



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA
YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN PERKESMAS
DI PUSKESMAS WILAYAH KOTAMADYA JAKARTA BARAT
TAHUN 2012**

TESIS

Oleh

MAYA RATNASARI

NPM 0906574814

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Maya Ratnasari

NPM : 0906574814

Tanda Tangan : 

Tanggal : 11 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh,

Nama : Maya Ratnasari
NPM : 0906574814
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul Tesis : Faktor-Faktor Manajemen Sumber Daya Manusia yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat Tahun 2012

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dra. Setyowati, SKp., M.AppSc., Ph.D

Pembimbing II : Kuntarti, S.Kp, M.Biomed

Penguji : Ns. Sukihananto, S.Kp., M.Kep

Penguji : Ns. Ahmad Eru Saprudin, M.Kep.,Sp.Kom

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 11 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT penulis haturkan kepada Tuhan pencipta semesta alam, yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya serta menganugerahkan kesehatan dan kesempatan bagi penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Faktor-Faktor Manajemen Sumber Daya Manusia Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas Di Puskesmas”. Tesis ini merupakan prasyarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dra. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D selaku pembimbing I yang dari awal hingga akhir bersedia meluangkan waktu dan dengan penuh kesabaran membimbing, memberikan masukan dan saran yang membangun sehingga tesis ini dapat selesai.
2. Ibu Kuntarti, S.Kp, M. Biomed selaku pembimbing II yang sabar dan tekun memberikan bimbingan melalui pengarahan, masukan dan saran yang membangun kepada penulis dalam penyelesaian tesis ini.
3. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Astuti Yuni Nursasih, S.Kp., M.N selaku ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Kadinkes Provinsi DKI Jakarta yang telah memberikan izin untuk pengambilan data awal tesis ini.
6. Kasudinkes Jakarta Barat yang telah memberikan izin untuk pengambilan data awal tesis ini.
7. Perawat Penyelia Perkesmas Provinsi DKI Jakarta, yang dengan sabar mendampingi peneliti dalam hal pengumpulan data .
8. Seluruh Kepala Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat yang sangat kooperatif menerima dan membantu peneliti saat melakukan penelitian.
9. Seluruh Koordinator Perkesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat yang telah membantu dalam proses penelitian

10. Orang tua tercinta, Bapak Suradji dan Ibu Tuminah yang telah memberikan dukungan, membangkitkan semangat untuk menyelesaikan tesis.
11. Suamiku tercinta, terimakasih atas cinta, kesabararan, pengertian, serta kasih yang tak terhingga sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Semua dukungan yang abi berikan untukku tiada pernah cukup kuungkapkan dengan ribuan ucapan terima kasih aku, yang ada adalah rasa syukur yang teramat dalam. Mudah-mudahan ini adalah ungkapan rasa sayang yang tiada pernah pudar.
12. Sahabatku, Dita Sulistyowati, Yuli Nazlia Sidy yang telah banyak membantu dalam memberikan dorongan dan semangat dalam penyelesaian tesis ini.
13. Junior-juniorku (Nano, Erik, Empit) yang baik hati, pengertian, sabar, banyak membantuku dalam menyelesaikan tesis ini. Maaf ya dik, aku sangat sedikit sekali berkontribusi dalam pekerjaan kita, insya Allah setelah ini bisa lebih fokus dan kita sama-sama menyelesaikan pekerjaan kita dengan hasil terbaik.
14. Teman-teman senasib seperjuangan peminatan kepemimpinan dan manajemen keperawatan angkatan tahun 2009 yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.
15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dan bantuan moral dalam penyelesaian tesis ini.

Depok, 11 Juli 2012

Peneliti

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

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

Nama : Maya Ratnasari
NPM : 0906574814
Program : Magister Keperawatan
Jurusan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

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

“Faktor-Faktor Manajemen Sumber Daya Manusia yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat Tahun 2012”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif 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 : 11 Juli 2012

Yang menyatakan



Maya Ratnasari

ABSTRAK

Nama : Maya Ratnasari
Jurusan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul : Faktor-Faktor Manajemen SDM yang Mempengaruhi Pelaksanaan
Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat
Tahun 2012

xiv + 76 hal + 2 skema + 7 tabel + +1 diagram + 4 lampiran

Perkesmas merupakan salah satu upaya kesehatan di puskesmas yang sangat menunjang visi Kementerian Kesehatan yaitu mencapai masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan. Pelaksanaan perkesmas di puskesmas tak lepas dari peran pengelola (koordinator) perkesmas yang menjalankan fungsi pengelolaan itu berdasarkan faktor-faktor manajemen SDM (perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh faktor-faktor manajemen sumber daya manusia terhadap pelaksanaan perkesmas di puskesmas wilayah Kotamadya Jakarta Barat. Desain yang digunakan adalah analitik korelasi secara *cross sectional* dengan sampel 71 koordinator perkesmas. Analisis data menggunakan *chi square* dan regresi logistik. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan perkesmas dipengaruhi oleh perencanaan ($p=0,016$), pengorganisasian ($p=0,024$), dan pengendalian ($p=0,003$). Variabel manajemen yang paling dominan mempengaruhi pelaksanaan perkesmas adalah fungsi pengendalian ($OR=4,4$). Penelitian ini merekomendasikan untuk meningkatkan kemampuan manajerial khususnya fungsi pengendalian SDM koordinator perkesmas di puskesmas baik melalui pelatihan maupun pendidikan berkelanjutan.

