara komprehensif, melakukan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya, mengembangkan pemberdayaan pasien dan keluarga. Mekanisme pelayanan kunjungan rumah yaitu:

- a. Proses penerimaan kasus dari tiap poliklinik di Puskesmas. Selanjutnya koordinator program perkesmas menunjuk perawat pelaksana perkesmas untuk mengelola kasus. Perawat pelaksana perkesmas membuat surat perjanjian dan proses pengelolaan kasus.
- b. Proses pelayanan kunjungan rumah dimulai dari tahap persiapan untuk memastikan identitas pasien dan sarana prasarana yang diperlukan saat kunjungan rumah.
- c. Pelaksanaan terdiri dari perkenalan diri dan jelaskan tujuan, observasi lingkungan yang berkaitan dengan keamanan perawat, lengkapi data hasil pengkajian dasar pasien, membuat rencana pelayanan, lakukan perawatan langsung, diskusikan kebutuhan rujukan, kolaborasi, konsultasi dll, diskusikan rencana kunjungan selanjutnya dan aktifitas yang akan dilakukan, dokumentasikan kegiatan.
- d. Monitoring dan evaluasi antara lain keakuratan dan kelengkapan pengkajian awal, kesesuaian perencanaan dan ketepatan tindakan, efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tindakan oleh pelaksana.
- e. Proses penghentian pelayanan kunjungan rumah, dengan kriteria: tercapai sesuai tujuan, kondisi pasien stabil, program rehabilitasi tercapai secara maksimal, keluarga sudah mampu melakukan perawatan pasien, pasien di rujuk, pasien menolak pelayanan lanjutan, pasien meninggal dunia.

2.7.4.3. Kunjungan ke kelompok prioritas terencana

Kunjungan perawat ke kelompok prioritas terencana (posyandu usila, posyandu balita, panti asuhan dan lain-lain). Asuhan keperawatan yang diberikan dimulai dari pengkajian keperawatan individu di kelompok, pendidikan/penyuluhan kesehatan, pengobatan (sesuai kewenangan), rujukan pasien/masalah kesehatan, dan dokumentasi keperawatan.

2.7.4.4. Asuhan keperawatan pasien rawat inap puskesmas

Asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap puskesmas dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan. Tahap tersebut yaitu pengkajian keperawatan individu, tindakan keperawatan langsung (*direct care*) dan tidak langsung (*lingkungan*), pendidikan/penyuluhan kesehatan, pencegahan infeksi di ruangan, pengobatan (sesuai kewenangan), penanggulangan kasus gawat darurat, rujukan pasien/masalah kesehatan, dan dokumentasi keperawatan.

2.7.5. Pelaksanaan Perkesmas

Pelaksanaan perkesmas terdiri dari perencanaan (P1), penggerakkan pelaksanaan (P2), serta pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3). Tahapan proses perencanaan (P1) yaitu mempelajari petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis tingkat kabupaten atau kodya, pengumpulan data kesenjangan pelayanan kesehatan, pengumpulan data permasalahan keperawatan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan, menetapkan masalah dan prioritasnya, menetapkan upaya penanggulangan, menetapkan target sasaran, menetapkan lokasi dan waktu pelaksanaan, dan menetapkan sumber daya pendukung yang dapat dipadukan dengan program kegiatan lainnya (Depkes, 2006a).

Tahap penggerakkan pelaksanaan (P2) meliputi pengaturan organisasi dan tata laksana pengelolaan perkesmas, desiminasi informasi lintas program, melaksanakan kegiatan pelayanan keperawatan, menggerakkan peran serta masyarakat, menyediakan kesempatan konsultasi, dan bimbingan teknis kegiatan perkesmas. Desiminasi informasi lintas program ditujukan agar diperoleh keterpaduan kegiatan perkesmas dengan kegiatan pokok lain. Pelayanan keperawatan dilaksanakan dengan menggunakan metode proses keperawatan terhadap individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat yang kemudian didokumentasikan pada format sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pengawasan, pengendalian, dan penilaian (P3) meliputi pencatatan kegiatan perkesmas, pelaporan kegiatan perkesmas, pemantauan terhadap pelaksanaan

kegiatan setiap bulan terhadap hasil cakupan program dan penerapan proses keperawatan, dan penilaian pencapaian hasil kegiatan setiap akhir tahun melalui stratifikasi puskesmas.

2.7.6. Revitalisasi upaya perkesmas

Revitalisasi upaya perkesmas dilakukan oleh kabupaten/kota dengan dimulai dari beberapa puskesmas, atau seluruh puskesmas sesuai kondisi wilayah. Revitalisasi upaya perkesmas akan makin mantap dengan penerapan peningkatan manajemen kinerja (PMK) sesuai dengan peran, fungsi dan tanggung jawab serta kewenangannya. Revitalisasi upaya perkesmas, meliputi empat tahap, yaitu persiapan lapangan, implementasi di puskesmas, evaluasi hasil revitalisasi upaya perkesmas, dan tahap tindak lanjut (Depkes, 2006a).

2.7.6.1. Persiapan Lapangan

Tahap persiapan lapangan merupakan awal revitalisasi upaya perkesmas. Dinas Kesehatan kabupaten/kota, melakukan kegiatan pertemuan persiapan di Dinas Kesehatan kabupaten/kota, pengkajian lapangan oleh tim pelaksana kabupaten/kota, penetapan perawat penyelia kabupaten/kota oleh Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota, dan *workshop* revitalisasi upaya puskesmas di kabupaten/kota (Depkes, 2006a).

Persiapan lapangan mencakup kegiatan Pertemuan persiapan di Dinas Kesehatan kabupaten/kota, pengkajian lapangan oleh tim pelaksana kabupaten/kota, penetapan perawat penyelia kabupaten/kota, dan *workshop* revitalisasi upaya perkesmas di kabupaten/kota. Pertemuan persiapan di Dinas Kesehatan kabupaten/kota merupakan pertemuan pemantapan peran, fungsi kewenangan, tanggung jawab perawat puskesmas termasuk lintas program terkait. Hasil yang diharapkan dalam pertemuan ini antara lain diperolehnya kesepakatan tentang peningkatan/pemantapan kinerja perawatan puskesmas melalui revitalisasi upaya perkesmas, disepakatinya alternatif puskesmas yang direncanakan akan melaksanakan revitalisasi upaya puskesmas, dan terbentuknya tim pelaksana

kabupaten/kota, yang terdiri dari unsur Sub dinas di lingkungan Dinas Kesehatan kabupaten/kota, organisasi profesi keperawatan, instansi pendidikan keperawatan, pemerintah daerah.

2.7.6.2. Implementasi di Puskesmas

Tahap ini merupakan penerapan Rencana Tindak Lanjut yang telah disepakati dalam *workshop* di Dinas Kesehatan kabupaten/kota untuk masing-masing puskesmas yang telah di tentukan. Penerapan upaya perkesmas terintegrasi dengan upaya kesehatan puskesmas yang dilakukan minimal 4-6 bulan (Depkes, 2006a).

Kegiatan implementasi yang dilakukan antara lain pelatihan teknis perawat puskesmas sesuai kebutuhan, pelaksanaan pelayanan kesehatan yang holistik, terpadu dan berkisanambungan yang dilaksanakan oleh perawat puskesmas, bimbingan dan supervisi pelayanan kesehatan oleh perawat puskesmas, bimbingan dan supervisi pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat penyelia kabupaten/kota, pemantauan dan penilaian penerapan pelayanan perkesmas oleh Kepala Puskesmas, pertemuan review pelaksanaan pelayanan berdasarkan hasil pemantauan dan penilaian, dan pembahasan hasil yang dicapai dibandingkan data dasar, serta penyajian hasil evaluasi pelaksanaan pelayanan dari puskesmas disajikan dalam pertemuan tingkat kabupaten/kota.

2.7.6.3. Evaluasi Hasil Revitalisasi Upaya Perkesmas

Evaluasi hasil penerapan dilakukan oleh tim pelaksana kabupaten/kota dengan menggunakan teknik observasi lapangan, wawancara dengan beberapa perawat puskesmas, wawancara dengan kepala puskesmas, diskusi kelompok terarah (DKT), dan review informasi kesehatan serta pendokumentasiannya (Depkes, 2006a).

Observasi lapangan merupakan kegiatan pengamatan terhadap kegiatan rutin yang dilakukan oleh Perawat Puskesmas, termasuk pencatatnya adalah tim pelaksana kabupaten/kota. Wawancara dengan beberapa perawat puskesmas terpilih untuk

mengetahui pandangan/ pendapat mereka dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan secara holistik, terpadu dan berkesinambungan. Wawancara dengan kepala puskesmas oleh tim pelaksana kabupaten/kota untuk mengetahui pendapatnya tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan yang holistik, terpadu dan berkesinambungan. Diskusi kelompok terarah (DKT) difasilitasi oleh tim pelaksana kabupaten/kota untuk menggali lebih dalam informasi tambahan tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan oleh perawat Puskesmas yang dilakukan terhadap 3 kelompok, yaitu kelompok perawat puskesmas, kelompok klien (individu, keluarga) dan anggota keluarga termasuk pemberi pelayanan kesehatan di keluarga, serta kelompok anggota masyarakat termasuk tokoh masyarakat dan kader kesehatan. Review informasi kesehatan serta pendokumentasian pelaksanaan pelayanan kesehatan yang dilakukan perawat puskesmas, termasuk semua pencatatan dan pelaporan kegiatan selama proses revitalisasi upaya perkesmas.

2.7.6.4. Tindak Lanjut

Tahap tidak lanjut dilakukan oleh tim pelaksana kabupaten/kota melalui kegiatan analisis data semua informasi untuk menyiapkan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan peningkatan kinerja perawat puskesmas melalui revitalisasi upaya puskesmas. Kegiatan lainnya adalah penyebarluasan informasi hasil dengan harapan tersusunnya rencana tidak lanjut pengembangan tingkat kabupaten/kota dan pelatihan teknis terencana bagi perawat puskesmas, replikasi revitalisasi upaya perkesmas di puskesmas lain, bimbingan teknis maupun manajerial oleh perawat penyelia kabupaten/kota atau kegiatan inovasi lain yang dikembangkan kabupaten/kota untuk mempertahankan kinerja perawat puskesmas (Depkes, 2006a).

2.8. Perawat Puskesmas

2.8.1. Pengertian Perawat Puskesmas

Perawat di puskesmas adalah pejabat fungsional perawat yang bertugas di puskesmas dan berasal dari lulusan pendidikan keperawatan. Kegiatan perawat

puskesmas mencakup upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang dilaksanakan baik di dalam gedung maupun luar gedung puskesmas. Tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak penuh diberikan oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan pelayanan keperawatan kesehatan kepada masyarakat (Depkes,2006b).

Tugas pokok perawat kesehatan masyarakat di puskesmas adalah memberikan pelayanan keperawatan berupa asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat khususnya yang mempunyai masalah kesehatan akibat ketidaktahuan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan. Perkesmas dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan, serta pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka kemandirian di bidang keperawatan/kesehatan (Depkes, 2006b).

2.8.2. Tanggung Jawab Perawat Puskesmas

Tanggung jawab perawat puskesmas sesuai dengan penyelenggaraan fungsi puskesmas. Fungsi puskesmas sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan memberikan tanggung jawab perawat untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko kesehatan yang timbul di masyarakat serta melakukan kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit berdasarkan faktor risiko yang teridentifikasi menimbulkan masalah kesehatan (Depkes, 2006b).

Fungsi kedua puskesmas yaitu sebagai pusat pemberdayaan masyarakat memberikan tanggung jawab perawat untuk memberdayakan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat untuk mampu menyelesaikan masalah kesehatannya secara mandiri. Terakhir, puskesmas berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Perawat bertanggungjawab untuk melaksanakan asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan prioritas pada masyarakat rentan dan risiko tinggi pada individu dalam konteks keluarga, keluarga, kelompok/masyarakat (Depkes, 2006b).

2.8.3. Peran dan Fungsi Perawat Puskesmas

Perawat puskesmas profesional yang ideal adalah perawat komunitas yang memiliki latar belakang pendidikan keperawatan serta kompetensi di bidang keperawatan komunitas. Peran dan fungsi minimal dari perawat kesehatan masyarakat di puskesmas diharapkan dapat menerapkan enam peran dan fungsinya, yaitu: (Depkes, 2006b)

2.8.3.1. Pemberi pelayanan kesehatan

Perawat puskesmas memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok/masyarakat berupa asuhan keperawatan kesehatan masyarakat yang utuh (holistik) dan komprehensif meliputi pemberian asuhan pada pencegahan tingkat pertama, tingkat kedua, maupun tingkat ketiga. Asuhan keperawatan yang diberikan berupa asuhan langsung (*direct care*) kepada pasien/klien maupun tidak langsung (*indirect care*) di berbagai tatanan pelayanan kesehatan klinik puskesmas, ruang rawat inap puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, sekolah, rumah tahanan (rutan), panti, posyandu, keluarga (rumah pasien/klien), dan lain-lain (Depkes, 2006b).

2.8.3.2. Penemu kasus

Perawat puskesmas berperan dalam mendeteksi kasus serta melakukan penelusuran terjadinya penyakit. Temuan kasus dapat dilakukan dengan mencari langsung di masyarakat (*active case finding*) atau pada saat pasien/klien berkunjung ke pelayanan kesehatan (*passive case finding*) (Depkes, 2006b).

2.8.3.3. Pendidik/penyuluhan kesehatan

Perawat puskesmas selaku pendidik kesehatan diharapkan mampu mengkaji kebutuhan pasien/klien; mengajarkan agar melakukan pencegahan tingkat pertama dan peningkatan kesehatan pasien/klien yang diberikan pada individu, keluarga, kelompok/masyarakat serta pemulihan kesehatan dari suatu penyakit; menyusun program penyuluhan/pendidikan kesehatan yang meliputi topic sehat maupun

sakit seperti nutrisi, olahraga, manajemen stres, penyakit dan pengelolaan penyakit, dan sebagainya; memberikan informasi yang tepat untuk kesehatan dan gaya hidup antara lain informasi yang tepat tentang penyakit, pengobatan, dan lain-lain; serta menolong pasien/klien menyeleksi informasi kesehatan yang bersumber dari buku-buku, koran, televisi, atau teman (Depkes (2006b)).

2.8.3.4. Koordinator atau kolaborator

Perawat pelaksana sebagai koordinator dan kolaborator melakukan koordinasi terhadap semua pelayanan kesehatan yang diterima oleh keluarga dari berbagai program dan bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain dan atau keluarga dalam perencanaan pelayanan keperawatan serta sebagai penghubung dengan institusi pelayanan kesehatan dan sektor terkait lainnya (Depkes, 2006b).

2.8.3.5. Pelaksana konseling keperawatan (konselor)

Konseling bertujuan untuk melakukan pemecahan masalah secara efektif. Konseling yang efektif dapat dilakukan atas dasar hubungan yang positif antara konselor dengan pasien/klien dan kesediaan konselor untuk membantu. Fungsi perawat sebagai konselor untuk membantu pasien/klien untuk mencari pemecahan masalah kesehatan dalam perubahan perilaku yang terjadi dan dihadapi pasien/klien (Depkes, 2006b).

2.8.3.6. Panutan atau model peran (*role model*)

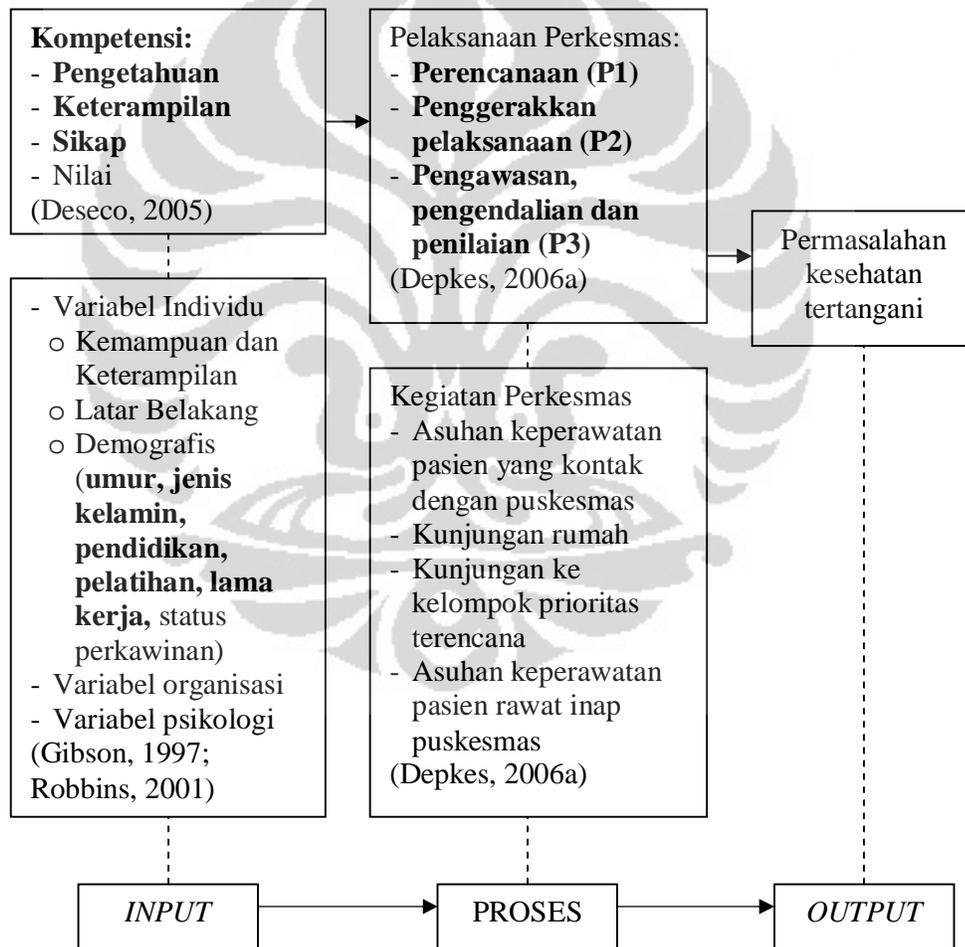
Perawat puskesmas sebagai *role model* dimaksudkan bahwa perilaku hidupnya dalam bidang kesehatan pada semua tingkat pencegahan terutama perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dapat dicontoh masyarakat. Kegiatan yang dapat dilakukan antara lain memberi contoh praktek menjaga tubuh yang sehat baik fisik maupun mental seperti makan makanan bergizi, menjaga berat badan, olahraga secara teratur, tidak merokok, menyediakan waktu untuk istirahat (*relax*) setiap hari, komunikasi efektif, dan lain-lain. Perawat puskesmas juga harus menampilkan profesionalismenya dalam bekerja yaitu dengan menerapkan kode etik

keperawatan, menggunakan pendekatan sistemik dan efektif dalam pengambilan keputusan (Depkes, 2006b).