Kata Kunci : perkesmas, faktor manajemen, koordinator perkesmas, SDM

ABSTRACT

Name : Maya Ratnasari
Majoring in : Nursing Leadership and Management
Topic : Correlation between Managerial Factors of Man Resources and
CHN Implementation in Puskesmas Jakarta Barat Districts
Year 2012

xiv + 76 pages + 2 schemes + 7 tables + 1 diagram +4 attachments

Community Health Nursing (CHN) is one of Puskesmas health service that support Ministry of Health vision that is a self-sufficient healthy community, within a just quality health care. CHN implementation in Puskesmas depend on the roles of CHN coordinator. He runs managerial factors those are planning, organizing, actuating, and controlling. The objective of this research is to determine relationship between Managerial Factors of Man Resources and CHN Implementation in Puskesmas Jakarta Barat Districts. This research is an analytical correlation with cross sectional, and using 71 CHN coordinators as the samples. The data was analyzed by the chi square and logistic regression test. Based on data analysis, it recognized that there are correlation between planning $p=0,016$, organizing $p=0,024$, and controlling $p=0,003$, and CHN implementation. Further revealed that is the most dominant variable of CHN implementation, which is controlling variable (OR=4,4). This research recommends enhancing of managerial competencies especially controlling of CHN coordinators in Puskesmas through training or continuing professional development.

Keywords: Community Health Nursing (CHN), management factors, CHN coordinator, health human resources

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
LEMBAR JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISIONALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR DIAGRAM	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah Penelitian.....	7
1.3 Pertanyaan Penelitian	8
1.4 Tujuan Penelitian.....	8
1.5 Manfaat Penelitian.....	9
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Kebijakan Dasar Puskesmas.....	11
2.2 Manajemen Keperawatan	15
2.3 Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat	19
2.4 Pengelolaan Keperawatan Kesehatan Masyarakat.....	21
2.5 Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK)	32
2.6 Kerangka Teori.....	34
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	36
3.1 Kerangka Konsep	36
3.2 Hipotesis Penelitian	37
3.3 Definisi Operasional.....	38

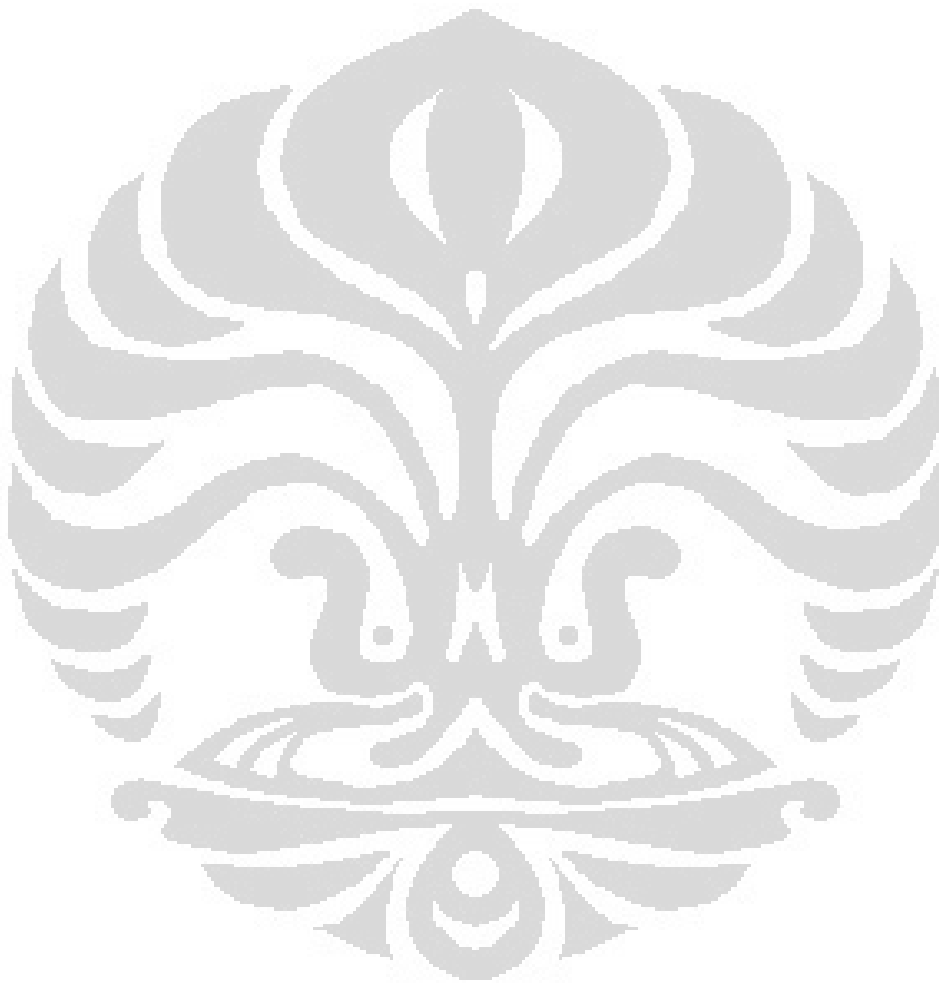
4. METODOLOGI PENELITIAN	40
4.1 Desain Penelitian.....	40
4.2 Populasi dan Sampel	40
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian	41
4.4 Pertimbangan Etik	42
4.5 Alat Pengumpulan Data.....	43
4.6 Pengujian Instrumen.....	45
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	46
4.8 Analisis Data	47
5. HASIL PENELITIAN	51
5.1 Gambaran hasil penelitian.....	51
5.2 Gambaran Karakteristik Koordinator Perkesmas	51
5.3 Gambaran Karakteristik Manajemen SDM	52
5.4 Gambaran Pelaksanaan perkesmas di Puskesmas.....	53
5.5 Pengaruh Karakteristik Koordinator Perkesmas.....	54
5.6 Pengaruh Manajemen SDM.....	55
5.7 Faktor Manajemen SDM Paling Dominan	57
6. PEMBAHASAN	61
6.1. Interpretasi Hasil Diskusi.....	61
6.2. Keterbatasan Penelitian.....	71
6.3. Implikasi Keperawatan.....	72
7. SIMPULAN DAN SARAN	73
7.1. Simpulan	73
7.2. Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	3.1	Definisi operasional.....	38
	5.1	Gambaran Karakteristik Koordinator Perkesmas yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat 2012 (N=84).....	52
	5.2	Gambaran Faktor-Faktor Manajemen SDM yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat 2012 (N=84).....	53
	5.3	Hubungan Karakteristik Koordinator Perkesmas dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat 2012 (N=71).....	55
	5.4	Hubungan Faktor-Faktor Manajemen SDM dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat 2012 (N=84).....	56
	5.5	Model Awal Analisis Multivariat Faktor-Faktor Manajemen SDM yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat 2012 (N=84).....	57
	5.6	Model Kedua Analisis Multivariat Faktor-Faktor Manajemen SDM yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat 2012 (N=84).....	58
	5.7	Model Ketiga Analisis Multivariat Faktor-Faktor Manajemen SDM yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat 2012 (N=84).....	58
	5.8	Model Keempat Analisis Multivariat Faktor-Faktor Manajemen SDM yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat 2012 (N=84).....	59
	5.9	Model Akhir Analisis Multivariat Faktor-Faktor Manajemen SDM yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat 2012 (N=84).....	59