2.9. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini dibangun berdasarkan beberapa teori yang yang selanjutnya digambarkan sebagai berikut:

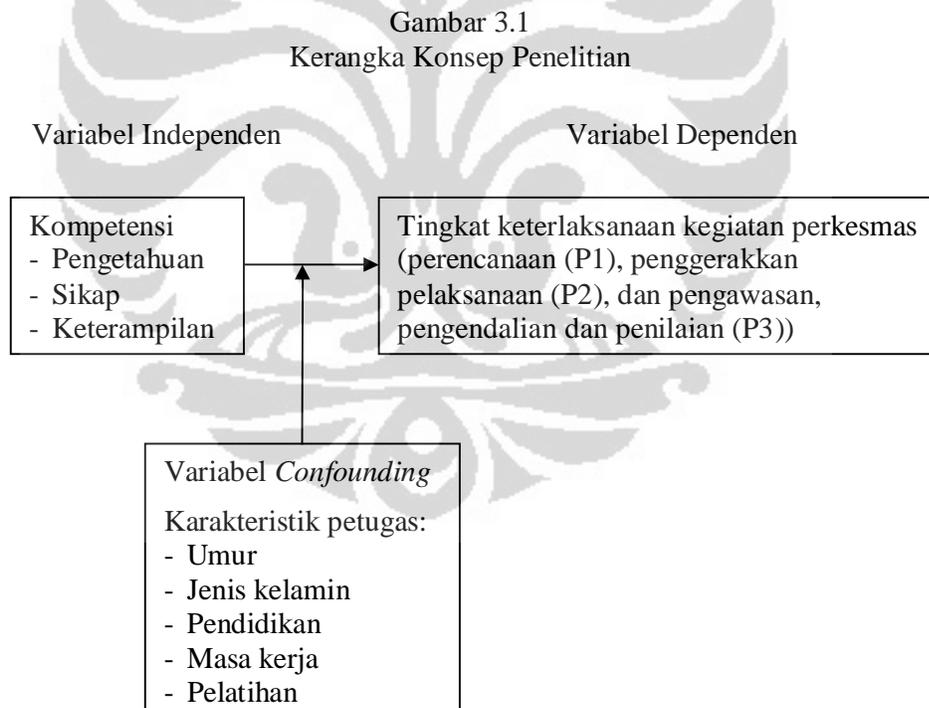
Gambar 2.3
Kerangka Teori Penelitian



BAB 3
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN
DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel dependen yaitu tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas, variabel independen berupa kompetensi perawat, serta variabel *confounding* berupa karakteristik petugas. Selanjutnya akan dilihat bagaimana hubungan variabel independen dengan variabel dependen. Hubungan kedua variabel tersebut kemungkinan dipengaruhi oleh variabel *confounding*, sehingga akan dilihat pengaruh variabel *confounding* terhadap hubungan variabel independen dengan variabel dependen. Kerangka konsep penelitian digambarkan sebagai berikut:



Berdasarkan kerangka konsep di atas, dijelaskan bahwa tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas merupakan variabel dependen yang dipengaruhi oleh kompetensi. Variabel *confounding* (perancu) yang meliputi umur, jenis kelamin,

pendidikan, masa kerja, dan pelatihan kemungkinan mempengaruhi kompetensi dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas.

3.2. Hipotesis

Hipotesis yang digunakan pada penelitian ini adalah:

- 3.2.1. Ada hubungan antara pengetahuan perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.
- 3.2.2. Ada hubungan antara sikap perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.
- 3.2.3. Ada hubungan antara keterampilan perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.
- 3.2.4. Ada hubungan antara kompetensi perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.
- 3.2.5. Ada hubungan antara komponen karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kota Pontianak.

3.3. Definisi Operasional

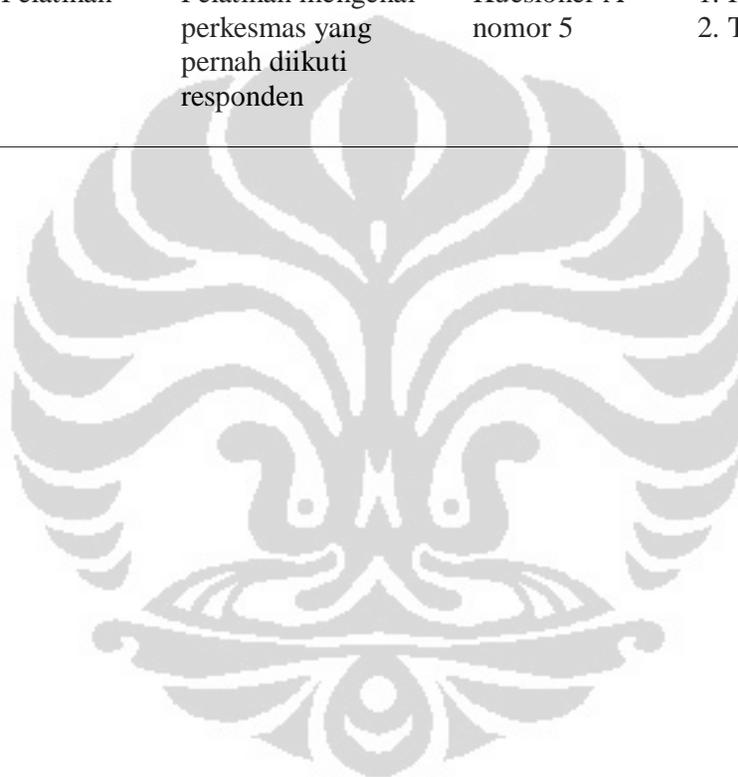
Definisi operasional penelitian disajikan dalam tabel 3.1 di bawah ini:

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel Terikat dan Bebas

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A. Independen					
1.	Kompetensi (komposit)	Kemampuan yang dimiliki perawat puskesmas dalam melakukan kegiatan perkesmas meliputi pengetahuan, sikap, dan keterampilan	Kuesioner B, C, dan D (53 pertanyaan/ pernyataan)	1. Baik, dikategorikan dari <i>cut of point</i> > <i>mean</i> (90,97) 2. Kurang, dikategorikan dari <i>cut of point</i> ≤ <i>mean</i> (90,97)	Ordinal
a.	Pengetahuan	Pengetahuan yang dimiliki perawat tentang konsep dasar perkesmas, kegiatan perkesmas, serta kompetensi dan peran perawat puskesmas	Kuesioner B nomor 1-15 Keterangan: Jika jawaban benar diberi skor 1, jika salah diberi skor 0	1. Baik, dikategorikan dari <i>cut of point</i> > <i>mean</i> (8,84) 2. Kurang, dikategorikan dari <i>cut of point</i> ≤ <i>mean</i> (8,84)	Ordinal
b.	Sikap	Persepsi perawat puskesmas dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang berkunjung di puskesmas, kunjungan rumah (<i>home visit/home care</i>), kunjungan ke kelompok prioritas terencana, dan konsep dasar perkesmas	Kuesioner C nomor 1-16 Keterangan: Menggunakan skala Likert 1-4. Skor pernyataan positif Sangat Tidak Setuju (STS) = 1, Tidak Setuju (TS) = 2, Setuju (ST) = 3, dan Sangat Setuju (SS) = 4. Untuk pernyataan negatif skor STS = 4, TS = 3, ST = 2, dan SS = 1	1. Baik, dikategorikan dari <i>cut of point</i> > <i>mean</i> (46,05) 2. Kurang, dikategorikan dari <i>cut of point</i> ≤ <i>mean</i> (46,05)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
c.	Keterampilan	Persepsi perawat puskesmas tentang keterampilan yang dimilikinya dalam melaksanakan perkesmas meliputi asuhan keperawatan pada pasien yang berkunjung di puskesmas, kunjungan rumah (<i>home visit/home care</i>), kunjungan ke kelompok prioritas terencana, dan hal lainnya yang berkaitan dengan perkesmas	Kuesioner D nomor 1-20 Keterangan: Skor berkisar 0-3 sesuai <i>rating scale</i> yang digunakan dengan interval jawaban 0-3	1. Baik, dikategorikan dari <i>cut of point</i> > <i>mean</i> (36,08) 2. Kurang, dikategorikan dari <i>cut of point</i> ≤ <i>mean</i> (36,08)	Ordinal
B. Dependen					
1.	Tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas	Pelaksanaan kegiatan perkesmas yang dilakukan perawat puskesmas dalam perencanaan (P1), penggerakkan pelaksanaan (P2), dan pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3), pengukuran hanya pada kuantitas dan bukan kualitasnya.	Kuesioner E nomor 1-20 Keterangan: Menggunakan skala Likert 1-4, dengan skor Tidak Pernah (TP) = 1, Kadang-Kadang (KK) = 2, Sering (SR) = 3, Selalu (SL) = 4	1. Optimal, dikategorikan dari <i>cut of point</i> > <i>mean</i> (43,28) 2. Kurang optimal, dikategorikan dari <i>cut of point</i> ≤ <i>mean</i> (43,28)	Ordinal
C. Confounding					
1.	Umur	Lama hidup responden dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir saat dilakukan penelitian	Kuesioner A nomor 1	Umur dalam satuan tahun	Rasio
2.	Jenis kelamin	Jenis kelamin responden dilihat dari keadaan biologis	Kuesioner A nomor 2	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
3.	Pendidikan	Pendidikan keperawatan responden berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Kuesioner A nomor 3	1. SPR 2. SPK 3. D3 keperawatan	Ordinal
4.	Lama kerja	Periode masa kerja responden di puskesmas	Kuesioner A nomor 4	Lama kerja dalam satuan tahun	Rasio
5.	Pelatihan	Pelatihan mengenai perkesmas yang pernah diikuti responden	Kuesioner A nomor 5	1. Pernah 2. Tidak pernah	Nominal



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun untuk menuntun peneliti memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian dengan mengacu pada jenis penelitian yang dipergunakan. Jenis penelitian ini adalah non-eksperimental dengan pendekatan kuantitatif, dan analitik korelasi. Studi analitik korelasi digunakan karena peneliti ingin menghubungkan variabel independen dan dependen (Sastroasmoro & Ismael, 2007). Sedangkan desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu mencari hubungan antara variabel dependen dan independen dengan pengukuran sesaat dan tidak ada tindak lanjutnya. Desain ini dipilih karena variabel dependen (tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas) dan variabel independen (kompetensi perawat) dilakukan pengukuran secara bersamaan. Data yang diambil pada penelitian ini merupakan data primer karena berasal langsung dari responden (Dahlan, 2008).

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah sekelompok subjek atau data dengan karakteristik tertentu. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di puskesmas yakni sebanyak 118 perawat yang menyebar di 23 puskesmas se-Kota Pontianak.

4.2.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu yang dapat mewakili populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi, yaitu semua perawat pelaksana yang memenuhi kriteria inklusi untuk menjadi sampel dalam penelitian ini yakni sebanyak 118 perawat. Alasan menggunakan total populasi sebagai sampel adalah untuk melakukan generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil (Sugiyono, 2008). Kriteria inklusi dalam pemilihan sampel pada penelitian ini adalah masa kerja lebih dari satu

tahun dengan alasan sudah terpapar dengan lingkungan puskesmas, tidak dalam keadaan cuti (sakit, melahirkan, tahunan, atau cuti besar), tidak sedang tugas belajar, tidak bertindak sebagai kepala puskesmas, dan bersedia menjadi responden.

Sastroasmoro & Ismael (2008) menyatakan bahwa perhitungan besar sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi perlu dilakukan. Perhitungan tersebut dengan menggunakan rumus:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel dalam populasi

α = tingkat kemaknaan (95%, sehingga $z_{\alpha} = 1,96$)

P = proporsi keadaan yang dicari (jika tidak diketahui, maka nilai P = 0,5)

Q = 1-P (1 – 0,5 = 0,5)

d = tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki (yaitu 10%)

Menggunakan rumus di atas, maka dilakukan perhitungan sebagai berikut:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 PQ}{d^2} = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,10^2} = 96,04 \approx 96$$

Jumlah sampel minimal dalam penelitian ini adalah 96 perawat sesuai dengan perhitungan di atas. Perhitungan ini digunakan untuk menggeneralisir saja, artinya apabila peneliti hanya memperoleh sampel minimal sebanyak 96 perawat yang memenuhi kriteria inklusi untuk dijadikan responden maka sudah dapat mewakili populasi penelitian. Pada penelitian ini responden yang berperan serta sejumlah 118 perawat sesuai total populasi yang memenuhi kriteria inklusi.

4.3. Tempat Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilakukan pada seluruh puskesmas se-Kota Pontianak yaitu sebanyak 23 puskesmas. Kota Pontianak dipilih karena Dinas Kesehatan Kota Pontianak menggalakkan kembali kegiatan perkesmas sejak tahun 2008.

Diperoleh informasi bahwa puskesmas yang melaporkan kegiatan perkesmas sebanyak 13 puskesmas dari 23 puskesmas yang ada di Kota Pontianak.

4.4. Waktu Penelitian

Penelitian dimulai dengan penyusunan proposal, pengumpulan data, pengolahan data, dan penulisan laporan. Waktu penelitian antara bulan April hingga Juli 2010 (terlampir pada lampiran 5).

4.5. Etika Penelitian

Penelitian dilaksanakan setelah mendapat izin dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak. Adapun tahapan pelaksanaan penelitian dilakukan dengan mengikuti prinsip keadilan, prinsip manfaat, dan prinsip menghormati orang lain.

4.5.1. Prinsip keadilan

Prinsip keadilan dalam penelitian ini yaitu peneliti tidak melakukan diskriminasi dalam pemilihan responden. Tidak ada sanksi yang diberikan apabila responden menolak berpartisipasi dalam penelitian. Pengambilan dan pengolahan data hanya dilakukan sesuai kebutuhan penelitian saja dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas setiap responden.

4.5.2. Prinsip manfaat

Penelitian dimulai dengan memberikan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan kepada responden. Selanjutnya peneliti juga memberikan penjelasan tentang hak dan kewajiban responden dalam penelitian ini (lampiran 2).

4.5.3. Prinsip menghormati orang lain

Setelah memberikan penjelasan penelitian, responden diberikan kesempatan untuk memilih apakah bersedia atau menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Kepada yang bersedia, diminta kesediaannya untuk menandatangani surat

persetujuan atau *informed consent* yang telah disiapkan peneliti sebelumnya (lampiran 3). Selanjutnya peneliti memberikan lembar kuesioner kepada responden sebagai alat pengumpul data penelitian. Peneliti menghargai hak responden dengan menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh. Untuk menjaga kerahasiaan data maka diberikan nomor kode pada kuesioner. Informasi responden dijamin oleh peneliti, dan apabila penelitian selesai maka semua informasi yang terdapat dalam kuesioner akan dimusnahkan.

4.6. Alat Pengumpul Data

Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner A, B, C, D, dan E. Kuesioner A digunakan untuk melihat karakteristik perawat yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan. Karakteristik individu merupakan variabel *confounding* dalam penelitian ini.

Kuesioner B digunakan untuk mengukur pengetahuan perawat mengenai perkesmas. Kuesioner ini dikembangkan berdasarkan Depkes (2006) yang menjadi acuan perawat melaksanakan perkesmas. Kuesioner ini berjumlah 15 pertanyaan berupa pilihan ganda (a, b, c, d) dan selanjutnya setiap jawaban benar akan diberikan skor 1 dan jika salah diberi skor 0.

Kuesioner C digunakan untuk mengukur sikap perawat terhadap kegiatan perkesmas. Kuesioner ini dikembangkan berdasarkan Depkes (2006) yang berisi pernyataan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang berkunjung di puskesmas, kunjungan rumah (*home visit/home care*), kunjungan ke kelompok prioritas terencana, dan konsep dasar perkesmas. Jumlah pernyataan sebanyak 16 buah dengan menggunakan skala Likert 1-4. Pernyataan positif dengan pilihan Sangat Tidak Setuju (STS) diberi skor 1, Tidak Setuju (TS) diberi skor 2, Setuju (ST) diberi skor 3, dan Sangat Setuju (SS) diberi skor 4. Untuk pernyataan negatif skor STS adalah 4, TS diberi skor 3, ST diberi skor 2, dan SS diberi skor 1.

Kuesioner D digunakan untuk mengukur keterampilan perawat melaksanakan perkesmas. Kuesioner ini dikembangkan berdasarkan *Quad Council Public Health*

Nursing (2003) yang meliputi keterampilan melakukan pengkajian analisis kesehatan masyarakat, merencanakan program kesehatan masyarakat, komunikasi, memahami budaya masyarakat, bekerjasama dengan masyarakat maupun *stakeholder* dan keterampilan menggunakan ilmu kesehatan masyarakat. Kemudian disesuaikan dengan Depkes (2006) yang merupakan acuan perkesmas di Indonesia dalam melaksanakan perkesmas meliputi asuhan keperawatan pada pasien yang berkunjung di puskesmas, kunjungan rumah (*home visit/ home care*), kunjungan ke kelompok prioritas terencana, dan hal lainnya yang berkaitan dengan perkesmas. Pernyataan berjumlah 20 buah, menggunakan *rating scale* dengan interval jawaban 0-3.

Kuesioner E berisi kegiatan perkesmas yang dilakukan perawat puskesmas dalam perencanaan (P1), penggerakkan pelaksanaan (P2), dan pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3). Kuesioner ini disesuaikan dengan panduan Depkes (2006) sejumlah 20 pernyataan. Pengukuran pernyataan menggunakan skala Likert. Pilihan jawaban berupa Tidak Pernah (TP), Kadang-Kadang (KK), Sering (SR), dan Selalu (SL). Jika pilihan TP diberi skor 1, jika KK diberi skor 2, jika SR diberi skor 3, dan jika SL diberi skor 4.

4.7. Validitas dan Reliabilitas

Penelitian dikatakan valid bila hasil yang diperoleh berlaku pada populasi yang menjadi target dalam penelitian. Validitas dibagi menjadi dua yaitu validitas internal dan eksternal. Validitas internal instrumen berupa tes yang harus memenuhi validitas konstruksi dan validitas isi. Validitas konstruksi dengan menggunakan pendapat dari ahli. Sedangkan validitas isi dilakukan dengan membandingkan antara isi instrumen dengan materi yang ada. Secara teknis pengujian validitas konstruksi dan validitas isi dapat dibantu dengan menggunakan kisi-kisi instrumen. Kisi-kisi berisi variabel yang diteliti, indikator sebagai tolok ukur, dan nomor pertanyaan atau pernyataan yang telah dijabarkan dari indikator (Sugiyono, 2006). Pada penelitian ini dibuat sebuah kisi-kisi yang menggambarkan pertanyaan dari pengetahuan, sikap, keterampilan perawat, dan kegiatan perkesmas.

Pengujian validitas eksternal instrumen dilakukan dengan cara membandingkan (untuk mencari kesamaan) antara kriteria yang ada pada instrumen dengan dengan fakta-fakta empiris yang terjadi di lapangan (Sugiyono, 2006). Uji validitas pada penelitian ini akan dilakukan pada 30 perawat puskesmas di Kabupaten Pontianak.

Cara mengukur validitas suatu instrumen (kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan program statistik melalui teknik *Pearson product moment* (r). Jika nilai r hitung lebih besar dari r tabel pada tingkat kepercayaan 95% maka pertanyaan tersebut valid (Hastono, 2007). Pertanyaan atau pernyataan yang tidak valid pada penelitian ini akan dibuang, namun jika isi dari pertanyaan atau pernyataan tersebut penting maka akan dilakukan revisi.

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Pengujian reliabilitas dilakukan setelah menguji validitas dengan membandingkan nilai r hasil (*alpha Cronbach*) dengan r tabel. Bila r *alpha Cronbach* lebih besar dari r tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel (Hastono, 2007). Sebelum pengujian reliabilitas, dilakukan pengujian validitas terlebih dahulu. Pertanyaan atau pernyataan yang sudah valid kemudian secara bersama-sama akan diukur reliabilitasnya.

Hasil uji coba kuesioner adalah:

4.7.1. Kuesioner A

Berisi karakteristik perawat, cukup jelas dan tidak ada perubahan.

4.7.2. Kuesioner B

Kuesioner B berisi pengetahuan sejumlah 21 pertanyaan. Setelah diperoleh hasil dari uji coba dan berdiskusi dengan koordinator perkesmas Dinas Kesehatan Kota Pontianak maka beberapa pertanyaan dibuang dengan pertimbangan terdapat pengulangan tema dalam beberapa pertanyaan, sehingga kuesioner menjadi 15 pertanyaan.

4.7.3. Kuesioner C

Kuesioner C berisi sikap sejumlah 20 pernyataan. Pernyataan dikatakan valid apabila r hasil lebih besar dari r tabel (0,361). Analisis uji coba pada 16 pernyataan diperoleh r hasil yang lebih besar dari r tabel berkisar antara 0,390 – 0,777. Sedangkan 4 pertanyaan lainnya yaitu nomor 1, 9, 12, dan 20 memiliki r hasil di bawah r tabel yaitu 0,050 – 0,260. Pertanyaan yang tidak valid tidak digunakan dalam penelitian ini sehingga kuesioner C berjumlah 16 pernyataan. Selanjutnya dilakukan uji reliabilitas dengan *alpha Cronbach*, bila nilai r alpha lebih besar dari r tabel maka dinyatakan reliabel. Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai $\alpha = 0,865$ yang berarti semua pernyataan reliabel.

4.7.4. Kuesioner D

Kuesioner D berisi keterampilan sejumlah 20 pertanyaan. Pertanyaan dikatakan valid apabila r hasil lebih besar dari r tabel (0,361). Analisis uji coba berkisar antara 0,385 – 0,726 sehingga dinyatakan semua pernyataan valid. Selanjutnya dilakukan uji reliabilitas dengan *alpha Cronbach*, bila nilai r alpha lebih besar dari r tabel maka dinyatakan reliabel. Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai $\alpha = 0,902$ yang berarti semua pernyataan reliabel.