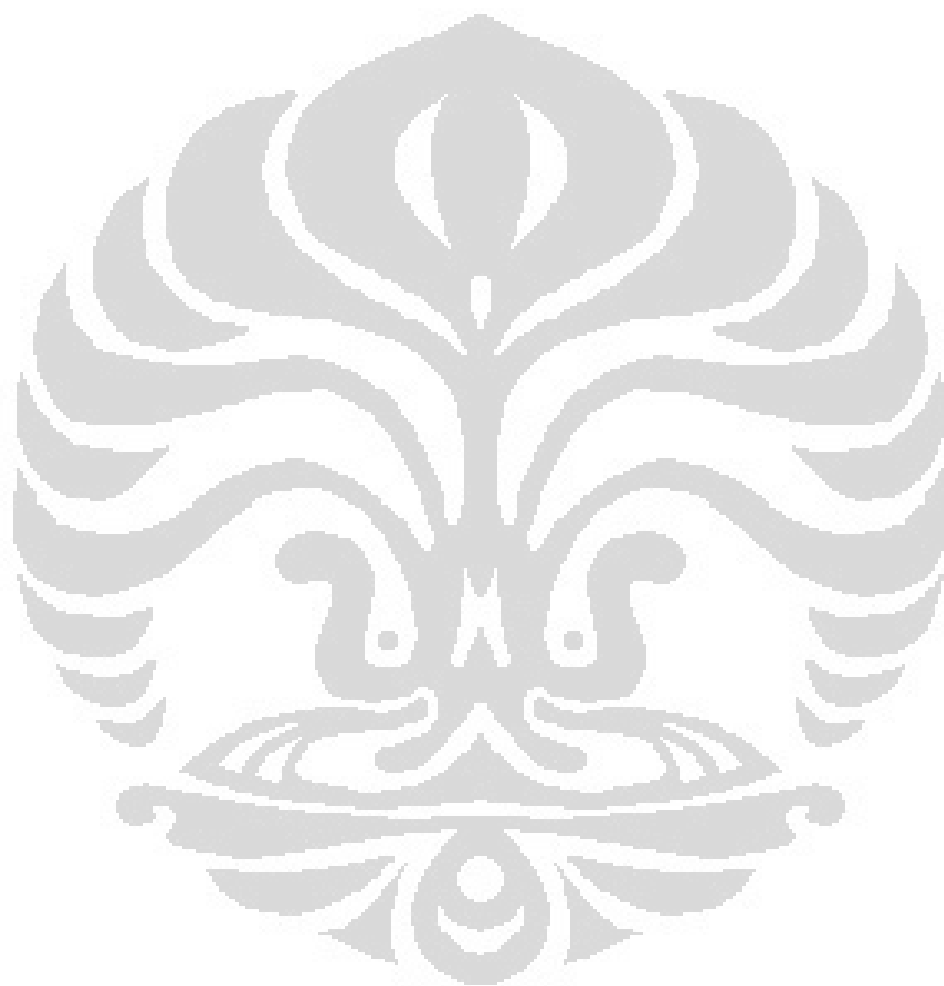
DAFTAR DIAGRAM

Diagram 5.1	Gambaran Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat 2012 (N=84).....	54
-------------	--	----



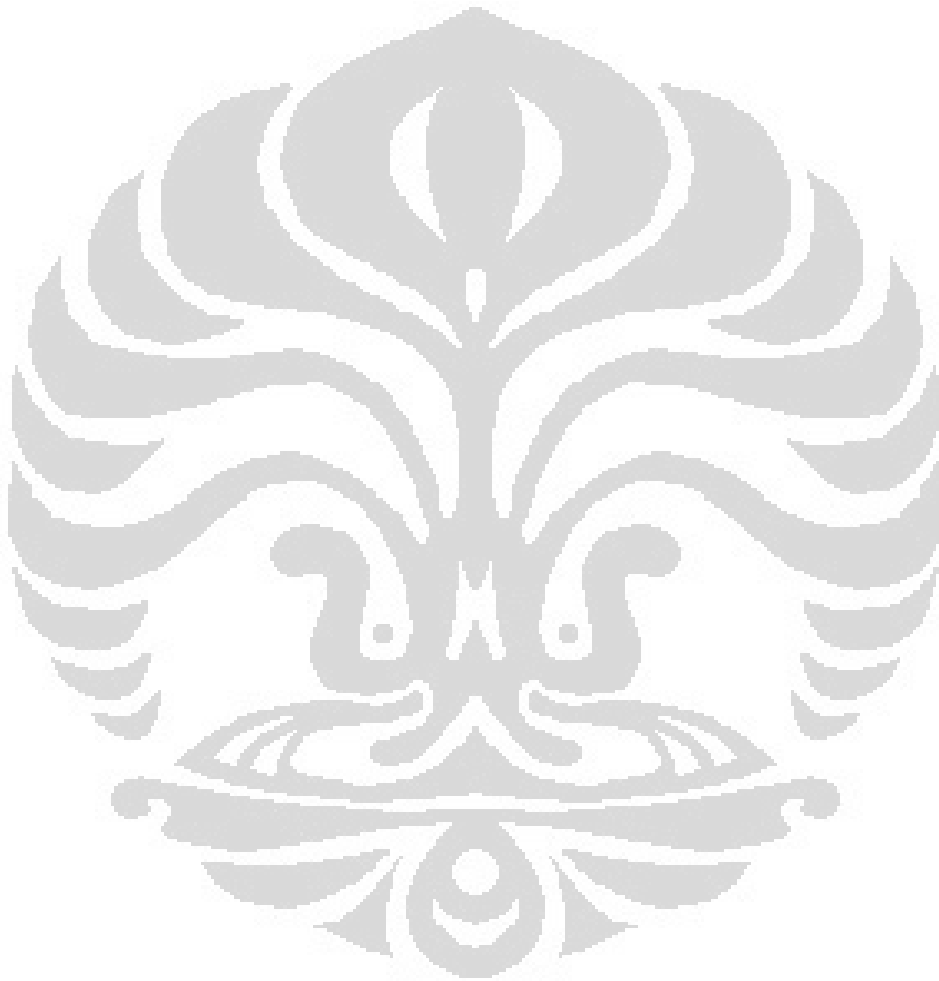
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori Penelitian.....	35
3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	37



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Ijin Penelitian dari FIK UI
- Lampiran 3 : Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 4 : Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan untuk mencapai Indonesia sehat telah diantisipasi melalui Visi Kementerian Kesehatan yaitu “Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan”. Untuk mencapai visi yang dimaksud diperlukan upaya dari seluruh potensi baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah pusat dan daerah. Keberhasilan pembangunan kesehatan ditandai dengan meningkatnya beberapa aspek seperti kualitas sumber daya manusia, kualitas hidup, kesejahteraan keluarga dan masyarakat, serta usia harapan hidup (Depkes, 2006). Salah satu yang menjadi perhatian adalah meningkatnya kesejahteraan keluarga dan masyarakat yang akan berdampak pada meningkatnya derajat kesehatan keluarga dan masyarakat.

Derajat kesehatan keluarga dan masyarakat sangat dipengaruhi oleh faktor fisik, sosial, budaya, dan kemampuan masyarakat untuk hidup harmonis, serta kebiasaan masyarakat yang sangat berdampak terhadap kesehatan (McKenzie, 2010). Kebiasaan masyarakat yang sangat berdampak pada kesehatan saat ini menjadi perhatian dunia sehingga WHO merumuskan tujuan program kesehatan dunia disebut *Millenium Development Goals (MDG's)* yang menjadi komitmen 189 negara termasuk Indonesia untuk melaksanakan program kesehatan tersebut. Program MDG's memiliki delapan sasaran yang harus dicapai dengan empat sasaran yang sangat terkait erat dengan kesehatan, yaitu menanggulangi kemiskinan dan kelaparan dengan menurunkan angka kurang gizi pada balita, mengurangi tingkat kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, perlawanan terhadap HIV/AIDS, malaria, TBC, dan penyakit lainnya, serta mengembangkan kemitraan global dalam pembangunan termasuk pembangunan kesehatan (Depkes, 2009).

Pencapaian sasaran MDG's saat ini belum mencapai angka yang memuaskan. Sampai saat ini, permasalahan kesehatan yang dihadapi cukup beragam. Hal ini disebabkan karena belum meratanya upaya pelayanan kesehatan di seluruh lapisan

masyarakat. Permasalahannya tersebut tercermin pada Angka Kematian Ibu (AKI) 118 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) sejumlah 24 per 1.000 kelahiran hidup, prevalensi gizi kurang masih terdapat sekitar 15% (RPJMN 2010-2014, 2010), masih tingginya angka penyebab kematian akibat stroke dan hipertensi sebesar 22,22%, dan kematian akibat Tuberkulosis (Tb Paru) sebesar 7,5% (Hasil Riset Kesehatan Dasar, 2010).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) merupakan salah satu indikator yang dapat diukur dalam upaya percepatan pencapaian MDG's. Upaya-upaya percepatan tersebut, memerlukan kontribusi besar dalam pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia, salah satunya adalah provinsi DKI Jakarta. Provinsi DKI Jakarta adalah merupakan ibukota negara dengan segala kemajuan di berbagai bidang seperti pembangunan ekonomi, infrastruktur, teknologi, kesehatan, akses komunikasi dan lainnya. Namun kemajuan di semua bidang ternyata tidak menjamin pemerataan pembangunan tersebut pada segenap masyarakatnya. Hasil riskesdas 2010 menyatakan bahwa provinsi DKI Jakarta untuk presentase status gizi, anak balitas sakit yang berobat kepada tenaga kesehatan, pola pemberian ASI eksklusif, pemberian imunisasi TT pada wanita usia subur, persalinan di fasilitas kesehatan, dan prevalensi penderita Tb Paru, tidak menunjukkan kalau DKI Jakarta menduduki urutan terbaik.

Pencapaian indikator-indikator riskesdas di provinsi DKI Jakarta tidak lepas dari berbagai program-program kesehatan baik di tatanan rumah sakit maupun puskesmas. Tatanan fasilitas kesehatan yang paling menjangkau masyarakat luas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat adalah puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan terutama fasilitas pelayanan kesehatan primer. Puskesmas dan jaringannya ini merupakan penentu pelayanan kepada masyarakat untuk penentuan tindakan rujukan, pembinaan dan kunjungan rumah. Seiring dengan waktu, fungsi puskesmas ini semakin meluas dengan sasaran tidak hanya individu yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar, namun juga sasaran kelompok serta masyarakat. Kegiatan yang dilakukan puskesmas dalam melayani masyarakat meliputi enam upaya wajib puskesmas yaitu promosi kesehatan, pelayanan pengobatan, pelayanan

KIA dan KB, sanitasi lingkungan, pelayanan gizi dan penanggulangan penyakit menular (P2M), dan upaya pengembangan puskesmas yang didasarkan pada kemampuan puskesmas untuk mengembangkan upaya tersebut antara lain keperawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) (Depkes, 2004).