4.7.5. Kuesioner E

Kuesioner E berisi kegiatan perkesmas sejumlah 22 pernyataan. Pernyataan dikatakan valid apabila r hasil lebih besar dari r tabel (0,361). Analisis uji coba pada 20 pernyataan diperoleh r hasil yang lebih besar dari r tabel berkisar antara 0,423 – 0,905. Sedangkan 2 pertanyaan lainnya yaitu nomor 4 dan 8 memiliki r hasil di bawah r tabel yaitu 0,244 – 0,323 yang selanjutnya kedua pernyataan tersebut dihilangkan sehingga kuesioner E berjumlah 20 pernyataan. Kemudian dilakukan uji reliabilitas dengan *alpha Cronbach*, bila nilai r alpha lebih besar dari r tabel maka dinyatakan reliabel. Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai $\alpha = 0,963$ yang berarti semua pernyataan reliabel.

4.8. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Langkah awal dari proses penelitian ini dimulai dengan pelaksanaan uji etik, uji validitas dan reliabilitas. Uji etik dilakukan oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan dengan surat persetujuan Dekan FIK UI melalui koordinasi dengan pembimbing dan Ketua Program Studi (KPS) Pascasarjana yang disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak dan ditembuskan kepada 6 Kepala Puskesmas di Kabupaten Pontianak. Selanjutnya diambil data pada 30 perawat puskesmas di Kabupaten Pontianak pada tanggal 17-21 Mei 2010. Hasil yang diperoleh dikonsultasikan ke pembimbing hingga dinyatakan siap untuk melakukan pengumpulan data penelitian.

Prosedur pengumpulan data dilakukan melalui beberapa tahap. Tahap awal dilakukan oleh peneliti dengan meminta surat persetujuan penelitian yang dibuat oleh Dekan FIK UI melalui koordinasi dengan pembimbing dan Ketua Program Studi (KPS) Pascasarjana yang disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak dan ditembuskan kepada Kepala Puskesmas se-Kota Pontianak. Setelah mendapat izin dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak, peneliti menemui Kepala Puskesmas untuk memperoleh izin secara lisan.

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 24 Mei sampai 2 Juni 2010. Tahapan dimulai peneliti dengan melakukan pendekatan kepada calon responden serta memberikan penjelasan tentang penelitian. Jika responden bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini maka calon responden kemudian diminta menandatangani surat persetujuan bersedia menjadi responden (*informed consent*). Kuesioner diberikan kepada responden dan diminta untuk dipelajari terlebih dahulu. Bila ada pertanyaan yang tidak jelas, maka akan diberi penjelasan oleh peneliti. Pengisian kuesioner dilakukan sendiri oleh responden dan untuk mendapatkan data yang akurat serta menghindari bias jawaban maka setiap perawat diberikan satu kuesioner. Pengisian kuesioner dikumpulkan dalam 2 hari setelah disebar. Penyebaran dan pengambilan kuesioner dilakukan sendiri oleh peneliti bersama koordinator perkesmas Dinas Kesehatan Kota Pontianak.

4.9. Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul diolah melalui empat tahapan, yaitu *editing*, *coding*, *processing*, dan *cleaning*. Berikut penjelasan pelaksanaan pengolahan data masing-masing tahapan: (Hastono, 2007)

4.9.1. *Editing*

Pelaksanaan *editing* pada penelitian ini berupa kegiatan memeriksa jawaban kuesioner yang telah diserahkan responden ke peneliti. Tujuan dilakukannya *editing* adalah untuk mengurangi kesalahan pengisian kuesioner. *Editing* dilakukan dengan mencermati kembali isian kuesioner dari segi kelengkapan, kejelasan, relevan, dan konsisten. Kelengkapan ditujukan untuk memastikan bahwa kuesioner telah diisi semua oleh responden. Kejelasan untuk memeriksa apakah tulisan responden dapat dibaca oleh peneliti. Relevan dimaksudkan untuk melihat apakah responden menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang ditanyakan. Konsisten untuk melihat apakah pertanyaan diisi dengan konsisten, misal responden mengisi pertanyaan umur 25 tahun namun masa kerja diisi 10 tahun, berarti jawaban tidak konsisten.

4.9.2. *Coding*

Coding merupakan tahapan memberikan kode terhadap setiap jawaban untuk mempermudah menganalisis data maupun mempercepat *entry data*. Pada penelitian ini pemberian kode disesuaikan dengan skor setiap pertanyaan atau pernyataan. Sedangkan pengkodean untuk karakteristik responden diberikan kode untuk jenis kelamin laki-laki diberi kode 1 dan perempuan diberi kode 2. Pengkodean tingkat pendidikan SPR, SPK, dan D3 keperawatan berturut-turut adalah 1, 2, dan 3. Pemberian kode pelatihan yaitu pernah dan tidak pernah dengan kode 1 dan 2.

4.9.3. *Processing*

Tahap ketiga adalah *processing* yang dilakukan setelah melakukan *editing* dan *coding*. *Processing* yaitu proses data dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner

ke komputer dengan menggunakan program statistik. Tujuan dilakukan *processing* adalah agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis.

4.9.4. *Cleaning*

Terakhir adalah *cleaning* atau pembersihan data yakni kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* ke komputer untuk melihat apakah terdapat kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat peneliti meng-*entry* data ke komputer. Tujuan dilakukannya *cleaning* adalah mengetahui adanya *missing*, variasi, dan konsistensi data. *Missing* data yaitu mengetahui apakah ada data yang hilang, variasi data yaitu untuk mengetahui apakah data yang dimasukkan benar atau salah, dan konsistensi data adalah dengan menghubungkan dua variabel.

4.10. Analisis Data

Data yang diperoleh selanjutnya dianalisis menggunakan komputer program statistik dengan urutan:

4.10.1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti, yaitu variabel independen dan dependen. Analisis univariat pada data berbentuk kategorik (kompetensi, tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas, jenis kelamin, pendidikan, dan pelatihan) dilakukan dengan ukuran persentase atau proporsi. Sedangkan analisis pada data yang berbentuk numerik (umur dan masa kerja) dilihat dari *mean*, *median*, standar deviasi, dan nilai minimal-maksimal (Hastono, 2007). Melihat kenormalan data dengan menghitung nilai *skewness* dan standar errornya, bila nilai *skewness* dibagi standar errornya menghasilkan angka $-2 < x < 2$ maka distribusinya normal (Dahlan, 2004).

4.10.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen (kompetensi) dan dependen (tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas). Uji yang

digunakan adalah uji *chi-square* dengan nilai kepercayaan yang digunakan adalah 95% atau batas kemaknaan 0,05. Hipotesis nol (H_0) dalam penelitian ini adalah tidak ada hubungan antara kompetensi perawat puskesmas dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Bila nilai *p value* < 0,05 berarti H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara kompetensi perawat puskesmas dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Sebaliknya, jika nilai *p value* > 0,05 berarti H_0 gagal ditolak, artinya tidak ada hubungan antara kompetensi perawat puskesmas dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas (Hastono, 2007).

Analisis bivariat juga digunakan pada karakteristik individu perawat untuk mengetahui ada tidaknya hubungan terhadap kegiatan perkesmas. Uji yang digunakan ditampilkan dalam tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1
Uji Statistik Analisis Bivariat Variabel Dependen dan *Confounding*

Variabel <i>Confounding</i>	Skala	Variabel Dependen	Skala	Uji Statistik
Umur	Rasio			Uji t independen
Jenis kelamin	Nominal	Tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas	Ordinal	<i>Chi-square</i>
Pendidikan	Ordinal			<i>Chi-square</i>
Masa kerja	Rasio			Uji t independen
Pelatihan	Nominal			<i>Chi-square</i>

4.10.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk melihat variabel independen utama yang memiliki hubungan erat terhadap variabel dependen (tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas). Teknik analisa yang digunakan pada penelitian ini adalah uji regresi logistik ganda karena variabel dependen berbentuk data kategorik dikotom (Sabri & Hastono, 2008). Uji ini juga digunakan untuk mengestimasi secara valid hubungan kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas dengan mengontrol beberapa variabel *confounding* (umur, jenis

kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan). Tahapan permodelan dengan melakukan permodelan lengkap mencakup variabel utama dan semua kandidat *confounding*. Terakhir melakukan penilaian *confounding* dengan cara mengeluarkan variabel *confounding* satu persatu berdasarkan nilai *p value* terbesar. Bila diperoleh selisih OR faktor atau variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel *confounding* dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai *confounding* dan harus tetap berada dalam model.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kompetensi perawat puskesmas dengan tingkat keterlaksanaan perkesmas di Kota Pontianak. Penelitian ini diawali dengan melakukan uji coba instrumen pada 30 perawat puskesmas di Kabupaten Pontianak pada tanggal 17-21 Mei 2010. Pengumpulan data penelitian dilakukan pada 24 Mei sampai dengan 2 Juni 2010.

Responden penelitian adalah seluruh perawat pelaksana yang tersebar di 23 puskesmas se-Kota Pontianak sejumlah 118 orang. Hasil penelitian ini disajikan berupa data primer yang kemudian dianalisis melalui tiga tahap, yaitu analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat pada data berbentuk kategorik (kompetensi, tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas, jenis kelamin, pendidikan, dan pelatihan) dilakukan dengan ukuran persentase atau proporsi. Sedangkan analisis pada data yang berbentuk numerik (umur dan masa kerja) dilihat dari *mean*, *median*, standar deviasi, dan nilai minimal-maksimal (Hastono, 2007). Melihat kenormalan data dengan menghitung nilai *skewness* dan standar errornya, bila nilai *skewness* dibagi standar errornya menghasilkan angka $-2 < x < 2$ maka distribusinya normal. Analisis bivariat akan melihat hubungan antara variabel dependen dan independen. Analisis multivariat untuk mengestimasi secara valid hubungan kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas dengan mengontrol beberapa variabel *confounding*.

5.2. Analisis Univariat

5.2.1. Gambaran Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini adalah perawat puskesmas yang berjumlah 118 orang. Gambaran karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan. Umur dan masa kerja merupakan data numerik yang disajikan melalui tabel 5.1 berikut ini:

Tabel 5.1.
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Usia dan Masa Kerja
di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

No	Karakteristik	Mean	Standar Deviasi	Minimal-Makksimal	95% <i>Confident Interval</i> (CI)
1.	Umur	38,32	9,62	23 - 56	36,57 - 40,08
2.	Masa Kerja	14,86	9,78	1 - 34	13,08 - 16,65

Tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat puskesmas adalah 38,32 tahun dengan standar deviasi 9,62 tahun. Umur termuda 23 tahun dan umur tertua 56 tahun. Hasil estimasi interval menyimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat puskesmas berada di antara 36,57 sampai 40,08 tahun.

Hasil analisis masa kerja perawat puskesmas didapatkan rata-rata sebesar 14,86 tahun dengan standar deviasi 9,78 tahun. Masa kerja terendah 1 tahun dan masa kerja tertinggi 34 tahun. Estimasi interval menyimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata masa kerja perawat puskesmas berada di antara 13,08 sampai dengan 16,65 tahun.

Karakteristik perawat puskesmas berupa jenis kelamin, pendidikan, dan pelatihan merupakan data kategorik yang ditampilkan melalui tabel 5.2 berikut:

Tabel 5.2.
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pelatihan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

No	Karakteristik	Frekuensi	Persentase (100%)
1.	Jenis kelamin		
	a. Laki-laki	22	18,6
	b. Perempuan	96	81,4
2.	Pendidikan		
	a. SPR	5	4,2
	b. SPK	59	50
	c. D3 keperawatan	54	45,8
3.	Pelatihan perkesmas		
	a. Pernah	44	37,3
	b. Tidak pernah	74	62,7

Distribusi jenis kelamin responden berdasarkan tabel di atas untuk laki-laki sejumlah 22 orang (18,6%) dan perempuan 96 orang (81,4%). Distribusi frekuensi pendidikan responden pada SPR, SPK, dan D3 keperawatan berturut-turut adalah 5, 59, dan 54 orang (4,2%; 50%; dan 45,8%). Responden yang pernah mengikuti pelatihan perkesmas sejumlah 44 orang (37,3%) dan selebihnya belum mengikuti pelatihan perkesmas.

5.2.2. Gambaran Kompetensi Responden

Gambaran kompetensi responden dalam penelitian ini meliputi pengetahuan, sikap, dan keterampilan mengenai perkesmas oleh perawat puskesmas. Data awal berbentuk numerik yang akan dikategorikan menjadi data kategorik. Apabila data normal maka *cut of point* menggunakan *mean*, sebaliknya jika data tidak normal menggunakan median. Cara mengetahui kenormalan data pada penelitian ini dengan menghitung nilai *skewness* dan standar errornya, bila nilai *skewness* dibagi standar errornya menghasilkan angka $-2 < x < 2$ maka distribusinya normal (Dahlan, 2004). Oleh karenanya berikut disajikan perhitungan nilai *skewness* dan standar error kompetensi perawat puskesmas mengenai perkesmas melalui tabel 5.3 berikut ini:

Tabel 5.3.
Perhitungan Nilai *Skewness* dan Standar Error *Skewness* Kompetensi berdasarkan Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Perkesmas Perawat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

No	Kompetensi	<i>Skewness</i>	Standar Error <i>Skewness</i>	Hasil	Distribusi Data
1.	Pengetahuan	0,031		0,139	Normal
2.	Sikap	0,099		1,444	Normal
3.	Keterampilan	-0,201	0,223	- 0,901	Normal
4.	Kompetensi	0,034		0,152	Normal

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa semua sub variabel kompetensi memiliki distribusi normal sehingga pengkategorian menggunakan nilai *mean*. Pengkategorian dibagi menjadi baik dan kurang yang ditampilkan seperti tabel 5.4 di bawah ini:

Tabel 5.4.
Distribusi Kompetensi Responden Menurut Pengetahuan, Sikap, dan
Keterampilan Perkesmas Perawat Puskesmas Kota Pontianak Tahun 2010
(N = 118)

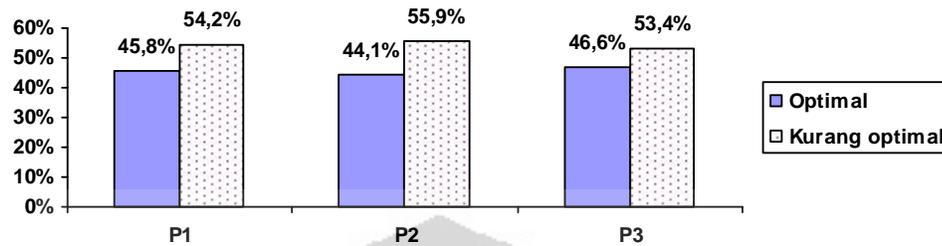
No	Karakteristik	Frekuensi	Persentase (100%)
1.	Pengetahuan		
	a. Baik	67	56,8
	b. Kurang	51	43,2
2.	Sikap		
	a. Baik	53	44,9
	b. Kurang	65	55,1
3.	Keterampilan		
	a. Baik	60	50,8
	b. Kurang	58	49,2
4.	Kompetensi		
	a. Baik	60	50,8
	b. Kurang	58	49,2

Distribusi kompetensi berdasarkan tabel di atas menunjukkan responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 56,8%, sikap baik 44,9%, keterampilan baik 50,8%, dan kompetensi baik 50,8%.

5.2.3. Gambaran Kegiatan Perkesmas

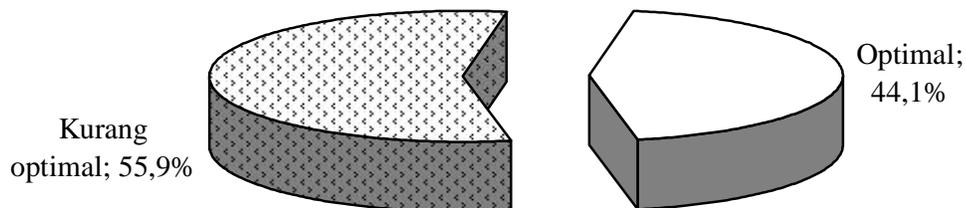
Gambaran kegiatan perkesmas dalam penelitian ini meliputi perencanaan (P1), pergerakan pelaksanaan (P2), dan pengawasan, pengendalian, dan penilaian (P3). Hasil yang diperoleh dari P1, P2, dan P3 digambarkan sebagai berikut:

Diagram 5.1.
Distribusi Perencanaan (P1), Penggerakan Pelaksanaan (P2), dan Pengawasan, Pengendalian, Penilaian (P3) Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)



Berdasarkan diagram di atas tampak bahwa setiap tahapan pelaksanaan perkesmas (P1, P2, dan P3) sebagian besar masih kurang optimal. Selanjutnya ketiga tahapan tersebut disatukan dalam data kegiatan perkesmas. Data awal kegiatan perkesmas berbentuk numerik yang diubah ke kategorik menjadi optimal dan kurang optimal. Sebelumnya akan dilihat kenormalan data dengan membagi nilai *skewness* dan standar errornya, jika menghasilkan angka $-2 < x < 2$ maka distribusinya normal. Diketahui nilai *skewness* untuk tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas adalah 0,150 dan standar errornya 0,223 sehingga perhitungannya $0,150/0,223 = 0,673$. Hasil yang diperoleh masih di bawah 2 sehingga distribusinya normal. Selanjutnya dilakukan pengkategorian menjadi optimal dan kurang optimal menggunakan nilai *mean*. Hasil yang diperoleh digambarkan sebagai berikut:

Diagram 5.2.
Distribusi Kegiatan Perkesmas Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)



Distribusi berdasarkan diagram di atas menunjukkan kegiatan perkesmas optimal sebesar 44,1% dan kurang optimal 55,9%.

5.3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk membuktikan adanya hubungan antara variabel dependen dan independen yang diteliti seperti yang dinyatakan dalam hipotesis penelitian. Penyajian analisis dimulai dari hubungan antara kompetensi dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas dan dilanjutkan dengan karakteristik individu perawat.

5.3.1. Hubungan kompetensi dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas

Hubungan kompetensi dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas dianalisis menggunakan uji *chi-square*. Hasil analisis bivariat ditampilkan dalam tabel 5.5 berikut:

Tabel 5.5
Analisis Hubungan Kompetensi Perawat dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

No	Sub Variabel	Tingkat Keterlaksanaan Perkesmas				Total		OR (95% CI)	<i>p</i> value
		Optimal		Tidak Optimal		N	%		
		n	%	n	%				
1.	Pengetahuan								
	Baik	29	43,3	38	56,7	67	100	0,929	0,992
	Kurang	23	45,1	28	54,9	51	100	(0,45 – 1,93)	
2.	Sikap								
	Baik	35	66	18	34	53	100	5,490	0,000
	Kurang	17	26,2	48	73,8	65	100	(2,48 -12,14)	
3.	Keterampilan								
	Baik	39	65	21	35	60	100	6,429	0,000
	Kurang	13	22,4	45	77,6	58	100	(2,85 -14,51)	
4.	Kompetensi								
	Baik	40	66,7	20	33,3	60	100	6,429	0,000
	Kurang	12	20,7	46	79,3	58	100	(2,85 -14,51)	

Tabel di atas menunjukkan setiap sub variabel mempunyai p value $< 0,05$ kecuali pengetahuan, artinya hipotesis nol pada sikap, keterampilan, dan kompetensi gagal ditolak sedangkan hipotesis nol pada pengetahuan ditolak. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Sebaliknya, ada hubungan antara sikap, keterampilan, dan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Hasil analisis pada kompetensi diperoleh nilai OR sebesar 6,429 artinya perawat puskesmas yang mempunyai kompetensi baik berpeluang 6,429 kali untuk melaksanakan kegiatan perkesmas secara optimal.

5.3.2. Hubungan karakteristik perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas

Karakteristik individu pada penelitian ini terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan perkesmas. Berikut dijabarkan hubungan antara karakteristik perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas.