Provinsi DKI Jakarta saat ini melaksanakan semua upaya kesehatan tersebut di puskesmas. DKI Jakarta menetapkan pelaksanaan kegiatan perkesmas sebagai upaya pengembangan prioritas di puskesmas untuk menjawab kebutuhan pelayanan kesehatan untuk masyarakat perkotaan daerah DKI Jakarta. Saat ini, puskesmas di DKI Jakarta berjumlah 333 puskesmas yang terdiri dari 44 puskesmas kecamatan dan 289 puskesmas kelurahan (laporan tahunan DKI Jakarta, 2010).

Perkesmas merupakan perpaduan antara pelayanan keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat. Pelayanan yang diberikan mengutamakan pelayanan promotif dan preventif tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif (Depkes, 2006). Sasaran perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan maupun ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Prioritas utama sasaran perkesmas tersebut adalah masyarakat yang belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan atau sudah memanfaatkan tetapi memerlukan tindak lanjut. Prioritas sasaran ini lebih ditekankan pada keluarga miskin yang rentan dan keluarga yang termasuk kelompok resiko tinggi (Depkes, 2010).

Program perkesmas provinsi DKI Jakarta dilaksanakan berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) Provinsi DKI Jakarta No.4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah. Pasal 8 Perda ini menyatakan bahwa upaya perawatan kesehatan masyarakat adalah upaya untuk menindaklanjuti asuhan keperawatan langsung di rumah seseorang, keluarga, kelompok masyarakat, serta panti untuk mempercepat proses penyembuhan, pemulihan serta rehabilitasi. Fokus utama perawatan kesehatan masyarakat di DKI Jakarta adalah pembinaan kesehatan melalui kunjungan rumah (*home visit*) pada keluarga dengan masalah kesehatan atau keluarga dengan resiko

terpapar masalah kesehatan secara kontinu dan berkesinambungan. Kegiatan yang dilakukan adalah kunjungan rumah, yang di dalamnya meliputi kegiatan penyuluhan, modifikasi perilaku, edukasi masalah kesehatan yang dialami dan advokasi terhadap hambatan untuk memperoleh akses layanan kesehatan. Kegiatan kunjungan rumah tersebut dilakukan pada hampir semua kasus penyakit, baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular seperti demam berdarah, diare, Tb paru, diabetes, hipertensi, dan gizi kurang pada balita. Hal ini dilaksanakan melalui koordinasi dan integrasi dengan program dan sektor terkait sehingga terjadi keterpaduan dalam setiap kegiatan di Puskesmas (Depkes, 2010).

Cakupan perkesmas di DKI Jakarta pada tahun 2011 adalah hanya 48,6% masyarakat miskin di DKI Jakarta dengan kasus kesehatan dilakukan tindak lanjut keperawatan dari 80% pencapaian target kasus yang seharusnya dilakukan tindak lanjut. Kasus-kasus yang menjadi target tindak lanjut keperawatan selain kriteria masyarakat miskin, juga kasus-kasus risiko tinggi seperti balita kurang gizi; penyakit menular akibat lingkungan seperti Tb Paru, demam berdarah; ibu hamil risiko tinggi; dan pembinaan kelompok rentan. Kasus-kasus tersebut banyak terdapat di lingkungan perumahan padat penduduk (RW kumuh). Kasus Tb Paru di wilayah Jakarta Barat sejumlah 25,65, hipertensi 36,8%, balita kurang gizi sejumlah 5,8%, dan jumlah RW kumuh 38%, RW kumuh ini menduduki peringkat teratas untuk persentasenya dibandingkan wilayah kotamadya di DKI Jakarta lainnya (Profil Kesehatan DKI Jakarta, 2010).

Pengelolaan terhadap kasus-kasus risiko tinggi tersebut akan berkontribusi dengan angka cakupan perkesmas. Dari data di atas terlihat angka cakupan perkesmas lebih rendah dari target, hal ini mungkin merupakan akibat dari pengelolaan perkesmas yang belum memadai baik dari segi perencanaan, pelaksanaan, monitoring evaluasi maupun faktor penunjang lainnya. Elemen-elemen penunjang pencapaian pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah perencanaan yang baik dan tertata rapi, pelaksanaan yang sesuai dengan perencanaan, penunjang kegiatan yang memadai, pencatatan dan pelaporan yang tepat, serta monitoring evaluasi yang berkesinambungan (Azwar, 1996).

Dalam pencapaian cakupan perkesmas tersebut, pengelolaan yang baik akan mempengaruhi mutu/kualitas pelayanan. Faktor-faktor fundamental lainnya yang mempengaruhi kualitas pelayanan yaitu: *market* (tuntutan pasar) *money* (pembiayaan), *management* (pengelolaan), *men* (sumber daya manusia), *motivation* (motivasi kerja), *materials* (materi yang dibutuhkan), *machines and mechanization* (sarana prasarana yang dibutuhkan), *modern information methods* (penguasaan kemajuan teknologi informasi), dan *mounting product requirement* (penyesuaian mutu yang terus menerus) (Wijono, 1999). Pengelolaan sendiri merupakan proses yang mencakup kegiatan perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan yang diselenggarakan secara teratur dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan melalui kerja sama dengan orang lain (Suyanto, 2009).

Penelitian terkait pengelolaan khususnya perkesmas adalah penelitian di puskesmas daerah Sumatera Barat, cakupan program perkesmas baru mencapai 54,7%. Hal ini terjadi karena perencanaan yang belum terintegrasi dan melibatkan program lainnya yang terkait, pemahaman mengenai perkesmas masih sangat minim, kurangnya dukungan pemerintah daerah dalam melaksanakan program perkesmas, serta perawat koordinator dan perawat pelaksana perkesmas belum memiliki pendidikan ataupun kompetensi yang memadai. Pelaksanaan perkesmas di wilayah ini dikatakan belum optimal. Keberhasilan tersebut dikatakan optimal bila koordinator perkesmas di puskesmas mampu memberi arahan yang baik pada pelaksana perkesmas mengenai asuhan keperawatan keluarga yang benar, menggunakan tahapan manajemen keperawatan secara konsisten, memiliki kemampuan melibatkan peran serta aktif masyarakat dan lintas sektor terkait, dan memiliki data yang akurat tentang kasus prioritas pada lingkup daerahnya. Apabila hal ini terdapat pada pengelola perkesmas, maka target utama pencapaian cakupan program perkesmas dapat mencapai 80%-100% (Septino, 2007).

Penelitian di atas sangat mendukung pernyataan bahwa salah satu faktor penentu kualitas pelayanan yaitu *men* (sumber daya manusia). Sumber daya manusia (SDM) khususnya pengelola perkesmas sangat berperan penting dalam pelaksanaan

perkesmas, karena ia mengelola perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian perkesmas di puskesmas, sehingga keberhasilan pelaksanaan perkesmas tergantung dari fungsi koordinator perkesmas tersebut. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Hernadi (2005) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi manajemen perencanaan (p value < 0,016), pengorganisasian (p value < 0,019), pelaksanaan (p value < 0,020), pengarahan (p value < 0,022), pengendalian (p value < 0,020), penilaian (p value < 0,019) dan cakupan program perkesmas di Dinas Kesehatan Hulu Sungai Tengah.

Pengelolaan perkesmas sangat berperan penting dalam pelaksanaan perkesmas. Pengelolaan tersebut sangat berkaitan erat dengan sistem yang digunakan sebagai acuan nasional dalam pelaksanaan perkesmas. Pelaksanaan perkesmas saat ini tengah diintegrasikan dengan sistem Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) untuk perawat (Kemkes, 2011). Integrasi yang dilakukan adalah terkait dengan evaluasi pelaksanaan perkesmas yang terdiri dari komponen-komponen penyusun PMK tersebut yaitu adanya Standar Operasional Prosedur (SOP), uraian tugas, diskusi refleksi kasus, indikator kinerja klinik, dan monitoring evaluasi berkala (Depkes, 2005). Puskesmas wilayah Jakarta Barat, menurut penyelia perkesmas Provinsi DKI Jakarta, saat ini telah terpapar mengenai PMK. Sosialisasi PMK tersebut dilaksanakan mulai tahun 2008-2010, sedangkan pelatihan PMK bagi perawat pelaksana di puskesmas baru 20% dari seluruh perawat yang ada di puskesmas, padahal harapannya, seluruh perawat pelaksana itu selain mendapat sosialisasi, juga memperoleh pelatihan PMK, karena merekalah yang akan melaksanakan integrasi program tersebut. Selain itu dari jumlah 20% perawat yang telah dilatih, tidak semua menjadi penanggung jawab program perkesmas. Seharusnya sesuai dengan program perkesmas yang dijalankan secara nasional, apalagi puskesmas telah terpapar mengenai PMK, pelaksanaan perkesmas itu berdasarkan implementasi program PMK. Sehingga integrasi Perkesmas dengan PMK akan bersinergi baik dan menghasilkan pencapaian perkesmas sesuai yang diharapkan. Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk menganalisis faktor manajemen SDM dalam hal ini koordinator perkesmas di puskesmas terhadap pelaksanaan perkesmas di puskesmas

(dengan batasan pelaksanaan, salah satunya adalah implementasi PMK) khususnya di wilayah Kotamadya Jakarta Barat Provinsi DKI Jakarta.

1.2. PERUMUSAN MASALAH PENELITIAN

Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat bergantung pada faktor fundamental manajemen SDM. Pencapaian pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah perencanaan yang baik dan tertata rapi, pelaksanaan yang sesuai dengan perencanaan, penunjang kegiatan yang memadai, pencatatan dan pelaporan yang tepat, serta monitoring evaluasi yang berkesinambungan (Azwar, 1996). Pencapaian tersebut sangat terkait dengan faktor manajemen SDM yang baik khususnya pada pengelola perkesmas di puskesmas akan sangat berpengaruh pada pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Saat ini di DKI Jakarta belum ada yang meneliti mengenai fungsi manajemen SDM tersebut pada koordinator perkesmas di puskesmas. Masalah yang dapat dirumuskan adalah belum adanya gambaran pelaksanaan faktor manajemen SDM pada koordinator perkesmas di puskesmas.

Program perkesmas provinsi DKI Jakarta dilaksanakan berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) Provinsi DKI Jakarta No.4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah, sehingga perkesmas merupakan program yang wajib dilaksanakan di semua puskesmas wilayah DKI Jakarta. Cakupan perkesmas di DKI Jakarta pada tahun 2011 adalah hanya 48,6% dari target 80% keluarga miskin yang dilakukan tindak lanjut keperawatan. Tindak lanjut keperawatan ini diberikan pada keluarga miskin yang memiliki risiko tinggi masalah kesehatan. Masalah kesehatan yang dimaksud antara lain balita kurang gizi; penyakit menular akibat lingkungan seperti Tb Paru, demam berdarah; ibu hamil risiko tinggi. Dari seluruh wilayah kotamadya di DKI Jakarta, Jakarta Barat memiliki prevalensi tinggi pada kasus-kasus tersebut selain itu Jakarta Barat juga memiliki kawasan RW kumuh terbanyak dibandingkan kotamadya lainnya. Masalah yang dapat dirumuskan adalah pelaksanaan perkesmas di wilayah Kotamadya Jakarta Barat belum optimal.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh faktor manajemen SDM pengelola perkesmas dalam hal ini koordinator perkesmas di puskesmas terhadap

pelaksanaan perkesmas di puskesmas, sehingga rumusan masalahnya adalah “apakah faktor manajemen SDM dapat berpengaruh terhadap pelaksanaan perkesmas di puskesmas wilayah Jakarta Barat.