5.3.2.1. Hubungan umur dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas

Karakteristik umur dianalisis dengan menggunakan uji t independen. Hasil analisis hubungan karakteristik umur dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.6
Analisis Hubungan Karakteristik Umur dengan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

Tingkat Keterlaksanaan Perkesmas	Mean	SD	SE	p value	n
Optimal	37,87	9,754	1,353	0,649	52
Kurang optimal	38,68	9,581	1,179		66

Hasil analisis di atas menunjukkan rata-rata umur perawat yang melaksanakan perkesmas secara optimal adalah 37,87 tahun dengan standar deviasi 9,754 tahun, sedangkan rata-rata umur perawat yang melaksanakan perkesmas kurang optimal

adalah 38,68 tahun dengan standar deviasi 9,581 tahun. Hasil uji statistik didapatkan *p value* sebesar 0,649 yang berarti tidak ada hubungan antara umur perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas.

5.3.2.2. Hubungan jenis kelamin dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas
Karakteristik jenis kelamin dianalisis dengan menggunakan *chi-square*. Hasil analisis hubungan karakteristik jenis kelamin dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.7
Analisis Hubungan Karakteristik Jenis Kelamin dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

Jenis Kelamin	Tingkat Keterlaksanaan Perkesmas				Total		OR (95% CI)	<i>p value</i>
	Optimal		Tidak Optimal					
	n	%	n	%	n	%		
Laki-laki	11	50	11	50	22	100	1,341	0,701 (0,53 – 3,39)
Perempuan	41	42,7	55	57,3	96	100		

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dan tingkat keterlaksanaan perkesmas diperoleh bahwa 50% laki-laki melaksanakan perkesmas dengan optimal dan 50% lainnya tidak. Sedangkan perempuan yang melaksanakan perkesmas dengan optimal sebanyak 42,7%. Perhitungan statistik memperoleh *p value* sebesar 0,701 yang artinya tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Nilai OR yang diperoleh adalah 1,341 yang artinya perawat laki-laki hanya mempunyai peluang 1,341 kali untuk melakukan perkesmas dibanding perawat perempuan.

5.3.2.3. Hubungan pendidikan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas
Karakteristik pendidikan dianalisis dengan menggunakan *chi-square*. Hasil analisis *chi-square* pada hubungan antara pendidikan dan tingkat keterlaksanaan perkesmas diperoleh informasi bahwa 2 sel (33,3%) memiliki nilai harapan/

expected (E) kurang dari 5. Untuk memperbesar nilai harapan maka dilakukan penggabungan sel SPR dan SPK sehingga diperoleh hasil seperti tabel berikut ini:

Tabel 5.8
Analisis Hubungan Karakteristik Pendidikan dengan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

Pendidikan	Tingkat Keterlaksanaan Perkesmas				Total		OR (95% CI)	<i>p</i> <i>value</i>
	Optimal		Tidak Optimal					
	n	%	n	%	n	%		
SPR/SPK	26	40,6	38	59,4	64	100	0,737	0,526
D3 keperawatan	26	48,1	28	51,9	54	100	(0,35 – 1,53)	

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa 59,4% perawat yang berpendidikan SPR/SPK dan 51,9% perawat yang berpendidikan D3 keperawatan tidak optimal dalam melaksanakan perkesmas. Perhitungan statistik menunjukkan *p value* sebesar 0,526 yang artinya tidak ada hubungan antara pendidikan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Nilai OR yang diperoleh adalah 0,737 yang artinya perawat dengan pendidikan D3 keperawatan hanya mempunyai peluang 0,526 kali untuk melakukan perkesmas dibanding perawat dengan pendidikan SPR/SPK.

5.3.2.4. Hubungan masa kerja perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas

Karakteristik masa kerja dianalisis dengan menggunakan uji t independen. Hasil analisis hubungan karakteristik masa kerja dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas dapat dilihat pada tabel 5.9 di bawah ini:

Tabel 5.9
Analisis Hubungan Karakteristik Masa Kerja dengan Tingkat Keterlaksanaan
Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

Tingkat Keterlaksanaan Perkesmas	Mean	SD	SE	<i>p value</i>	n
Optimal	14,17	9,982	1,384	0,498	52
Kurang optimal	15,41	9,654	1,188		66

Hasil analisis di atas menunjukkan rata-rata masa kerja perawat yang melaksanakan perkesmas secara optimal adalah 14,17 tahun dengan standar deviasi 9,982 tahun, sedangkan rata-rata masa kerja perawat yang melaksanakan perkesmas kurang optimal adalah 15,41 tahun dengan standar deviasi 9,654 tahun. Hasil uji statistik didapatkan *p value* sebesar 0,498 yang berarti tidak ada hubungan antara masa kerja perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas.

5.3.2.5. Hubungan pelatihan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas
Karakteristik pelatihan dianalisis dengan menggunakan *chi-square*. Hasil analisis hubungan pelatihan dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.10
Analisis Hubungan Karakteristik Pelatihan dengan Tingkat Keterlaksanaan
Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

Pelatihan Perkesmas	Tingkat Keterlaksanaan Perkesmas				Total		OR (95% CI)	<i>p value</i>
	Optimal		Tidak Optimal					
	n	%	n	%	n	%		
Pernah	30	68,2	14	31,8	44	100	5,065	0,000
Tidak pernah	22	29,7	52	70,3	74	100	(2,26 – 11,35)	

Hasil analisis hubungan antara pelatihan dan tingkat keterlaksanaan perkesmas diperoleh bahwa 68,2% perawat yang pernah mengikuti pelatihan perkesmas

melakukan perkesmas secara optimal. Sedangkan perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan perkesmas namun melaksanakan perkesmas secara optimal sebanyak 29,7%. Perhitungan statistik memperoleh *p value* sebesar 0,000 yang artinya ada hubungan antara pelatihan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Diperoleh pula nilai OR sebesar 5,065 yang artinya perawat yang pernah mengikuti pelatihan perkesmas mempunyai peluang 5,065 kali untuk melakukan perkesmas secara optimal dibanding perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan perkesmas.

5.4. Analisis Multivariat

Tujuan analisis multivariat adalah memperoleh variabel yang paling signifikan dengan tingkat keterlaksanaan perkesmas. Analisis multivariat juga digunakan untuk mengestimasi secara valid hubungan kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas dengan mengontrol beberapa variabel *confounding* (umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan). Tahapan analisis multivariat meliputi seleksi faktor *confounding* yang dapat masuk model, melakukan permodelan lengkap, melakukan uji interaksi, dan melakukan penilaian *confounding*.. Setelah diperoleh model akhir maka dibuatlah persamaan untuk mengetahui peluang perawat melaksanakan perkesmas secara optimal.

5.4.1. Seleksi faktor *confounding* yang dapat masuk model

Penelitian ini mempunyai 5 variabel karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan pelatihan) yang diduga menjadi *confounding* dalam hubungan kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Sebelum membuat model multivariat, terlebih dahulu dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen (tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas). Variabel yang mempunyai nilai *p value* < 0,25 dapat dijadikan kandidat dalam model multivariat. Hasil analisis bivariat dengan uji regresi logistik sederhana disajikan dalam tabel 5.11 berikut:

Tabel 5.11.
Analisis Hubungan Karakteristik Perawat dengan Tingkat Keterlaksanaan
Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

No	Variabel	<i>Log-Likelihood</i>	<i>p value</i>
1.	Umur	161,706	0,646
2.	Jenis kelamin	161,534	0,535
3.	Pendidikan *)	157,725	0,123
4.	Masa kerja	161,448	0,493
5.	Pelatihan *)	145,110	0,000

*) Dapat masuk dalam model

Tabel di atas menunjukkan bahwa variabel yang memiliki *p value* < 0,25 adalah variabel pendidikan (0,123) dan pelatihan (0,000). Variabel lainnya yaitu umur, jenis kelamin, dan masa kerja memiliki *p value* > 0,25. Sehingga permodelan lengkap pada analisis multivariat mengikutkan variabel pendidikan dan pelatihan karena memiliki *p value* < 0,25.

5.4.2. Melakukan permodelan lengkap

Sesuai dengan tahapan sebelumnya bahwa variabel yang memiliki *p value* < 0,25 masuk dalam model multivariat yaitu pendidikan dan pelatihan. Selain itu, model ditambah dengan variabel independen utama yakni kompetensi perawat dan variabel interaksi terhadap pendidikan dan pelatihan. Variabel interaksinya berupa kompetensi_pddk(1), kompetensi_pddk(2), dan kompetensi_pelatihan. Berikut merupakan permodelan lengkap analisis multivariat yang ditampilkan melalui tabel 5.12 di bawah ini:

Tabel 5.12.
Model Awal Analisis Multivariat Kompetensi dan Tingkat Keterlaksanaan
Perkesmas Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

No	Variabel	B	<i>p value</i>	Exp (B)	CI 95%	
					Lower	Upper
1.	Kompetensi	-1,412	0,446	0,244	0,006	9,232
2.	Pendidikan (1)	-21,101	1,000	0,000	0,000	
3.	Pendidikan (2)	0,265	0,755	1,303	0,247	6,870
4.	Pelatihan	-1,638	0,323	0,194	0,008	4,998
5.	Kompetensi_pddk(1)	20,696	1,000	1E+009	0,000	
6.	Kompetensi_pddk(2)	0,157	0,878	1,171	0,156	8,805
7.	Kompetensi_pelatihan	2,681	0,035	14,605	1,207	176,706
8.	Konstanta	-1,160	0,666	0,314		

Setelah memperoleh model lengkap dalam analisis multivariat maka selanjutnya melakukan uji interaksi. Variabel dikatakan berinteraksi bila *p value* < 0,05 (Hastono, 2007).

5.4.3. Melakukan uji interaksi

Tahapan berikutnya dalam analisis multivariat adalah dengan melakukan uji interaksi dengan mengeluarkan variabel interaksi yang memiliki *p value* > 0,05. Berdasarkan tabel 5.12 di atas diketahui bahwa variabel interaksi kompetensi_pddk(1) memiliki *p value* sebesar 1,000 dan kompetensi_pddk(2) memiliki *p value* 0,878 sehingga variabel interaksi antara kompetensi dan pendidikan dikeluarkan dari permodelan. Variabel interaksi kompetensi_pelatihan memiliki *p value* sebesar 0,035 yang berarti kurang dari 0,05 sehingga tetap berada dalam model.

5.4.4. Melakukan uji *confounding*

Syarat agar variabel dapat menjadi *confounding* adalah jika setelah variabel tertentu dikeluarkan terjadi perubahan OR lebih dari 10%. Diketahui nilai OR variabel utama (kompetensi) adalah 0,200 setelah variabel interaksi kompetensi_pddk dikeluarkan. Selanjutnya melakukan uji *confounding* dengan cara melihat perbedaan nilai OR variabel utama dengan dikeluarkannya variabel

kandidat *confounding*. Syarat agar kandidat *confounding* dianggap sebagai variabel *confounding* adalah jika perubahan nilai OR lebih dari 10%.

Diketahui bahwa *p value* pendidikan (1) sebesar 0,498, pendidikan (2) sebesar 0,432, dan pelatihan sebesar 0,313 setelah variabel interaksi antara kompetensi dan pendidikan dikeluarkan. Uji *confounding* dilakukan dengan mengeluarkan variabel pendidikan karena memiliki *p value* terbesar. Perubahan OR setelah pendidikan dikeluarkan adalah $(0,187 - 0,200)/0,200 = 6,5\%$ yang berarti perubahan kurang dari 10%. Hasil ini menunjukkan bahwa pendidikan bukan merupakan *confounding* dalam penelitian ini. Selanjutnya diperoleh model akhir seperti di bawah ini:

Tabel 5.13.
Model Akhir Analisis Multivariat Kompetensi dan Tingkat Keterlaksanaan
Perkesmas Kota Pontianak Tahun 2010 (N = 118)

No	Variabel	B	<i>p value</i>	Exp (B)	CI 95%	
					<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
1.	Kompetensi	-1,679	0,329	0,184	0,006	5,437
2.	Pelatihan	-1,815	0,269	0,163	0,007	4,072
3.	Kompetensi_pelatihan	2,813	0,026	16,661	1,401	198,167
4.	Konstanta	-0,655	0,795	0,520		

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa perawat yang memiliki kompetensi baik dan pernah mengikuti pelatihan akan menjalankan perkesmas 16,661 kali dibanding perawat yang memiliki kompetensi baik dan pernah mengikuti pelatihan. Hasil di atas menunjukkan bahwa terdapat interaksi antara kompetensi dan pelatihan sehingga kedua variabel tersebut saling mempengaruhi.

5.4.5. Persamaan

Persamaan multivariat dibuat berdasarkan tabel 5.13 untuk menentukan peluang terlaksananya kegiatan perkesmas. Diketahui bahwa kompetensi berinteraksi dengan pelatihan yang artinya kedua variabel saling mempengaruhi. Oleh karena itu digunakan nilai beta variabel interaksi kompetensi_pelatihan dalam membuat persamaannya, yaitu:

$$\begin{aligned}
 Z_{\text{kegiatan perkesmas}} &= \alpha + \beta_{\text{kompetensi_pelatihan}} \\
 &= -0,655 + 2,813 (\text{kompetensi_pelatihan})
 \end{aligned}$$

Selanjutnya dituliskan apabila kompetensi perawat baik dan pernah mengikuti pelatihan diberi kode 1, sebaliknya apabila kompetensi perawat kurang dan belum pernah mengikuti pelatihan diberi kode 0, sehingga perhitungannya:

$$\begin{aligned}
 f(Z) &= \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta \times \text{kompetensi_pelatihan})}} \\
 &= \frac{1}{1 + e^{-(-0,655 + (2,813 \times 1))}} = 0,8964
 \end{aligned}$$

Arti dari perhitungan di atas adalah perawat puskesmas yang mempunyai kompetensi baik dan pernah mengikuti pelatihan berpeluang melaksanakan kegiatan perkesmas secara optimal sebesar 89,64%. Persamaan di atas juga dapat menghitung peluang perawat melaksanakan perkesmas bagi yang memiliki kompetensi kurang dan belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu:

$$\begin{aligned}
 f(Z) &= \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta \times \text{kompetensi_pelatihan})}} \\
 &= \frac{1}{1 + e^{-(-0,655 + (2,813 \times 0))}} = 0,3418
 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan di atas, disimpulkan bahwa peluang perawat melaksanakan perkesmas secara optimal bagi yang memiliki kompetensi kurang dan belum pernah mengikuti pelatihan adalah 34,18%.

Perhitungan di atas merupakan peluang keterlaksanaan kegiatan perkesmas bila ada interaksi antara kompetensi dan pelatihan dengan hasil 89,64%. Apabila dihitung keterlaksanaan perkesmas tanpa adanya interaksi antara kompetensi dan pelatihan maka diperoleh hasil yang kecil. Berikut adalah perhitungan peluang keterlaksanaan perkesmas tanpa adanya interaksi kompetensi dan pelatihan:

$$\begin{aligned}
 Z_{\text{kegiatan perkesmas}} &= \alpha + \beta_{\text{kompetensi}} + \beta_{\text{pelatihan}} \\
 &= -0,655 + (-1,679)_{\text{kompetensi}} + (-1,815)_{\text{pelatihan}}
 \end{aligned}$$

Selanjutnya dituliskan apabila kompetensi perawat baik diberi kode 1 dan pernah mengikuti pelatihan diberi kode 1, sebaliknya apabila kompetensi perawat kurang diberi kode 0 dan belum pernah mengikuti pelatihan diberi kode 0, sehingga perhitungannya:

$$\begin{aligned}
 f(Z) &= \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + (\beta \times \text{kompetensi}) + (\beta \times \text{pelatihan}))}} \\
 &= \frac{1}{1 + e^{-(-0,655 + (-1,679 \times 1) + (-1,815 \times 1))}} = 0,0155
 \end{aligned}$$

Hasil perhitungan di atas menunjukkan peluang keterlaksanaan kegiatan perkesmas tanpa adanya interaksi kompetensi dan pelatihan adalah 1,55%. Angka ini menunjukkan bahwa interaksi kompetensi dan pelatihan terbukti dalam penelitian ini dan tidak dapat berdiri sendiri karena terdapat keterkaitan di antara keduanya.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Pembahasan Penelitian

6.1.1. Kompetensi

Kompetensi merupakan karakteristik individu yang terlihat dalam bentuk perilaku dan mampu menampilkan kinerja dalam suatu pekerjaan, peran, atau situasi tertentu (Shermon, 2005). Kompetensi dibutuhkan agar tercipta suatu keadaan yang kohesif antara perkembangan dan hubungan sosial dengan unsur pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), sikap (*attitude*), dan nilai (*value*) (OECD *education minister* dalam Deseco, 2005). Pada penelitian ini akan dibahas mengenai pengetahuan, sikap, keterampilan, dan kompetensi.

6.1.1.1. Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan melalui penelitian yang dilakukan pada perawat puskesmas se-Kota Pontianak menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik sejumlah 56,8%. Analisis bivariat untuk melihat hubungan pengetahuan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas memperoleh *p value* sebesar 0,992. Hasil ini berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Tidak ada hubungan antara pengetahuan dan tingkat keterlaksanaan perkesmas kemungkinan dikarenakan perawat secara umum mengetahui dan memahami bahwa program perkesmas merupakan program puskesmas yang terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Hal ini memperkuat secara statistik bahwa pengetahuan tidak berpengaruh secara bermakna. Meskipun diperoleh pengetahuan responden tentang perkesmas 56,8% dalam kategori baik, namun keadaan ini belum terlalu memuaskan dikarenakan angka ini masih tergolong kecil padahal pengetahuan merupakan salah satu faktor penting dalam perilaku perawat dalam menjalankan perkesmas.

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Ridarson (2004) yang menyebutkan bahwa pengetahuan tidak berhubungan secara bermakna terhadap kegiatan klinik

sanitasi. Hasil berbeda diperoleh melalui penelitian yang dilakukan Nurmali (2007) di Kabupaten Agam yang memberikan hasil bahwa pengetahuan berhubungan dengan kepatuhan asuhan perkesmas namun tidak berhubungan dengan kepatuhan administrasi asuhan perkesmas. Demikian juga dengan penelitian Basyuni (2001, dalam Ridarson, 2004) terhadap pelaksanaan perkesmas di Kabupaten Musi Banyuasin yang dipengaruhi oleh pengetahuan.

Pengetahuan merupakan hasil tahu setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian (Notoatmodjo, 2003a). Ditambahkan Green, et.al (1980) bahwa faktor perilaku (*behavior causes*) ditentukan salah satunya oleh faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, dan sebagainya.

Ilmu pengetahuan akan selalu berkembang, oleh karenanya perlu peningkatan pengetahuan untuk peningkatan kompetensi. Meskipun hasil penelitian ini tidak menunjukkan hubungan terhadap keterlaksanaan perkesmas, namun bukan berarti pengetahuan tidak mempengaruhi dalam terlaksananya perkesmas. Notoatmodjo (2003a) menyatakan bahwa pengetahuan tercakup dalam domain kognitif yang terdiri dari enam tingkatan, yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Tahu dijelaskan sebagai domain kognitif yang terendah karena domain ini mencakup kemampuan untuk menyebutkan, mendefinisikan, dan sebagainya. Semakin tinggi tingkatan domain kognitif seseorang maka semakin baik kemampuannya dalam melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Berdasarkan tingkatan domain tersebut, maka semakin tinggi kemampuan pengetahuan perawat maka diharapkan semakin tinggi pula kemampuannya untuk mengerahkan pengetahuan yang dimilikinya untuk melaksanakan perkesmas. Peningkatan domain kognitif yang dimiliki perawat dapat dilakukan dengan peningkatan pendidikan, pelatihan, seminar, atau

workshop keperawatan. Upaya lainnya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan domain kognitif perawat yaitu dengan menyediakan suatu forum ilmiah yang membahas masalah pasien baik yang dilaksanakan dalam satu puskesmas maupun yang dihadiri oleh beberapa puskesmas.

6.1.1.2. Sikap

Hasil penelitian pada perawat puskesmas se-Kota Pontianak tentang sikap perawat terhadap kegiatan perkesmas menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap baik sejumlah 44,9%. Jika diperhatikan, kurang dari separuh jumlah responden menunjukkan sikap baik mengenai perkesmas. Analisis lebih lanjut menemukan hubungan antara sikap dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas dengan *p value* 0,000. Perolehan nilai OR sebesar 5,490 menunjukkan bahwa perawat yang memiliki sikap baik berpeluang melakukan kegiatan perkesmas secara optimal sebesar 5,490 kali dibanding perawat yang memiliki sikap kurang.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Jones (2010) yang menyebutkan bahwa sikap perawat berhubungan dengan kegiatan penyuluhan kesehatan. Hasil penelitian serupa juga dinyatakan Redman (2004, dalam Jones, 2010) yang menyebutkan bahwa sikap perawat berhubungan dengan frekuensi melakukan penyuluhan kesehatan dan kenyamanan dalam memberikan topik yang menarik karena sikap merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku Green, et.al (1980).

Sikap (*attitude*) adalah pernyataan evaluatif yang mencerminkan bagaimana seseorang merasakan sesuatu baik yang menguntungkan atau tidak menguntungkan mengenai obyek, orang, atau peristiwa. (Robbins, 2001). Kinnaird (1987) dalam Jones 2010 menyebutkan bahwa sikap yang ditunjukkan perawat pada umumnya mengandung unsur orientasi pekerjaan, orientasi peran, dan orientasi pasien. Sikap perawat terhadap pekerjaan biasanya dikaitkan dengan kepuasan proses pelaksanaannya, sikap terhadap peran karena adanya peran ganda atau peran yang tidak jelas, dan sikap terhadap pasien dengan melihat tingkat ketergantungan pasien.

Sikap berkaitan dengan evaluasi positif atau negatif mengenai aspek dari lingkungan kerja. Kebanyakan riset mempedulikan tiga faktor sikap yang berkaitan dengan pekerjaan, yaitu kepuasan kerja, keterlibatan kerja, dan komitmen organisasi (Robbins, 2001). Kepuasan kerja merujuk pada sikap umum seorang individu terhadap pekerjaannya. Tingkat kepuasan kerja yang tinggi menunjukkan sikap yang positif terhadap pekerjaan, begitu pula sebaliknya. Faktor-faktor yang mendorong kepuasan kerja adalah kerja yang secara mental menantang, ganjaran yang pantas, kondisi kerja yang mendukung, dan rekan sekerja yang mendukung.

Penelitian ini menggambarkan sikap baik terhadap kegiatan perkesmas belum dimiliki separuh dari responden. Menumbuhkan sikap baik terhadap kegiatan perkesmas dapat dilakukan dengan adanya dukungan dari teman sejawat dan lingkungan puskesmas. seperti yang dinyatakan Robbins (2001) bahwa sikap berkaitan dengan kepuasan kerja, keterlibatan kerja, dan komitmen organisasi. Oleh karena itu perhatian dari atasan seperti Dinas Kesehatan atau Kepala puskesmas akan memberikan pengaruh terhadap sikap yang ditunjukkan perawat.

Sikap baik yang dimiliki perawat perlu terus dipupuk dengan dorongan kepuasan kerja bagi perawat sehingga perkesmas akan dilaksanakan secara optimal. Dorongan ini dapat dilakukan dengan dukungan kebijakan secara tertulis untuk kegiatan perkesmas. Kebijakan ini perlu disertai dengan kejelasan penghargaan dan sanksi yang jelas bagi perawat yang menjalankan maupun yang tidak menjalankan upaya tersebut. Salah satu upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan menerapkan jenjang karir perawat.

Perhatian Dinas kesehatan atau kepala puskesmas untuk menumbuhkan sikap baik perawat juga dapat dilakukan dengan memberikan kesempatan bagi perawat untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi. Kesempatan yang diberikan ditunjang dengan memberikan bantuan pendanaan sebagai wujud pengembangan sumber daya manusia (SDM) kesehatan. Pengembangan SDM kesehatan merupakan salah satu sub sistem dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang

perlu dilakukan mengingat SDM kesehatan merupakan pelaksana upaya kesehatan yang perlu disesuaikan dengan tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan.

6.1.1.3. Keterampilan

Hasil penelitian ini menunjukkan responden yang memiliki keterampilan dalam kategori baik sebanyak 50,8%. Angka ini belum memuaskan karena keterampilan akan menampilkan hasil dari pekerjaan yang dilakukannya. Lebih lanjut dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara keterampilan pada perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas se-Kota Pontianak dengan hasil 0,000. Hasil ini berarti ada hubungan antara keterampilan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Hubungan statistik yang bermakna ini mengindikasikan bahwa semakin baik keterampilan perawat maka semakin optimal perkesmas dilaksanakan. Hal ini diperkuat dengan perolehan nilai OR sebesar 6,429 yang berarti perawat puskesmas yang mempunyai keterampilan baik berpeluang 6,429 kali untuk melaksanakan kegiatan perkesmas secara optimal dibanding perawat puskesmas yang mempunyai keterampilan kurang.

Hasil ini sejalan dengan Conley (2004) yang menjelaskan bahwa keterampilan sebagai kemampuan individu dalam bekerja. Lebih lanjut Conley menjelaskan keterampilan yang harus dimiliki individu adalah kemampuan memahami masalah, kemampuan bekerja pada berbagai situasi, kemampuan mencari jalan keluar dari masalah yang dihadapi, kemampuan menyelesaikan masalah berdasarkan informasi yang ada, kemampuan memberi nilai lebih pada hasil pekerjaan, kemampuan membangun hubungan kerjasama, dan kemampuan berkomunikasi untuk mengembangkan ide-ide yang dimiliki. Keterampilan perawat dalam menjalankan perkesmas merupakan kemampuan perawat untuk mengatasi masalah kesehatan yang dijumpainya.

Savage & Kub (2009) menyebutkan bahwa perawat merupakan garda terdepan dalam kesehatan masyarakat karena keterampilan keperawatan yang dimiliki akan memperkaya tim kesehatan masyarakat. Perawat kesehatan masyarakat adalah anggota kunci dari tim interdisipliner yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan

kesehatan masyarakat saat ini dengan kegiatan kunci berupa promosi kesehatan. Peningkatan keterampilan diperlukan dalam memahami perannya sebagai perawat kesehatan masyarakat sehingga mampu untuk memberikan kinerja terbaiknya untuk melaksanakan perkesmas.

Gibson (1997) menjelaskan bahwa untuk melihat kinerja seseorang dapat dilihat dari perilaku yang salah satunya dipengaruhi keterampilan (*skill*). Keterampilan didefinisikan sebagai hasil kombinasi faktor-faktor yaitu kompeten, keahlian, dan kinerja prima yang terlihat dari aktivitas fisik dan mental (Fits, et al, 1961; Weldford, 1968 dalam Winterton & Stringfellow, 2005). Menurut peneliti, agar perawat mampu menunjukkan profesionalisme dalam bekerja perlu didukung dengan keterampilan yang perlu terus dikembangkan meskipun lebih dari separuh responden menunjukkan keterampilan dalam kategori baik. Peningkatan keterampilan yang dimaksud tidak saja keterampilan klinik namun dapat juga berupa penguasaan pelaksanaan asuhan keperawatan sehingga mampu menyusun rencana keperawatan dan melaksanakan tindakan keperawatan secara otonom sesuai dengan kewenangan dan kompetensinya.

6.1.1.4. Kompetensi

Penelitian pada perawat puskesmas se-Kota Pontianak tentang kompetensi mengandung unsur pengetahuan, sikap, dan keterampilan memberikan hasil bahwa responden yang dikategorikan memiliki kompetensi baik sebanyak 50,8%. Hasil ini belum memuaskan karena kompetensi merupakan faktor individu yang menunjukkan kinerja khususnya dalam melaksanakan perkesmas. Analisis yang menilai hubungan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas diperoleh *p-value* sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan antara kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Hubungan ini menunjukkan bila kompetensi perawat baik maka akan diikuti dengan pelaksanaan perkesmas secara optimal. Hal ini diperkuat dengan perhitungan nilai OR yang diperoleh yaitu 6,429 yang artinya perawat puskesmas yang mempunyai kompetensi baik berpeluang 6,429 kali untuk melaksanakan kegiatan perkesmas secara optimal dibanding perawat puskesmas yang mempunyai kompetensi kurang.

Rass (2008) menyebutkan bahwa kompetensi berhubungan dalam melakukan tindakan keperawatan. Hasil penelitian Rass menunjukkan bahwa terdapat empat kategori yang sangat diperlukan yaitu kemampuan klinik, berfikir kritis, komunikasi/interpersonal, dan manajemen keperawatan. Murrels, et. Al (2009) menyebutkan ada dua pendekatan dalam konsep kompetensi. Pertama adalah perilaku yang difokuskan pada tugas dan keterampilan, dan kedua adalah holistik sebagai atribut penting dalam kinerja perawat seperti mampu berpikir kritis. Hal ini juga dijelaskan Whelan (2006) yang menjelaskan kompetensi sebagai kemampuan perawat berorientasi terhadap pelayanan yang diberikan, berorientasi terhadap proses keperawatan, dan mampu berorientasi terhadap unit spesifik seperti kegiatan perkesmas.

Verma, et.al (2009) mengartikan kompetensi sebagai suatu konsep yang di dalamnya terdapat pengetahuan, keterampilan klinik, kemampuan melakukan hubungan interpersonal, penyelesaian masalah, pertimbangan klinikal, dan keterampilan teknis. Kompetensi dalam pelayanan kesehatan digunakan untuk mendefinisikan profesionalitas tenaga kesehatan dengan merujuk pada standar tertentu sebagai pengharapan kinerja dari petugas tersebut dengan menggunakan *evidence based* ilmu kesehatan. Kompetensi untuk perawat puskesmas yaitu mampu memberikan pelayanan/asuhan keperawatan terhadap individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, pendidikan/penyuluhan kesehatan, melakukan *surveillance*, membina pelayanan kesehatan yang bersumberdaya masyarakat, konseling keperawatan/kesehatan, pelatihan kader/masyarakat dalam upaya promosi kesehatan, kerjasama tim dengan tenaga kesehatan lain, monitoring dan evaluasi, serta melakukan pendokumentasian kegiatan termasuk pencatatan dan pelaporan sesuai ketentuan (Depkes, 2006).

Kompetensi yang diharapkan dari perawat puskesmas sangat kompleks dan harus selalu ditingkatkan sebagai suatu proses perubahan sistemik. Perubahan tersebut dapat melalui pendidikan keperawatan, pertukaran pengetahuan, dan proses pengembangan pengetahuan. Waite & Calamaro (2010) menyebutkan bahwa proses tersebut disebut sebagai kompetensi budaya. Budaya yang berbeda antara perawat dan pasien menuntut perawat untuk terus meningkatkan kompetensinya

mengenai budaya pasien tersebut sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dengan baik, begitu pula dengan kompetensi dalam melaksanakan perkesmas.

Kompetensi perawat untuk melakukan perkesmas perlu terus ditingkatkan baik secara formal, informal, maupun nonformal. Kompetensi yang diperoleh secara formal dapat berupa peningkatan pendidikan perawat ke jenjang yang lebih tinggi seperti diploma atau sarjana, hal ini dikarenakan semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula tingkat kognitifnya (Siagiaan, 1999). Peningkatan kompetensi secara informal dapat berupa mengikuti kegiatan ilmiah keperawatan khususnya tentang perkesmas seperti pelatihan, seminar, atau *workshop*. Sopiah (2008) menyebutkan bahwa pelatihan diperlukan agar karyawan mampu menyesuaikan perilaku dengan menyadari perannya untuk mencapai tujuan organisasi. Peningkatan kompetensi secara nonformal dapat dilakukan dengan berperan aktif menciptakan hubungan interdisiplin seperti dokter, bidan, ahli gizi, petugas sanitasi, asisten apoteker, petugas laboratorium, dan staf administrasi sehingga tercipta kerja sama tim yang solid.

Quad Council PHN Competencies (2003) membagi tingkatan kompetensi menjadi tiga tingkatan yaitu *awareness*, *knowledge*, dan *proficiency*. Tingkatan *awareness* adalah kompetensi dasar, diharapkan individu memiliki kemampuan mengidentifikasi suatu konsep atau ketrampilan tertentu namun memiliki keterbatasan dalam melaksanakannya. *Knowledge* merupakan tingkatan menengah dari kompetensi, dilihat dari kemampuan individu untuk melaksanakan dan menggambarkan keterampilannya. *Proficiency* adalah tingkat mahir dengan kemampuan individu untuk melakukan sintesis, kritik, atau mengajarkan keterampilannya kepada orang lain.

Penelitian ini memberikan hasil bahwa kompetensi memiliki hubungan bermakna terhadap tingkat keterlaksanaan perkesmas. Hal ini juga diperkuat dengan adanya nilai OR seperti yang telah dijelaskan di atas. Kompetensi yang dimiliki perawat perlu diberikan kejelasan tingkatan kompetensinya. Beberapa alasan yang dapat dijadikan pertimbangan adalah akan terlihat bedanya antara perawat yang

memiliki kompetensi baik dan kurang sehingga diperoleh kejelasan tempat berdiskusi antar perawat. Tingkatan kompetensi perawat ini dapat dilakukan dengan menerapkan sistem jenjang karir perawat khususnya diterapkan di puskesmas. Menurut peneliti jenjang karir diperlukan di puskesmas dengan tujuan untuk dapat menjadi motivasi bagi perawat, selain itu juga untuk memberikan kejelasan peran bagi perawat dalam memberikan arahan, bimbingan, dan *role model* bagi perawat lainnya.

6.1.2. Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas

Penelitian ini mengkategorikan pelaksanaan kegiatan perkesmas menjadi optimal dan kurang optimal. Kegiatan perkesmas yang dilaksanakan secara optimal diketahui sebesar 44,1%. Jika dilihat, maka kegiatan perkesmas belum dilaksanakan secara optimal dengan hasil belum mencapai separuhnya. Jika dilihat dari masing-masing tahapan mulai dari perencanaan (P1), penggerakan pelaksanaan (P2), dan pengawasan, pengendalian, dan penilaian (P3) menunjukkan sebagian besar dalam kategori kurang dengan proporsi di bawah 50%. Ada beberapa hal yang menjadi kemungkinan belum optimalnya perkesmas dilakukan. Pertama, kegiatan perkesmas baru digalakkan sejak 2008 sehingga masih dirasakan sebagai penyesuaian dalam menjalankannya. Kemungkinan lain adalah faktor perawat yang belum menyadari dampak positif perkesmas yang akhirnya baik dari proses manajemen hingga pelaksanaannya belum optimal.

Penelitian Daruji (2001) tentang pelaksanaan program perkesmas di Kabupaten Sleman menggambarkan bahwa perawat puskesmas di Kabupaten Sleman baru 33,01% melaksanakan program perkesmas sesuai uraian tugas yang ada. Septino & Hasanbasri (2007) menyebutkan rata-rata cakupan program perkesmas di Kabupaten Lima Puluh Kota baru mencapai 54,7%. Hasil penelitian ini tidak berbeda jauh dengan penelitian yang dilakukan peneliti di Kota Pontianak dengan hasil 44,1%.

Farida (2009) menyebutkan beberapa hambatan dan permasalahan yang dialami perawat dalam melakukan perkesmas khususnya dalam pemberian asuhan

keperawatan keluarga dapat berasal dari keluarga, perawat, letak geografis, dan kebijakan yang ada di Puskesmas. Hambatan yang dirasakan ini mungkin saja dapat terjadi terhadap pelaksanaan perkesmas di Kota Pontianak. Oleh karenanya perlu dilakukan suatu manajemen yang baik untuk mengoptimalkan upaya perkesmas.

Peran manajemen yang dilaksanakan untuk kegiatan perkesmas dapat dilakukan dengan dengan mengacu pada petunjuk Depkes tentang tahapan pelaksanaan perkesmas yang terdiri dari perencanaan (P1), penggerakkan pelaksanaan (P2), serta pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3). Hasil analisis menunjukkan bahwa pelaksanaan perkesmas sesuai tahapan P1, P2, dan P3 masih belum optimal. Menurut peneliti dalam melaksanakan tahapan perkesmas ini perlu diberikan sebuah alur sederhana yang dapat dilakukan oleh perawat di puskesmas. Koordinator perkesmas di puskesmas dapat berperan aktif untuk memahami setiap tahapan melalui koordinator perkesmas Dinas Kesehatan Kota.

Hasil analisis multivariat memberikan kesimpulan bahwa terdapat interaksi antara kompetensi dan pelatihan dalam mempengaruhi pelaksanaan perkesmas. Apabila perawat memiliki kompetensi baik dan pernah mengikuti pelatihan perkesmas maka berpeluang melaksanakan kegiatan perkesmas secara optimal sebesar 89,64%. Pelatihan perkesmas bagi perawat di puskesmas bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dalam pengelolaan program sehingga tujuan program perkesmas dapat dicapai. Kemampuan petugas pengelola perkesmas di puskesmas dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain perencanaan sumber daya manusia, analisa pekerjaan, pendidikan dan pelatihan serta sarana prasarana yang dapat mendukung peningkatan kemampuan dalam bidang tugasnya. Semua ini ditujukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan tidak terlepas dari pelayanan perkesmas.

Perkesmas merupakan salah satu upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas dan merupakan bagian integral dari upaya kesehatan wajib maupun pengembangan. Perkesmas dikelola dan dilaksanakan oleh puskesmas secara menyeluruh, terpadu dengan pelayanan kesehatan lainnya serta sektor lain dengan

menggunakan proses keperawatan. Pengelolaan pelayanan perkesmas di puskesmas diselenggarakan sesuai dengan perangkat manajemen puskesmas yang sudah ada dengan penekanan pada pelayanan yang bersifat promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif, rehabilitatif, dan resosialitatif. Perkesmas dilaksanakan dengan peran serta aktif masyarakat baik sebagai subyek maupun obyek pelayanan (Depkes, 2006b).

Perkesmas akan semakin baik pelaksanaannya melalui revitalisasi upaya perkesmas yang dimulai dari beberapa puskesmas, atau seluruh puskesmas sesuai kondisi wilayah. Revitalisasi upaya perkesmas dapat dilakukan dengan penerapan peningkatan manajemen kinerja (PMK) sesuai dengan peran, fungsi dan tanggung jawab serta kewenangannya. Revitalisasi upaya perkesmas, meliputi empat tahap, yaitu persiapan lapangan, implementasi di puskesmas, evaluasi hasil revitalisasi upaya perkesmas, dan tahap tindak lanjut (Depkes, 2006a).

Revitalisasi perkesmas amat baik dilakukan karena didukung semua unsur yang terlibat di dalamnya. Tahap awal berupa persiapan lapangan dengan melakukan pertemuan sehingga diperoleh kesepakatan tentang peningkatan/pemantapan kinerja perawatan puskesmas melalui revitalisasi upaya perkesmas. Selanjutnya dibentuk tim pelaksana kabupaten/kota, yang terdiri dari unsur Sub dinas di lingkungan Dinas Kesehatan kabupaten/kota, organisasi profesi keperawatan, instansi pendidikan keperawatan, dan pemerintah daerah.

Tahap selanjutnya berupa kegiatan implementasi yang dilakukan antara lain melalui pelatihan teknis perawat puskesmas sesuai kebutuhan, pelaksanaan pelayanan kesehatan yang holistik, terpadu dan berkesinambungan yang dilaksanakan oleh perawat puskesmas. Pelaksanaan ini tidak terlepas dari bimbingan dan supervisi pelayanan kesehatan oleh perawat puskesmas, bimbingan dan supervisi pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat penyelia kabupaten/kota, pemantauan dan penilaian penerapan pelayanan perkesmas oleh Kepala Puskesmas. Perlu pula dilakukan pertemuan *review* pelaksanaan pelayanan berdasarkan hasil pemantauan dan penilaian, dan pembahasan hasil yang dicapai

dibandingkan data dasar, serta penyajian hasil evaluasi pelaksanaan pelayanan dari puskesmas disajikan dalam pertemuan tingkat kabupaten/kota.

Pelaksanaan revitalisasi ini perlu dilakukan evaluasi kegiatan. Evaluasi dapat dilakukan melalui Diskusi Kelompok Terarah (DKT) yang difasilitasi oleh tim pelaksana kabupaten/kota. Tujuan dilakukan DKT adalah untuk menggali lebih dalam informasi tambahan tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan oleh perawat puskesmas. Diskusi ini dilakukan terhadap 3 kelompok, yaitu kelompok perawat puskesmas, kelompok klien (individu, keluarga) dan anggota keluarga termasuk pemberi pelayanan kesehatan di keluarga, serta kelompok anggota masyarakat termasuk tokoh masyarakat dan kader kesehatan. Pelaksanaan revitalisasi ini perlu melibatkan semua bidang yang terlibat terhadap kegiatan perkesmas. Bagian yang dapat terlibat adalah sub dinas di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, organisasi profesi keperawatan, instansi pendidikan keperawatan, dan pemerintah daerah. Hasil yang diperoleh dapat dilakukan tindak lanjut berupa evaluasi program, penyebaran informasi, inovasi kegiatan, ataupun penelitian lanjutan (Depkes, 2006b).