1.3. PERTANYAAN PENELITIAN

Berdasarkan perumusan masalah di atas maka pertanyaan penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1.3.1. Apakah karakteristik individu pengelola perkesmas mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat?
- 1.3.2. Apakah fungsi perencanaan manajemen SDM mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat?
- 1.3.3. Apakah fungsi pengorganisasian manajemen SDM mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat?
- 1.3.4. Apakah fungsi penggerakan/pelaksanaan manajemen SDM mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat?
- 1.3.5. Apakah fungsi pengendalian manajemen SDM mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat?
- 1.3.6. Faktor apa yang paling dominan mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat?

1.4. TUJUAN PENELITIAN

1.4.1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor-faktor manajemen SDM yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat.

1.4.2. Tujuan Khusus

- 1.4.2.1. Memperoleh gambaran karakteristik pengelola perkesmas di puskesmas
- 1.4.2.2. Memperoleh gambaran faktor-faktor manajemen SDM di puskesmas
- 1.4.2.3. Memperoleh gambaran pelaksanaan perkesmas di puskesmas
- 1.4.2.4. Mengidentifikasi pengaruh karakteristik individu pengelola perkesmas pada pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat

- 1.4.2.5. Mengidentifikasi pengaruh fungsi perencanaan manajemen SDM pada pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat
- 1.4.2.6. Mengidentifikasi pengaruh fungsi penggerakan/pelaksanaan manajemen SDM pada pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat
- 1.4.2.7. Mengidentifikasi pengaruh fungsi pengorganisasian manajemen SDM pada pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat
- 1.4.2.8. Mengidentifikasi pengaruh fungsi pengendalian manajemen SDM pada pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat
- 1.4.2.9. Mengidentifikasi faktor yang paling dominan mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat

1.5. MANFAAT PENELITIAN

1.5.1. Bagi Puskesmas

Memberikan informasi tentang faktor-faktor yang menentukan dan yang paling dominan menentukan keberhasilan pengelolaan program Puskesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat sehingga dapat berguna sebagai masukan dalam rangka meningkatkan kualitas upaya pelaksanaan perkesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Barat.

1.5.2. Bagi Kementerian Kesehatan R.I.

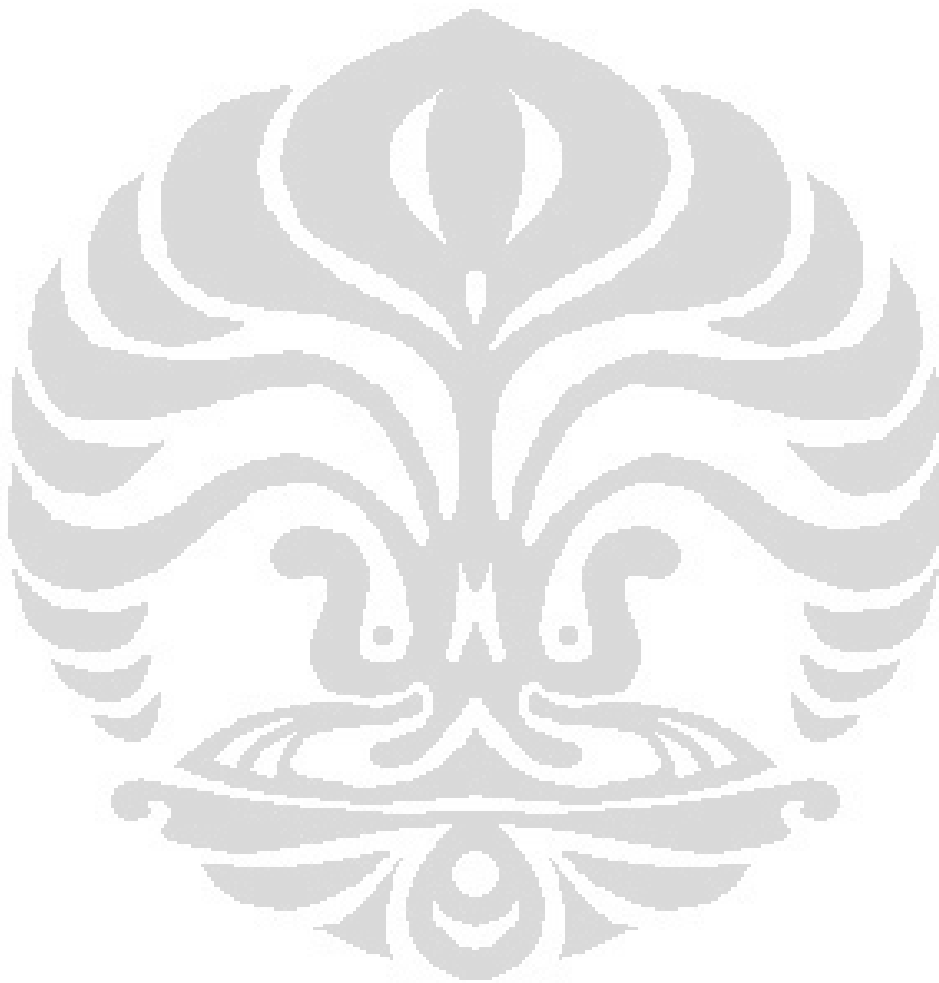
Menjadi masukan dalam rangka menyusun atau merevisi kebijakan Puskesmas di Indonesia, khususnya pengelolaan program perkesmas serta dapat sebagai masukan untuk penyusunan indikator utama dalam program perkesmas

1.5.3. Bagi Instansi Pendidikan

- 1.5.3.1. Menjadi masukan referensi bagi peneliti lain dalam rangka mengembangkan teori atau konsep baru terkait ilmu kesehatan masyarakat dalam upaya menyelenggarakan perkesmas.
- 1.5.3.2. Menjadi masukan referensi bagi peneliti lain yang akan mengambil permasalahan yang sama dalam rangka mengembangkan metodologi penelitian ini dengan waktu dan tempat yang berbeda.