Revitalisasi perkesmas dilakukan dengan penerapan Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) melalui alur pendekatan PMK. Alur pendekatan PMK dimulai dari *input*, proses, dan *output*. Pada tahap *input* diketahui kejelasan uraian tugas, tanggung jawab, akuntabilitas, *standard operating procedure* (SOP), melakukan pelatihan, dan menentukan sistem penghargaan. Tahap proses terdiri dari monitoring kinerja, pengelolaan penyimpangan, peningkatan keterampilan, pertemuan strategic, diskusi refleksi kasus (DRK), dan pendokumentasian. Tahap selanjutnya output yang diharapkan akan memperoleh kinerja meningkat, motivasi meningkat, akuntabilitas meningkat, kepuasan kerja meningkat, dan mendorong sistem penghargaan (Depkes, 2004a).

Menurut peneliti, perkesmas akan berjalan optimal apabila didukung dari semua pihak karena perkesmas bukan merupakan kegiatan mandiri perawat di puskesmas namun merupakan upaya kesehatan pengembangan yang dilaksanakan oleh puskesmas. Agar pelaksanaan perkesmas dapat dilakukan secara optimal perlu

dilakukan manajemen internal perawat di tiap puskesmas yang didukung dengan manajemen di Dinas Kesehatan Kota. Manajemen dapat dilakukan koordinator perkesmas di puskesmas sesuai dengan tren masalah kesehatan pada saat itu. Fungsi-fungsi manajemen dapat dilakukan dalam menyusun suatu kegiatan dalam perkesmas sesuai langkah P1, P2, dan P3.

Adams (2010) menuliskan dalam melakukan praktik keperawatan, perawat perlu memiliki kompetensi budaya yang bermaksud agar perawat memahami budaya masyarakat setempat. Pemahaman dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan bagi masyarakat perlu ditingkatkan sebagai dasar dalam melakukan pelayanan. Perkesmas akan lebih sederhana dilakukan apabila ada suatu alur yang jelas mengingat kompetensi perawat masih belum terlalu baik. Hal lain yang juga perlu dilakukan adalah membuat *form* sederhana untuk dokumentasi asuhan keperawatan yang dapat digunakan untuk mempermudah perawat dalam kegiatan perkesmas.

6.1.3. Karakteristik Biografi Responden

Karakteristik biografi responden merupakan faktor *confounding* pada penelitian ini. Karakteristik biografi terdiri dari umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, dan pelatihan. Analisis karakteristik biografi menggunakan uji regresi logistik ganda metode enter. Analisis ini digunakan pada saat analisis multivariat untuk mengetahui variabel *confounding* mana yang paling berkontribusi terhadap hubungan kompetensi dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Berikut ini merupakan pembahasan dari masing-masing karakteristik.

6.1.3.1. Umur

Hasil penelitian memperoleh rata-rata umur responden adalah 38,32 tahun dengan umur termuda 23 tahun dan umur tertua 56 tahun. Hasil estimasi interval menyimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat puskesmas berada di antara 36,57 sampai 40,08 tahun. Kontribusi umur dalam hubungan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas diperoleh *p value*

0,649 yang berarti umur bukan merupakan variabel yang berhubungan dengan kegiatan perkesmas. Pada saat dilakukan seleksi kandidat yang akan masuk model multivariat, variabel umur menunjukkan $p\ value > 0,25$ sehingga umur tidak diikutkan dalam permodelan multivariat dan berarti umur bukan merupakan *confounding*.

Penelitian ini didukung dengan Ridarson (2004) yang menunjukkan hubungan yang tidak bermakna antara umur dan kinerja petugas sanitasi di puskesmas. Rusmiati (2006) juga menunjukkan umur tidak memiliki hubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Agustijani (2002) menunjukkan hasil berbeda dengan hasil penelitian ini yakni petugas gizi dalam kelompok muda lebih besar kemungkinannya melakukan kegiatan gizi posyandu dibanding dengan petugas gizi tua. Penelitian Safrudin (2003) menunjukkan hasil sebaliknya yaitu terdapat hubungan antara umur dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan dengan menyebutkan perawat yang berusia lebih dari 30 tahun berkontribusi untuk melakukan dokumentasi keperawatan dengan baik dibanding perawat dengan usia kurang dari 30 tahun.

Gibson (1987) menyatakan bahwa umur merupakan variabel individu yang mempengaruhi apa yang dikerjakan seseorang. Sedangkan Robbins (2001) menyebutkan bahwa kinerja dapat merosot seiring dengan bertambahnya usia namun usia yang lebih tua diimbangi dengan adanya pengalaman. Sopiah (2008) menambahkan bahwa umur secara empiris terbukti dapat menentukan kemampuan seseorang dalam bekerja termasuk untuk merespon stimulus yang dilancarkan oleh individu atau pihak lain baik dari dalam maupun dari luar organisasi.

Variabel umur bukan merupakan *confounding* dalam hubungan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas, sehingga teori yang dikemukakan sebelumnya tidak terbukti pada penelitian ini. Meskipun umur bukan merupakan *confounding* dalam penelitian ini, namun perawat yang berusia senior kemungkinan memiliki pengalaman lebih dibanding dengan perawat junior. Adanya perbedaan umur di antara perawat memberikan warna untuk saling

melengkapi dalam melaksanakan perkesmas. Perawat senior mau membagikan pengalamannya kepada perawat junior khususnya dalam melakukan perkesmas. Keadaan ini diimbangi dengan perawat junior yang tidak segan berkolaborasi dengan perawat tua dalam melaksanakan perkesmas.

6.1.3.2. Jenis kelamin

Distribusi jenis kelamin responden pada penelitian ini didominasi oleh perempuan yakni sebanyak 81,4%. Analisis bivariat menunjukkan *p value* sebesar 0,701 yang berarti hubungan antara jenis kelamin dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas tidak terbukti. Pada saat melakukan seleksi bivariat untuk menentukan kandidat yang dapat masuk dalam permodelan multivariat, diketahui jenis kelamin bukan merupakan kandidat *confounding* dalam penelitian ini dengan memberikan *p value* 0,535 (*p value* > 0,25). Kesimpulannya bahwa jenis kelamin bukan merupakan *confounding* dalam hubungan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas.

Hasil penelitian ini sama dengan Rusmiati (2006) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja perawat pelaksana. Muzaputri (2008) menyatakan hal yang serupa bahwa rata-rata kinerja perawat pria dan wanita tidak memiliki perbedaan.

Robbins (2001) yang menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan yang konsisten dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas, atau pun kemampuan belajar antara pria dan wanita. Namun ada kecenderungan bagi wanita yang memiliki anak prasekolah untuk melakukan pekerjaan secara fleksibel, paruh waktu, sampai mengerjakan pekerjaan kantor di rumah. Meski demikian, Sopiah (2008) menyatakan bahwa karyawan wanita cenderung lebih rajin, disiplin, teliti, dan sabar.

Analisis menunjukkan bahwa jenis kelamin bukan merupakan *confounding* dalam hubungan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Hal ini bisa saja dimungkinkan karena pelaksanaan perkesmas di Kota Pontianak tidak memerlukan keahlian khusus yang berhubungan dengan jenis kelamin. Selain itu

dimungkinkan juga karena distribusi perawat berjenis kelamin laki-laki dan perempuan yang tidak merata bahkan terdapat beberapa puskesmas yang semua perawatnya berjenis kelamin perempuan.

6.1.3.3. Pendidikan

Penelitian ini menunjukkan distribusi frekuensi pendidikan keperawatan responden pada jenjang SPR, SPK, dan D3 keperawatan berturut-turut adalah 4,2%, 50%, dan 45,8%. Analisis bivariat menunjukkan *p value* sebesar 0,526 yang berarti hubungan antara pendidikan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas tidak terbukti. Pada saat melakukan seleksi bivariat untuk menentukan kandidat yang dapat masuk dalam permodelan multivariat, diketahui pendidikan masuk sebagai kandidat *confounding* dalam penelitian ini dengan memberikan *p value* 0,123 (*p value* < 0,25). Meskipun pendidikan merupakan kandidat dalam analisis multivariat, namun analisis lebih lanjut menunjukkan perubahan OR setelah pendidikan dikeluarkan tidak lebih dari 10%. Kesimpulannya bahwa pendidikan bukan merupakan *confounding* dalam hubungan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Jones (2010) yang menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara tingkat pendidikan terhadap pelaksanaan kegiatan penyuluhan kesehatan. Agustijani (2002) juga menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja petugas gizi puskesmas kelurahan. Demikian juga dengan hasil penelitian Ridarson (2004) yang menyatakan hubungan antara pendidikan dan kinerja petugas klinik sanitasi puskesmas tidak terbukti. Penelitian Safrudin (2003) menunjukkan hasil sebaliknya yaitu terdapat hubungan antara pendidikan dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

Pendidikan (formal) di dalam suatu organisasi adalah suatu proses pengembangan kemampuan ke arah yang diinginkan oleh organisasi yang bersangkutan. Tingkat pendidikan seseorang menunjukkan sejauh mana kemampuan kognitif yang dimiliki karyawan untuk menyelesaikan pekerjaannya. Semakin tinggi pendidikan

seseorang maka cara berfikirnya akan semakin kritis, logis, dan sistematis (Notoatmodjo, 2003b). Likert dalam Gibson (1997) berpendapat bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan membuat seseorang lebih mampu dan berusaha menerima posisi secara tanggung jawab. Pendapat serupa juga dikemukakan Siagian (1999) dengan menyebutkan semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya.

Tingkat pendidikan SPK dimiliki oleh separuh dari responden, bahkan masih ada responden yang berpendidikan SPR. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa pendidikan bukan merupakan *confounding*, meskipun demikian peningkatan pendidikan perlu terus dilakukan. Hal ini karena pendidikan sebagai salah satu indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan pekerjaannya (Hasibuan, 2005). Ditambahkan oleh Siagian (1999) bahwa semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka semakin rendah pula tingkat kognitifnya. Apabila seseorang memiliki pendidikan yang tinggi maka akan mampu berfikir secara kritis, logis, dan sistematis.

6.1.3.4. Masa kerja

Rata-rata masa kerja perawat puskesmas adalah 14,86 tahun. Hasil analisis menunjukkan *p value* sebesar 0,498 yang berarti hubungan antara masa kerja dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas tidak terbukti. Pada saat melakukan seleksi bivariat untuk menentukan kandidat yang dapat masuk dalam permodelan multivariat, diketahui masa kerja tidak masuk sebagai kandidat *confounding* dalam penelitian ini dengan *p value* 0,493 (*p value* > 0,25). Kesimpulannya bahwa masa kerja bukan merupakan *confounding* dalam hubungan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas.

Beberapa penelitian juga selaras dengan hasil penelitian ini. Jones (2010) menyebutkan tidak ada perbedaan antara lama kerja dengan sikap perawat terhadap pekerjaan, peran, dan orientasinya terhadap pasien. Demikian pula dengan penelitian Ridarson (2004) yang tidak dapat membuktikan adanya hubungan antara masa kerja dan kegiatan klinik sanitasi di puskesmas. Penelitian

Safrudin (2003) memberikan hasil berbeda dengan penelitian ini dengan menunjukkan adanya hubungan antara lama kerja dan dokumentasi asuhan keperawatan perawat.

Masa kerja pada penelitian ini menunjukkan lamanya kerja perawat di puskesmas. Robbins (2001) menyebutkan bahwa terdapat hubungan positif antara senioritas dan produktifitas pekerjaan. Masa kerja yang lebih lama akan menunjukkan pengalaman yang lebih sehingga akan membantu dalam menyelesaikan pekerjaan (Rivai, 2003). Namun Sopiah (2008) menyebutkan bahwa belum ada bukti yang mengarah pada lamanya kerja seseorang dapat meningkatkan produktifitas kerja meskipun banyak penelitian menyimpulkan bahwa semakin lama karyawan bekerja maka semakin rendah keinginan untuk meninggalkan pekerjaan tersebut.

Meskipun hasil analisis membuktikan bahwa masa kerja bukan merupakan *confounding* dalam hubungan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas, namun rata-rata masa kerja perawat adalah 14,86 tahun yang berarti masa kerja yang tinggi akan diikuti dengan pengalaman yang tinggi. Rata-rata Masa kerja yang lama ini dapat dijadikan sebagai modal awal dalam memahami masyarakat di sekitarnya sehingga diperoleh informasi untuk melaksanakan perkesmas. Menurut peneliti, masa kerja turut menentukan bagaimana perawat menjalankan tugas asuhan keperawatan sehari-hari. Hal ini dimungkinkan karena semakin lama perawat bekerja maka semakin banyak pengalaman dan tentunya akan semakin terampil dalam menghadapi masalah yang terkait dengan pekerjaannya.

6.1.3.5. Pelatihan

Hasil penelitian ini menunjukkan responden yang pernah mengikuti pelatihan perkesmas sejumlah 37,3% dan selebihnya belum mengikuti pelatihan perkesmas. Analisis pada kontribusi pelatihan dalam hubungan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas diperoleh *p value* 0,000 (*p value* < 0,05). Artinya variabel pelatihan merupakan *confounding* dalam hubungan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Analisis lebih lanjut

memperoleh informasi bahwa pelatihan dan kompetensi saling berinteraksi dalam penelitian ini. Interaksi yang dimaksud menampilkan adanya saling keterkaitan antara pelatihan dan kompetensi. Hasil penelitian ini menunjukkan pelatihan sebagai proses mengajarkan keterampilan yang dibutuhkan perawat untuk menjalankan pekerjaannya, dalam hal ini menjalankan perkesmas. Selain itu juga ternyata pelatihan juga diperlukan untuk mampu menyesuaikan perilaku dengan menyadari perannya sebagai perawat yang perlu melaksanakan perkesmas.

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Ridarson (2004) yang menyatakan bahwa pelatihan tidak terbukti memberikan hubungan dengan kinerja petugas klinik sanitasi di puskesmas. Penelitian lainnya yang dilakukan Helni (2002) menyimpulkan bahwa pelatihan terbukti berhubungan dengan kinerja petugas laboratorium. Demikian juga penelitian yang dilakukan Saefulloh (2009) memberikan hasil sama dengan yang dilakukan peneliti. Kesimpulannya yaitu adanya peningkatan pada motivasi dan kinerja perawat setelah mendapat pelatihan asuhan keperawatan.

Pelatihan didefinisikan sebagai proses mengajarkan karyawan mengenai keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk menjalankan pekerjaannya (Dessler, 1997). Ditambahkan Notoatmodjo (2003b) bahwa pelatihan (*training*) sebagai proses pendidikan yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan atau keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Pelatihan diperlukan agar karyawan mampu menyesuaikan perilaku dengan menyadari perannya untuk mencapai tujuan organisasi (Sopiah, 2008).

Strader & Geffers (2010) menyebutkan bahwa ketika suatu organisasi menyediakan pelatihan bagi stafnya berarti organisasi tersebut telah merencanakan anggaran dan waktu khusus untuk pelatihan tersebut. Pelatihan yang dilakukan diharapkan dapat membuat suatu perubahan kinerja ke arah yang lebih baik. Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa pelatihan berhubungan secara bermakna terhadap keterlaksanaan kegiatan perkesmas sehingga program pelatihan perlu dilakukan untuk peningkatan kompetensi perawat khususnya bagi perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan perkesmas. Selain itu dapat pula

dilakukan pembinaan melalui tim yang ditugasi atau kerja sama dengan teman sejawat (*peer review*).

Penelitian Helni (2002) menyimpulkan ada kecenderungan terjadi penurunan kinerja kepada petugas laboratorium yang mendapat pelatihan lebih dari 2 tahun yang lalu. Hal serupa mungkin saja dapat terjadi pada perawat di Kota Pontianak. Antisipasi agar penurunan kinerja dapat ditanggulangi yaitu dengan sosialisasi kompetensi perawat dalam menjalankan perkesmas secara berkala melalui pertemuan rutin maupun supervisi yang dilaksanakan oleh koordinator perkesmas dan tim yang ditugasi Dinas Kesehatan Kota Pontianak.

6.2. Keterbatasan Penelitian

6.2.1. Instrumen Penelitian

Peneliti tidak menemukan instrumen penelitian yang baku untuk penelitian ini sehingga instrumen penelitian disusun sendiri oleh peneliti berdasarkan teori dan sumber lain dengan menggunakan bahasa yang dimengerti oleh responden. Instrumen penelitian sebelumnya telah dilakukan uji coba pada populasi uji coba dan penelitian dengan hasil baik, namun untuk responden lainnya perlu diuji kembali validitas dan reliabilitasnya.

6.2.2. Kualitas Data Penelitian

Data penelitian ini diperoleh dari pengisian kuesioner yang sangat tergantung dari kejujuran, keterbukaan, dan persepsi responden. Pengumpulan data melalui kuesioner cenderung memberikan informasi yang terbatas dan belum tentu menggambarkan situasi yang dialami responden. Peneliti mencoba membangun instrumen penelitian yang diharapkan sesuai dengan data yang diperlukan. Pada saat pengumpulan data, peneliti telah berupaya menjelaskan tujuan penelitian dan mengarahkan responden untuk mengisi kuesioner sesuai dengan apa yang dirasakannya.

6.2.3. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 23 Puskesmas se-Kota Pontianak sehingga hasil penelitian tidak dapat digeneralisasi untuk populasi lain. Penelitian ini sangat terbatas dalam memberikan solusi bagi Puskesmas lain dikarenakan karakteristik perawat Puskesmas dan situasi yang berbeda.

6.3. Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan

Hasil analisis multivariat memberikan kesimpulan bahwa perawat Puskesmas yang memiliki kompetensi baik dan pernah pelatihan mempunyai peluang 89,64% untuk melakukan kegiatan perkesmas secara optimal dibandingkan perawat Puskesmas yang memiliki kompetensi kurang. Kesimpulan ini memberikan harapan untuk terlaksananya kegiatan perkesmas secara optimal jika kompetensi perawat ditingkatkan khususnya melalui pelatihan.

Perkembangan ilmu pengetahuan menuntut peningkatan kompetensi perawat guna meningkatkan terlaksananya kegiatan perkesmas. Upaya ini dapat terus dilakukan melalui pelatihan, teman sejawat (*peer review*) atau tim yang ditugasi. Pemahaman perkesmas sebagai upaya kesehatan yang terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan perlu ditingkatkan. Selain itu, kompetensi perawat yang baik akan mempermudah dalam melakukan manajemen keperawatan untuk kegiatan perkesmas sesuai dengan Depkes yaitu perencanaan (P1), penggerakkan pelaksanaan (P2), serta pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3). Manajemen dalam melaksanakan perkesmas di tingkat Puskesmas perlu di dukung dengan manajemen perkesmas di tingkat Dinas Kesehatan Kota agar terjalin koordinasi yang sesuai dalam pelaksanaannya.

Pelaksanaan perkesmas melalui revitalisasi perkesmas dapat dilakukan dengan penerapan peningkatan manajemen kinerja (PMK) sesuai dengan peran, fungsi dan tanggung jawab serta kewenangannya. Pelaksanaan revitalisasi ini menuntut kompetensi yang baik dari perawat Puskesmas dengan melibatkan sub dinas di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, organisasi profesi keperawatan, instansi pendidikan keperawatan, dan pemerintah daerah.

6.4. Implikasi Terhadap Penelitian Keperawatan

Perkesmas merupakan salah satu upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas sejak konsep puskesmas diperkenalkan. Kebijakan dasar puskesmas yang ditetapkan Depkes (2004) menyebutkan bahwa upaya perkesmas merupakan bagian integral dari upaya kesehatan wajib maupun pengembangan. Pelayanan kesehatan melalui kegiatan perkesmas sebagai kegiatan mendukung upaya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Kompetensi merupakan faktor individu perawat yang diperlukan untuk melaksanakan perkesmas secara optimal. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross sectional* sehingga hanya menggambarkan hubungan antara variabel dependen dan independen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kompetensi perawat puskesmas berhubungan dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas, dan diketahui lebih separuh menunjukkan tidak optimal. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data awal untuk penelitian selanjutnya.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Kesimpulan hasil penelitian didasarkan pada tujuan penelitian, rumusan hipotesis, dan uraian hasil yaitu:

- 7.1.1. Karakteristik individu perawat sebagian besar berjenis kelamin perempuan, rata-rata berumur 38,32 tahun, berpendidikan SPK, rata-rata masa kerja 14,86 tahun, dan sebagian besar belum mengikuti pelatihan perkesmas.
- 7.1.2. Separuh dari perawat memiliki kompetensi baik dengan pengetahuan dan keterampilan baik, meskipun sebagian besar memiliki sikap kurang.
- 7.1.3. Tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas masih kurang optimal.
- 7.1.4. Karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan masa kerja) tidak berhubungan dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas
- 7.1.5. Pelatihan terbukti memiliki hubungan dengan tingkat keterlaksanaan perkesmas.
- 7.1.6. Tidak ada hubungan antara pengetahuan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas
- 7.1.7. Ada hubungan antara sikap dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas
- 7.1.8. Ada hubungan antara keterampilan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas
- 7.1.9. Ada hubungan antara kompetensi dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas
- 7.1.10. Faktor paling dominan yang berhubungan dengan tingkat keterlaksanaan perkesmas adalah adanya interaksi antara kompetensi dan pelatihan.

7.2. Saran

- 7.2.1. Kepada Dinas Kesehatan Kota Pontianak
 - 7.2.1.1. Mengembangkan kompetensi perawat melalui pelatihan, pembinaan melalui tim yang ditugasi, ataupun kerja sama dengan teman sejawat (*peer review*).

- 7.2.1.2. Melakukan sosialisasi kompetensi perawat dalam menjalankan perkesmas secara berkala melalui pertemuan rutin maupun supervisi yang dilaksanakan oleh tim yang ditugasi Dinas Kesehatan Kota Pontianak.
 - 7.2.1.3. Menyusun program pengembangan SDM melalui peningkatan kualifikasi perawat ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.
 - 7.2.1.4. Memberikan bantuan pendanaan untuk pendidikan dan pelatihan sebagai wujud pengembangan SDM.
 - 7.2.1.5. Melakukan revitalisasi perkesmas dengan penerapan peningkatan manajemen kinerja (PMK) sesuai dengan peran, fungsi dan tanggung jawab serta kewenangannya dengan melibatkan sub dinas di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, organisasi profesi keperawatan, instansi pendidikan keperawatan, dan pemerintah daerah.
 - 7.2.1.6. Memberikan dukungan kebijakan secara tertulis untuk kegiatan perkesmas berupa penghargaan dan sanksi yang jelas bagi perawat yang menjalankan maupun yang tidak menjalankan upaya tersebut. Penghargaan tidak selalu berupa finansial, penghargaan lain dapat berupa kejelasan karir bagi perawat yang memiliki kompetensi baik seperti menerapkan jenjang karir perawat.
 - 7.2.1.7. Menyediakan forum ilmiah keperawatan yang membahas perkesmas dari sudut pandang perawat puskesmas se-Kota Pontianak.
- 7.2.2. Kepada Kepala Puskesmas
- 7.2.2.1. Membuat kebijakan secara tertulis untuk kegiatan perkesmas yang didukung dengan penghargaan dan sanksi yang jelas bagi perawat yang menjalankan upaya tersebut maupun tidak.
 - 7.2.2.2. Mengusulkan program pengembangan SDM perawat untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.
 - 7.2.2.3. Meningkatkan kesempatan bagi perawat mengikuti seminar, pelatihan, *workshop* di bidang keperawatan.

7.2.2.4. Menyediakan forum ilmiah multidisiplin yang membahas masalah pasien ditinjau dari sudut pandang masing-masing profesi kesehatan, misal melalui rapat bulanan.

7.2.3. Kepada Koordinator Perkesmas di Puskesmas

7.2.3.1. Melakukan manajemen keperawatan yang jelas dalam perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan monitoring evaluasi program perkesmas di tiap puskesmas.

7.2.3.2. Memberikan bimbingan, arahan, pembinaan, dan *role model* kepada perawat lainnya dalam melaksanakan perkesmas secara reguler.

7.2.3.3. Melakukan sosialisasi kegiatan perkesmas melalui pertemuan rutin seperti rapat bulanan yang membahas mengenai perkesmas dan kegiatan lintas program lain serta menyepakati langkah yang akan diambil selanjutnya.

7.2.4. Kepada Perawat Puskesmas

7.2.4.1. Berperan aktif dalam kegiatan ilmiah keperawatan khususnya tentang perkesmas seperti pelatihan, seminar, atau *workshop*.

7.2.4.2. Berperan aktif dalam menciptakan hubungan interdisiplin seperti dokter, bidan, ahli gizi, petugas sanitasi, asisten apoteker, petugas laboratorium, dan staf administrasi sehingga tercipta kerja sama tim yang solid.

7.2.5. Untuk Kepentingan Keilmuan

7.2.5.1. Mengembangkan informasi tentang perkesmas berdasarkan adanya perkembangan yang ada dan disebarluaskan secara merata pada pihak yang berkepentingan.

7.2.5.2. Melakukan praktik manajemen keperawatan di puskesmas bagi mahasiswa keperawatan.

7.2.5.3. Mengembangkan alur tahapan pelaksanaan perkesmas.

7.2.5.4. Mengembangkan format sederhana asuhan keperawatan yang dapat digunakan perawat puskesmas untuk kegiatan perkesmas.

7.2.6. Untuk Kepentingan Penelitian

7.2.6.1. Melakukan penelitian lanjutan tentang perkesmas yang berkaitan dengan kompetensi perawat yang dapat dilakukan secara kuantitatif maupun kualitatif.

7.2.6.2. Mengembangkan desain penelitian lain dalam menguraikan lebih lanjut hasil penelitian ini yang dapat dilakukan pada puskesmas yang diberi perlakuan tertentu dan yang tidak diberi perlakuan.



DAFTAR PUSTAKA

- Adams, K. (2010). Indigenous cultural competence in nursing and midwifery practice. *Australian Nursing Journal*. 17(11). 35-38. Juli 3, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=2054172001&sid=1&Fmt=3&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Ali, Z. (2010). *Dasar-dasar pendidikan kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Agustijani, E. (2002). *Analisis faktor internal dan eksternal yang berhubungan dengan kegiatan gizi posyandu dan kinerja petugas gizi puskesmas kelurahan di propinsi DKI Jakarta tahun 2001*. Tesis. Depok: FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Axley, L. (2008). Competency: a concept analysis. *Nursing forum*. 43(4). 214-222. April 29, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1616251991&sid=2&Fmt=3&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Berman, J.A. (1997). *Competence based employment interviewing*. New York: Quorum Books.
- Blum, H.L. (1974). *The planning for health: development and application of social change theory*. New York: Human Sciences Press.
- Conley, C. (2004). Leveraging Design's core competencies. *Design Management Institute*. 15(3). 44-51. April 9, 2010. <http://www.id.iit.edu/141/getdocument.php?id=63>
- Dahlan, M.S. (2004). *Seri statistik: statistika untuk kedokteran dan kesehatan uji hipotesis dengan menggunakan SPSS program 12 jam*. Jakarta: PT. Arkans.
- _____. (2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan berdasarkan prinsip IKVE important konsisten valid etis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Daruji, M. (2001). *Hubungan faktor individu petugas koordinator perkesmas dengan pelaksanaan tugas dalam pengelolaan program di puskesmas di kabupaten sleman tahun 2001*. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro. April 20, 2010. <http://eprints.undip.ac.id/6554/1/1253.pdf>
- Departemen Kesehatan RI. (1997). *Keperawatan kesehatan masyarakat Seri C petunjuk teknis keperawatan kesehatan masyarakat pada sasaran individu dan keluarga*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat.

- _____. (2004a). Materi dasar 3: Kebijakan & konsep PMK. *Modul pengembangan manajemen kinerja (PMK) perawat & bidan*. Jakarta: Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medik.
- _____. (2004b). *Rancangan pedoman promosi kesehatan bagi perawat kesehatan masyarakat*. Jakarta: Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medik.
- _____. (2006a). *Pedoman kegiatan perawat kesehatan masyarakat di puskesmas*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan.
- _____. (2006b). *Pedoman peningkatan kinerja perawat di puskesmas (panduan bagi Kabupaten/Kota)*. Jakarta: Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medik.
- _____. (2008). *Riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2007*. April 9, 2010. <http://www.litbang.depkes.go.id/LaporanRKD/IndonesiaNasional.pdf>
- _____. (2009). *Rancangan final sistem kesehatan nasional bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan*. April 26, 2010. http://www.depkes.go.id/downloads/newdownloads/rancangan_SKN_2009.pdf
- Department of Health, Social Services and Public Safety UK. (2003). *Community health nursing current practice and possible futures*. April 9, 2010. http://www.dhsspsni.gov.uk/community_health_nursing.pdf
- Deseco (2005). The definition and selection of key competencies executive summary. *Key DeSeCo Publications*. April 9, 2010. <http://www.oecd.org/dataoecd/47/61/35070367.pdf>
- Dessler, G. (1997). *Manajemen sumber daya manusia human resource management 7e* (Benyamin Molan, penerjemah). Jakarta: Prehallindo.
- Dinas Kesehatan Kota Pontianak. (2009). *Profil kesehatan Kota Pontianak tahun 2008*. Pontianak: DKK Pontianak. Tidak dipublikasikan.
- _____. (2009). *Laporan perkesmas bidang pelayanan medik dan kefarmasian*. Pontianak: DKK Pontianak. Tidak dipublikasikan.
- Ekasari, M.F., Tamher, S., Hartini, T., dkk. (2008). *Keperawatan komunitas upaya memandirikan masyarakat untuk hidup sehat*. Jakarta: Trans Info Media.
- Farida. (2009). *Pemahaman perawat tentang perkesmas dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Rowosari Kecamatan Tembalang Kota Semarang*. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro. Juni 22, 2010. <http://eprints.undip.ac.id/10151/>

- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnelly, J.H., Konopaske, R. (1997). *Organizations behavior, structure, processes twelfth edition*. New York: McGraw-Hill.
- Gillies, D.A. (2000). *Manajemen keperawatan sebagai suatu pendekatan sistem* (Neng Hati Sawidji, penerjemah). Bandung: Yayasan IAPKP.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., & Partridge, K.B. (1980). *Health education planning: a diagnostic approach*. California: Mayfield Publishing Company.
- Hasibuan. (2005). *Manajemen sumber daya manusia edisi revisi cetakan kesebelas*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Helni. (2002). *Analisis faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas laboratorium puskesmas rujukan mikroskopis di propinsi Jambi tahun 2002*. Tesis. Depok: FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Ilyas, Y. (2001). *Kinerja: teori, penilaian dan penelitian*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Jones, R.A. (2010). Patient education in rural community hospitals: registered nurses' attitudes and degrees of comfort. *The journal of continuing education in nursing*. 41(1). 41-48. April 29, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1955689831&sid=10&Fmt=3&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Murrels, T., Robinson, S., Griffith, P. (2009). Assessing competence in nursing. *Nursing Management*. 16(4). 18-19. Juni 8, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1779820051&sid=3&Fmt=2&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Muzaputri, G. (2008). *Hubungan karakteristik individu dan faktor organisasi dengan kinerja perawat di RSUD Langsa Nanggroe Aceh Darussalam*. Tesis. Depok: FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- NCREL. (2000). Skills and competencies needed to succeed in today's workplace. *what work requires of schools: A SCANS report for America 2000*, U.S. Department of Labor, June 1991. 17-18. April 20, 2010. <http://www.ncrel.org/sdrs/areas/issues/methods/assment/as7scans.htm>
- Nurmalis. (2007). *Evaluasi pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat oleh bidan desa di Kabupaten Agam*. Tesis. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada. April 20, 2010. [http://arc.ugm.ac.id/files/Abst_\(2864-H-2007\).pdf](http://arc.ugm.ac.id/files/Abst_(2864-H-2007).pdf)

- Notoatmodjo, S. (2003a). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2003b). *Pengembangan sumber daya manusia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Quad Council PHN Competencies. (2003). April 8, 2010. http://www.sphtc.org/phn_competencies_final_comb.pdf
- Rass, J.E. (2008). *A delphi panel study of nursing competencies for rural nursing in the state of Maine*. Disertasi: Capella University. Juni 8, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1633773331&sid=3&Fmt=2&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Ridarson. (2004). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas dalam pelaksanaan kegiatan klinik sanitasi pada puskesmas di propinsi Sumatra Barat tahun 2003*. Tesis. Depok: FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Rivai, V. (2003). *Kepemimpinan dan perilaku organisasi*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.
- Robbins, S.P. (2001). *Perilaku organisasi: konsep kontroversi aplikasi edisi kedelapan jilid I* (Hadyana Pujaatmaka & Benyamin Molan, penerjemah). Jakarta: Prehallindo.
- Rusmiati. (2006). *Hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit umum pusat persahabatan Jakarta*. Tesis. Depok: FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sabri, L., & Hastono, S.P. (2008). *Statistik kesehatan edisi revisi*. Jakarta: Rajawali Press.
- Saefulloh, M. (2009). *Pengaruh pelatihan asuhan keperawatan dan supervisi terhadap motivasi kerja dan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Indramayu*. Tesis. Depok: FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis edisi ke-3*. Jakarta: Sagung Seto.
- Savage, C. & Kub, J. (2009). Public health and nursing: A natural partnership. *International journal of environmental research and public health*. 6(11). 2843-2848. Juli 3, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1920912001&sid=5&Fmt=3&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>

- Septino, T. & Hasanbasri, M. (2007). *Evaluasi proses pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat di puskesmas Kabupaten Lima Puluh Kota*. Working Paper Series No. 07, First Draft. Yogyakarta: Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada. April 26, 2010. <http://pdfpath.com/EVALUASI-PROSES-PELAKSANAAN-PERAWATAN-KESEHATAN-....html>
- Shermon, G. (2005). *Competency based HRM: a strategic resource for competency mapping, assessment and development centres*. Delhi: Tata McGraw-Hill.
- Siagian, S.P. (1999). *Teori dan praktik kepemimpinan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sopiah. (2008). *Perilaku organisasi*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Strader, M. & Geffers, E.D. (2010). Keeping up with education and training with The Joint Commission and CMS. *Briefings on the joint commission*. 21(7). 8-9. Juni 19, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=2059453871&sid=1&Fmt=3&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Sugiyono. (2006). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- _____. (2008). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Swansburg, R.C. (2000). *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis* (Suharyati Samba, penerjemah). Jakarta: EGC.
- Trihono. (2005). *Arrimes Manajemen puskesmas berbasis paradigma sehat*. Jakarta: Sagung Seto.
- UNIDO (2002). *Unido competencies part one strengthening organizational core values and managerial capability*. Vienna, Austria. April 8, 2010. <http://www.unido.org/fileadmin/media/documents/pdf/Employment/UNIDO-CompetencyModel-Part1.pdf>
- UU Kesehatan RI No. 36 Tahun 2009. April 9, 2010. <http://www.litbang.depkes.go.id/download/regulasi/UU-Baru/UU%20No.36%20Tahun%202009%20Tentang%20Kesehatan/1.UU36-09-Kesehatan.pdf>
- Verma, S., Broers, T., Paterson, M., Schroder, C. (2009). Core competencies: the next generation comparison of a common framework for multiple professions. *Journal of allied health*. 38(1). 47-53. April 30, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1669708681&sid=4&Fmt=3&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>

- Waite, R. & Calamaro, C.J. (2010). Cultural competence: a systemic challenge to nursing education, knowledge exchange, and the knowledge development process. *Perspective in psychiatric care*. 46(1). 74-80. Juni 8, 2010. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1943891281&sid=1&Fmt=2&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Whelan, L. (2006). Competency assessment of nursing staff. *Orthopaedic nursing*. 25(3). 198-202. Juni 8, 2010. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&hid=11&sid=462ce528-d49a-45e5-9a72-6bd9e43f54e6%40sessionmgr14>
- Winterton, J. & Stringfellow, E. (2005). Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype. *Centre for European Research on Employment and Human Resources Groupe ESC Toulouse*. 1-111. April 20, 2010. http://www.ecotec.com/europeaninventory/publications/method/CEDEFOP_typology.pdf



KISI-KISI KUESIONER

A. Pengetahuan

Variabel pengetahuan terdiri dari 25 pertanyaan.

No	Komponen Pengetahuan	Pertanyaan
1.	Konsep dasar perkesmas	1 – 6, 12
2.	Kegiatan perkesmas	9, 13, 14 – 18, 20, 21
3.	Kompetensi minimal dan peran perawat puskesmas	7, 8, 10, 11, 19

B. Sikap

Variabel sikap terdiri dari 30 pernyataan.

No	Komponen Sikap	Pernyataan	
		Positif	Negatif
1.	Asuhan keperawatan pada pasien yang berkunjung di puskesmas	5	1-4
2.	Kunjungan rumah (<i>home visit/home care</i>)	8, 9	6, 7, 10
3.	Kunjungan ke kelompok prioritas terencana	13, 15	11, 12, 14
4.	Perkesmas	17-20	16

C. Keterampilan

Variabel keterampilan terdiri dari 25 pernyataan.

No	Komponen Keterampilan	Pernyataan
1.	Asuhan keperawatan pada pasien yang berkunjung di puskesmas	1 – 5
2.	Kunjungan rumah (<i>home visit/home care</i>)	6 – 11
3.	Kunjungan ke kelompok prioritas terencana	12 – 15
4.	Perkesmas	16 – 20

D. Kegiatan Perkesmas

Variabel kegiatan perkesmas terdiri dari 25 pernyataan.

No	Komponen Kegiatan Perkesmas	Pernyataan
1.	Perencanaan (P1)	1 – 10
2.	Penggerakkan Pelaksanaan (P2)	11 – 18
3.	Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian (P3)	19 – 22

PENJELASAN KUESIONER PENELITIAN

Judul : Hubungan Kompetensi Perawat dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak

Peneliti : Yuyun Tafwidhah
NPM : 0806447186
Status : Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Kuesioner ini disusun untuk memperoleh gambaran pengetahuan, sikap keterampilan, dan kegiatan perkesmas. Kuesioner ini terdiri dari empat bagian, yaitu identitas responden, pengetahuan, sikap, keterampilan, dan kegiatan perkesmas.

Kuesioner ini tidak dimaksudkan untuk mengetahui apa yang salah dan apa yang benar, oleh karenanya sangat diharapkan agar pengisiannya sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya.

Pengisian kuesioner ini tidak berpengaruh terhadap karier Bapak/Ibu di masa depan karena semata-mata hanya untuk kepentingan akademis dan sumbangan pemikiran bagi Dinas Kesehatan Kota Pontianak.

Kerahasiaan jawaban yang Bapak/Ibu berikan dalam penelitian ini dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Pontianak, Mei 2010

Peneliti

Yuyun Tafwidhah

PERNYATAAN BERSEDIA SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Judul : Hubungan Kompetensi Perawat dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak

Peneliti : Yuyun Tafwidhah
NPM : 0806447186
Status : Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Saya telah diminta untuk berperan serta dalam pengisian kuesioner penelitian mengenai “Hubungan Kompetensi Perawat dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak”. Saya mengerti bahwa akan diminta oleh peneliti untuk menjawab pertanyaan dalam kuesioner sesuai dengan kenyataan di lapangan. Saya mengerti bahwa tidak ada resiko yang akan terjadi akibat penelitian ini. Apabila ada pertanyaan yang menimbulkan respon emosional, pengisian kuesioner ini dapat dihentikan dan peneliti akan memberikan dukungan.

Saya mengerti bahwa hasil penelitian ini akan dirahasiakan dan data akan dilindungi dengan menggunakan nomor kode. Informasi mengenai identitas tidak akan ditulis pada alat pengumpul data. Saya mengerti bahwa saya berhak menolak untuk berperan serta dalam penelitian ini, atau mengundurkan diri dari penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya.

Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai penelitian ini atau mengenai peran serta dalam penelitian ini. Semua pertanyaan saya telah dijelaskan dengan baik dan memuaskan. Saya menandatangani surat persetujuan ini secara sukarela tanpa pengaruh dari pihak manapun.

Pontianak, Mei 2010

Tanda tangan responden,

Tanda tangan peneliti,

Yuyun Tafwidhah



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KOMPETENSI PERAWAT PUSKESMAS
DAN TINGKAT KETERLAKSANAAN KEGIATAN
PERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT
(PERKESMAS) DI KOTA PONTIANAK**

KUESIONER

**YUYUN TAFWIDHAH
0806447186**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK, MEI 2010**

KUESIONER
HUBUNGAN KOMPETENSI PERAWAT DAN TINGKAT
KETERLAKSANAAN KEGIATAN PERKESMAS
DI KOTA PONTIANAK

Kode : Tanggal :

A. Identitas Responden

Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah pertanyaan tentang data pribadi Bapak/Ibu berikut ini dengan seksama
2. Isilah titik-titik dengan jawaban singkat
3. Berilah tanda *check list* (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya
4. Dimohon untuk mengisi seluruh pertanyaan dalam kuesioner ini

1. Umur : tahun

2. Jenis Kelamin : Laki-laki
 Perempuan

3. Pendidikan : SPR
 SPK
 D3 keperawatan

4. Masa kerja : tahun

5. Pelatihan perkesmas : Pernah
 Tidak pernah

B. Pengetahuan

Petunjuk Pengisian:

1. Berilah tanda silang (X) pada salah satu pilihan jawaban yang dianggap tepat atau paling sesuai menurut pendapat Bapak/Ibu.
2. Dimohon untuk mengisi seluruh pertanyaan dalam kuesioner ini

1. Perkesmas adalah...
 - a. Upaya kesehatan wajib yang harus dijalankan oleh Puskesmas
 - b. Upaya kesehatan pengembangan yang dapat dijalankan oleh puskesmas
 - c. Upaya kesehatan yang terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib
 - d. Upaya kesehatan yang terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan
2. Prinsip pelaksanaan kegiatan perkesmas menggunakan pendekatan...
 - a. Cakupan program
 - b. Standar pelayanan minimal (SPM)
 - c. Proses Keperawatan
 - d. Kebijakan puskesmas
3. Tujuan perkesmas adalah ...
 - a. melakukan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi
 - b. tercapainya sasaran perawatan kesehatan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan
 - c. meningkatnya kemandirian individu, keluarga, kelompok/masyarakat (rawan kesehatan) untuk mengatasi masalah kesehatan
 - d. meningkatkan cakupan program perkesmas
4. Sasaran prioritas perkesmas ditentukan dari...
 - a. Suspek/penderita yang kontak dengan Puskesmas
 - b. Masalah kesehatan yang memiliki tren meningkat pada saat itu
 - c. Perencanaan yang telah disusun oleh koordinator perkesmas
 - d. Arahan atau kebijakan kepala puskesmas
5. Proses keperawatan dalam pelaksanaan perkesmas meliputi...
 - a. Pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi
 - b. Pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi
 - c. Pengkajian, implementasi, dan evaluasi
 - d. Pengkajian dan implementasi
6. Petugas perkesmas adalah ...
 - a. semua perawat yang pernah dilatih perkesmas
 - b. semua perawat di puskesmas
 - c. semua petugas kesehatan di puskesmas
 - d. semua petugas di puskesmas
7. Mengkaji kebutuhan pasien/klien dan mengajarkan agar melakukan peningkatan kesehatan adalah peran dan fungsi perawat sebagai ...
 - a. Pemberi pelayanan kesehatan
 - b. Pendidik/penyuluh kesehatan
 - c. Pelaksana konseling keperawatan
 - d. Koordinator/kolaborator

8. Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat puskesmas diberikan kepada...
 - a. individu
 - b. individu dan keluarga
 - c. individu, keluarga, dan kelompok tertentu
 - d. individu, keluarga, kelompok tertentu, dan masyarakat

9. Kompetensi minimal perawat puskesmas dalam pelayanan/asuhan keperawatan terlihat dalam kegiatan...
 - a. tindakan keperawatan langsung dan penanggulangan gawat darurat
 - b. tindakan keperawatan langsung dan pengobatan dasar sesuai kewenangan
 - c. tindakan keperawatan langsung, pengobatan dasar sesuai kewenangan, dan penanggulangan gawat darurat
 - d. tindakan keperawatan langsung, pengobatan dasar sesuai kewenangan, penanggulangan gawat darurat, dan pencegahan infeksi

10. Berikut ini adalah kompetensi minimal yang harus dimiliki oleh perawat puskesmas, kecuali...
 - a. melakukan monitoring dan evaluasi
 - b. membina pelayanan kesehatan yang bersumber daya manusia
 - c. melakukan manajemen kasus dengan petugas kesehatan lain
 - d. melakukan pendokumentasian dalam pencatatan dan pelaporan

11. Merujuk bayi baru ke ruang KIA merupakan kegiatan perkesmas yang ditujukan kepada...
 - a. Individu
 - b. Keluarga
 - c. Kelompok
 - d. Masyarakat

12. Penemuan rumah/bangunan yang ada jentik nyamuk pada saat kunjungan rumah merupakan kegiatan perkesmas yang ditujukan kepada...
 - a. Individu
 - b. Individu dan masyarakat
 - c. Keluarga, kelompok, dan masyarakat
 - d. Bukan kegiatan perkesmas

13. Mendeteksi dan melakukan penelusuran terjadinya penyakit merupakan peran perawat sebagai...
 - a. Pemberi pelayanan kesehatan
 - b. Penemu kasus
 - c. Pelaksana konseling keperawatan
 - d. Koordinator/kolaborator

14. Yang bukan merupakan proses penghentian pelayanan kunjungan rumah adalah jika...
 - a. keluarga menolak pelayanan lanjutan
 - b. pasien meninggal dunia
 - c. kondisi pasien stabil
 - d. perawat merasa pasien sudah tidak mungkin sembuh

15. Secara umum, upaya perkesmas dimulai dengan tahap...
 - a. pengkajian masalah kesehatan spesifik
 - b. pengkajian penyebab terjadinya masalah kesehatan
 - c. pengkajian sasaran yang mengalami masalah kesehatan
 - d. pengkajian sumber daya yang dapat menanggulangi masalah kesehatan

C. Sikap

Petunjuk Pengisian:

1. Berilah tanda *check list* (√) pada salah satu pilihan yang dianggap paling sesuai dengan kenyataan yang Bapak/Ibu rasakan.
2. Dimohon untuk mengisi seluruh pernyataan dalam kuesioner ini

Bagaimana sikap Bapak/Ibu terhadap pernyataan di bawah ini?

No	Pernyataan	Pilihan			
		<i>Sangat Tidak Setuju</i>	<i>Tidak Setuju</i>	<i>Setuju</i>	<i>Sangat Setuju</i>
1.	Konseling dapat dilakukan jika pasien sepi				
2.	Bekerja di puskesmas merupakan rutinitas				
3.	Diagnosa keperawatan tidak perlu di puskesmas				
4.	Pelayanan keperawatan yang diberikan di puskesmas dapat dijadikan sebagai deteksi dini sasaran prioritas kunjungan rumah				
5.	Kunjungan rumah cukup dilakukan oleh perawat koordinator perkesmas saja				
6.	Kunjungan rumah membuang waktu percuma				
7.	Saat kunjungan rumah diberikan asuhan keperawatan pada individu sesuai kebutuhan				
8.	Pada saat kunjungan rumah dibuat suatu rencana keperawatan yang akan dilakukan pada saat kunjungan selanjutnya				
9.	Kegiatan utama dalam kunjungan ke posyandu usila adalah pengobatan				
10.	Penyuluhan kesehatan perlu dilakukan setiap kali kunjungan ke posyandu				
11.	Penyuluhan kesehatan dilakukan tanpa ada rencana penyuluhan				
12.	Dalam bekerja perlu mengembangkan hubungan masyarakat				
13.	Kegiatan perkesmas tidak dapat digunakan untuk pengembangan diri				
14.	Koordinasi lintas program berjalan dengan baik				
15.	Perkesmas merupakan kegiatan yang harus melibatkan semua perawat di puskesmas				
16.	Saya ingin terlibat dalam kegiatan perkesmas				

D. Keterampilan

Petunjuk Pengisian:

1. Pilihlah salah satu pernyataan di bawah ini dengan memberikan tanda *check list* (√) pada tempat yang telah disediakan
2. Dimohon untuk mengisi seluruh pernyataan dalam kuesioner ini

Seberapa tinggi keterampilan Bapak/Ibu dalam kegiatan perkesmas.

Arti setiap angka adalah sebagai berikut:

- 0 : bila Bapak/Ibu sama sekali **tidak memiliki** keterampilan tersebut
- 1 : bila Bapak/Ibu memiliki **kemampuan tersebut tetapi tidak optimal**
- 2 : bila Bapak/Ibu memiliki **kemampuan optimal tetapi tidak dapat mengajarkan kepada orang lain**
- 3 : bila Bapak/Ibu memiliki **kemampuan optimal dan dapat mengajarkan kepada orang lain**

No	Pernyataan	Pilihan			
		0	1	2	3
1.	Membuat diagnosa keperawatan dalam tahapan asuhan keperawatan				
2.	Memutuskan prioritas masalah kesehatan				
3.	Mengidentifikasi prilaku individu yang mempengaruhi kesehatannya				
4.	Menjelaskan variabel penyebab yang sesuai terhadap masalah kesehatannya				
5.	Melakukan promosi kesehatan yang sesuai terhadap masalah kesehatan				
6.	Mengidentifikasi prilaku individu yang mempengaruhi kesehatan masyarakat				
7.	Membuat diagnosa keperawatan dalam tahapan asuhan keperawatan				
8.	Menjelaskan variabel penyebab yang sesuai terhadap masalah kesehatan individu				
9.	Melakukan promosi kesehatan yang sesuai terhadap masalah kesehatan individu				
10.	Membuat dokumentasi keperawatan pada kunjungan rumah				
11.	Menjelaskan tanggung jawab individu/ keluarga terhadap masalah kesehatan				
12.	Melakukan promosi kesehatan bersama masyarakat				
13.	Mengidentifikasi peran budaya di masyarakat yang mempengaruhi kesehatan masyarakat				
14.	Membuat materi penyuluhan kesehatan				
15.	Melakukan penyuluhan kesehatan pada kunjungan ke kelompok (posyandu/sekolah/dll)				
16.	Melakukan komunikasi kepada RT/RW/ kelurahan untuk menanggulangi masalah kesehatan yang spesifik				
17.	Menggunakan media dalam memberikan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat				
18.	Menggerakkan petugas kesehatan lainnya untuk melakukan perkesmas				
19.	Menggerakkan peran serta masyarakat untuk hidup sehat				
20.	Melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan perkesmas				

E. Kegiatan Perkesmas

Petunjuk Pengisian:

1. Berilah tanda *check list* (√) pada salah satu pilihan yang dianggap paling sesuai dengan kenyataan yang Bapak/Ibu rasakan.
2. Dimohon untuk mengisi seluruh pernyataan dalam kuesioner ini

Bagaimana kegiatan perkesmas Bapak/Ibu lakukan setiap bulannya.

No	Pernyataan	Pilihan			
		<i>Tidak Pernah</i>	<i>Kadang-Kadang</i>	<i>Sering</i>	<i>Selalu</i>
1.	Melakukan pengumpulan data masalah kesehatan masyarakat				
2.	Merumuskan masalah kesehatan				
3.	Merumuskan prioritas masalah kesehatan				
4.	Menetapkan target sasaran				
5.	Menetapkan lokasi pelaksanaan				
6.	Menetapkan waktu pelaksanaan				
7.	Menetapkan kerjasama dengan program lainnya				
8.	Mengusulkan rencana bulanan perkesmas				
9.	Melakukan koordinasi pengelolaan perkesmas				
10.	Melakukan desiminasi informasi lintas program				
11.	Menggerakkan peran serta masyarakat				
12.	Melakukan kunjungan rumah untuk asuhan keperawatan individu				
13.	Melakukan pertemuan lintas sektor untuk mendiskusikan masalah kesehatan				
14.	Melakukan kemitraan dengan tokoh masyarakat untuk hidup sehat				
15.	Melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat				
16.	Melakukan pengamatan terhadap masalah kesehatan di masyarakat				
17.	Melakukan pencatatan kegiatan perkesmas				
18.	Melakukan pelaporan kegiatan perkesmas				
19.	Melakukan pemantauan terhadap pelaksanaan kegiatan setiap bulan terhadap hasil cakupan program				
20.	Melakukan pemantauan terhadap pelaksanaan kegiatan setiap bulan terhadap penerapan proses keperawatan				

Terima kasih atas peran serta Bapak/Ibu dalam Penelitian ini.

"Semoga Sukses"

WAKTU PENELITIAN

NO	KEGIATAN	BULAN													
		APRIL				MEI				JUNI				JULI	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1.	Studi pendahuluan	√	√												
2.	Penentuan judul		√												
3.	Penyusunan proposal		√	√	√										
4.	Seminar proposal					√									
5.	Revisi proposal					√	√								
6.	Pengurusan etik penelitian						√								
7.	Uji validitas dan reliabilitas kuesioner						√	√							
8.	Perizinan penelitian							√							
9.	Pelaksanaan penelitian dan analisa data							√	√	√					
10.	Penyusunan laporan									√	√	√	√	√	
11.	Seminar hasil penelitian													√	
12.	Revisi hasil penelitian													√	√
13.	Sidang tesis														√
14.	Penyerahan laporan														√



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 281 /H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan meninjau

26 Januari 2010

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan
Kota Pontianak

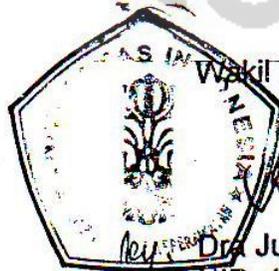
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Yuyun Tafwidhah
0806447186

Bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa *meninjau* untuk mencari data sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Wakil Dekan,

[Signature]
Dra Junaiti Sahar, SKp., M.App.Sc., Ph.D.
NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth.:

1. Ka. Puskesmas Se-Kota Pontianak
2. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Pertinggal



Lampiran 7

PEMERINTAH KOTA PONTIANAK
DINAS KESEHATAN

JALAN JEND. A. YANI TELP. (0561) 760528 FAX.32602
PONTIANAK

Pontianak, 19 Maret 2010

Nomor : 070/767.A/D-Kes/U-Kp
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

KEPADA
Yth : Kepala UPTD Puskesmas
Se - Kota Pontianak
di -
Pontianak

Menindaklanjuti surat Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia nomor : 281/H2.R12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 tanggal 26 Januari 2010, perihal Permohonan Meninjau untuk mencari data kegiatan Tesis kepada Sdr. Yuyun Tafwidhah (0806447186)

Untuk itu dimohon bantuan dan partisipasi saudara dalam kegiatan dimaksud.

Demikian hal ini disampaikan untuk diketahui, atas perhatiannya diucapkan terimakasih .

KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA PONTIANAK



drg. Multi J. Bhatarendro, MPPM
Rembina Utama Muda
NIP. 19640114 198812 1 002

Tembusan : Disampaikan kepada Yth :

1. Kepala UPK Puskesmas Se-Kota Pontianak
di- Pontianak
2. Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
di- Jakarta



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Lampiran 8

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Kompetensi Perawat Puskesmas dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) di Kota Pontianak.

Nama peneliti utama : **Yyun Tafwidhah**

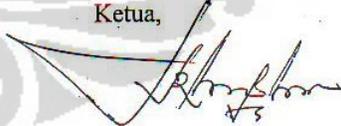
Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 11 Juni 2010



Ketua,


Yeni Rustina, PhD
NIP. 19550207 198003 2 0



Lampiran 9

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1768/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 10 Mei 2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian , Uji Instrumen Penelitian

Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Pontianak
Pontianak

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Yuyun Tafwidhah
0806447186

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Hubungan Kompetensi Perawat Puskesmas Dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) Di Kota Pontianak"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian di Puskesmas Di Kabupaten Pontianak sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis. (uji instrumen)

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

ty. Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Puskesmas Di Kabupaten Pontianak
2. Wakil Dekan FIK-UI
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Peringgal



PEMERINTAH KABUPATEN PONTIANAK
DINAS KESEHATAN

Jalan Raden Kusno Telp. (0561) 691661 - Fax. (0561) 691288
MEMPAWAH - Kode Pos 78912

Mempawah, 17 Mei 2010

Nomor : 892/455/ Dinkes-B
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Permohonan
Ijin Penelitian

Kepada
Yth. 1. Kepala Pusk. Mempawah Hilir
2. Kepala Pusk. Sui Bakau Kecil
3. Kepala Pusk Sui Kunyit
4. Kepala Pusk. Antibar
5. Kepala Pusk. Semudun
Di -

Tempat

Sehubungan dengan surat dari Universitas Indonesia fakultas Ilmu Keperawatan, Jakarta nomor : 1768/H2F 12.PDP.04..02 // Tesis / 2010. Tanggal 10 Mei 2010 tentang Permohonan ijin Penelitian atas nama :

Nama : Yuyun Tatwidhah
NIM : 0806447186
Program : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan
Kepemimpinan kegiatan perawatan Kesehatan Masyarakat
Tujuan : Penelitian Hubungan Komentensi Perawat
Puskesmas dengan tingkat keterlaksanaan
Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat
(Perkesmas) Puskesmas di Kota Pontianak
Waktu : Menyesuaikan

Berkenan dengan hal tersebut dimintakan kepada saudara dapat memfasilitasi untuk kelancaran kegiatan tesis dimaksud.

- Atas perhatian dan kerja sama yang baik disampaikan terimakasih

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Pontianak



dr. **Hi. ARMINI MPH**
Pemula Utama Muda
195701289561 2 2001

Tembusan Di sampaikan kepada Yth :

1. Dekan FIK - UI
2. Koordinator MA. Tesis



Lampiran 11

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1767/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

10 Mei 2010

Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kota Pontianak
Pontianak

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Yuyun Tafwidhah
0806447186

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Hubungan Kompetensi Perawat Puskesmas Dan Tingkat Keterlaksanaan Kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) Di Kota Pontianak"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian di Puskesmas Di Kota Pontianak sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Puskesmas Se-Kota Pontianak
2. Wakil Dekan FIK-UI
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Peringgal



PEMERINTAH KOTA PONTIANAK

Lampiran 12

DINAS KESEHATAN

JALAN JEND. A. YANI TELP. (0561) 760528 FAX.32602
PONTIANAK

Pontianak, 21 Mei 2010

Nomor : 070 / 1775 / D-Kes / U-Kp / 2010
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data

KEPADA
Yth : Kepala UPTD Puskesmas
Kec. Se-Kota Pontianak
di-
Pontianak

Menindaklanjuti surat ketua Lembaga Penelitian Universitas Indonesia Depok
Nomor : 1767/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 tanggal 10 Mei 2010, perihal
Pengumpulan Data Lapangan untuk kegiatan Penelitian :

Nama : Yuyun Tafwidhah
Judul Tesis : Hubungan Kompetensi Perawat Puskesmas Dan Tingkat
Keterlaksanaan Kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat
(Perkesmas) Di Kota Pontianak.
Lokasi Penelitian : UPTD Puskesmas dan UPK Puskesmas se Kota Pontianak

Untuk itu dimohon bantuan dan partisipasi saudara dalam kegiatan dimaksud.
Demikian hal ini disampaikan untuk diketahui, atas perhatiannya diucapkan
terimakasih .



Tembusan : Disampaikan kepada Yth :

1. Kepala UPK Puskesmas se Kota Pontianak
2. Dekan Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan di Depok.

RIWAYAT HIDUP PENELITI

Nama : Yuyun Tafwidhah

Tempat/tanggal lahir : Pontianak, 14 Desember 1982

Agama : Islam

Riwayat Pendidikan :

- Program pascasarjana kekhususan kepemimpinan dan manajemen keperawatan
FIK UI, 2008
- Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Promosi Kesehatan dan Ilmu
Perilaku Universitas Muhammadiyah Pontianak, lulus 2006
- Akademi Keperawatan Muhammadiyah Pontianak, lulus 2004
- SMU N 1 Pontianak, lulus 2000
- SMP Muhammadiyah 1 Pontianak, lulus 1997
- SD N 24 Pontianak, lulus 1994

Riwayat Pekerjaan : Perawat Puskesmas Karya Mulia Pontianak 2005 - sekarang