1.5.4. Bagi Masyarakat

Menjadi sumbangan ilmu pengetahuan untuk peningkatan kualitas kesehatan masyarakat, khususnya upaya pelaksanaan pelayanan perkesmas.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kebijakan Dasar Puskesmas

2.1.1. Konsep Dasar Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Dalam rangka mendukung Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan, puskesmas menyelenggarakan kegiatan untuk mencapai tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Fungsi puskesmas adalah sebagai pusat penggerak pembanguna berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat (Depkes, 2004).

2.1.2. Kedudukan, Organisasi, dan Tata Kerja

Kedudukan puskesmas dibedakan menurut keterkaitannya dengan Sistem Kesehatan Nasional, Sistem Kesehatan Kabupaten/kota, Sistem Pemerintah Daerah, dan antar sarana pelayanan strata pertama lainnya seperti praktek dokter, praktek dokter gigi, praktek bidan, poliklinik, dan balai kesehatan masyarakat. Selain itu, terdapat pula bentuk upaya kesehatan berbasis dan bersumber daya masyarakat seperti Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa, dan Pos UKK yang terkait dengan puskesmas (Depkes, 2004).

Struktur organisasi puskesmas tergantung dari kegiatan dan beban tugas masing-masing puskesmas. Penyusunan struktur organisasi puskesmas di satu kabupaten/kota dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/Kota sedangkan penetapannya dilakukan oleh Peraturan Daerah. Dalam tata kerjanya, puskesmas

berhubungan dengan kantor kecamatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Jaringan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Lintas Sektor, dan Masyarakat (Indonesia, 2004).

2.1.3. Upaya dan Azas Penyelenggaraan

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua (Depkes, 2004), yakni:

2.1.3.1. Upaya Kesehatan Wajib

- Upaya Promosi Kesehatan
- Upaya Kesehatan Lingkungan
- Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
- Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
- Upaya pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- Upaya Pengobatan

2.1.3.2. Upaya Kesehatan Pengembangan

- 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
- Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional

Perawatan kesehatan masyarakat merupakan pelayanan penunjang baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Apabila perawatan kesehatan masyarakat menjadi permasalahan spesifik di daerah tersebut, maka dapat dijadikan sebagai salah satu upaya kesehatan pengembangan. Dalam keadaan tertentu, masyarakat membutuhkan pula pelayanan rawat inap. Untuk ini di Puskesmas dapat dikembangkan pelayanan rawat inap yang dalam pelaksanaannya

harus memperhatikan berbagai persyaratan tenaga, sarana dan prasarana sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Depkes, 2004).

Penyelenggaraan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan harus menerapkan azas penyelenggaraan Puskesmas secara terpadu. Azas penyelenggaraan Puskesmas tersebut dikembangkan dari ketiga fungsi Puskesmas. Dasar pemikirannya adalah pentingnya menerapkan prinsip dasar dari setiap fungsi Puskesmas dalam menyelenggarakan setiap upaya Puskesmas, baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Azas penyelenggaraan Puskesmas yang dimaksud dijabarkan oleh Depkes, 2004, sebagai berikut:

Azas Pertanggungjawaban Wilayah

Dalam arti Puskesmas bertanggung jawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya.

Azas Pemberdayaan Masyarakat

Dalam arti Puskesmas wajib memberdayakan perorangan, keluarga dan masyarakat, agar dapat berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas.

Azas Keterpaduan

Untuk mengatasi keterbatasan sumber daya serta diperolehnya hasil yang optimal, penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas harus diselenggarakan secara terpadu, jika mungkin sejak dari tahap perencanaan. Ada dua macam keterpaduan yang perlu diperhatikan yakni Keterpaduan Lintas Program dan Keterpaduan Lintas sektor.

Azas Rujukan

Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama, kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas terbatas. Untuk membantu Puskesmas menyelesaikan berbagai masalah kesehatan tersebut dan juga untuk meningkatkan efisiensi maka penyelenggaraan setiap upaya puskesmas harus ditopang oleh azas rujukan. Sesuai dengan jenis upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas ada dua macam rujukan yang dikenal yakni rujukan upaya Kesehatan Perorangan dan Rujukan Upaya Kesehatan Masyarakat .

2.1.4. Manajemen Puskesmas

Untuk menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan perorangan dan masyarakat yang sesuai dengan azas penyelenggaraan puskesmas perlu ditunjang oleh manajemen puskesmas yang baik. Manajemen puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan luaran puskesmas yang efektif dan efisien. Rangkaian kegiatan yang sistematis ini dilaksanakan dalam bentuk fungsi-fungsi manajemen, yakni perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban. Seluruh fungsi manajemen tersebut harus dilaksanakan secara terkait dan berkesinambungan (Depkes, 2004).

2.1.5. Pembiayaan

Sumber pembiayaan penunjang puskesmas terdiri dari

2.1.5.1. Pemerintah

Sesuai dengan azas desentralisasi, sumber pembiayaan berasal dari pemerintah kabupaten/ kota. Di samping itu puskesmas juga menerima dana yang berasal dari pemerintah provinsi dan pusat seperti BOK (Biaya Operasional Kesehatan) pada dasarnya biaya ini dapat dipergunakan untuk pelaksanaan perkesmas untuk upaya promotif dan preventif (Depkes, 2010).

Pendapatan Puskesmas

Sesuai dengan kebijakan pemerintah, masyarakat dikenakan kewajiban membiayai upaya kesehatan perorangan yang dimanfaatkannya, yang besarnya ditentukan oleh Peraturan Daerah masing-masing (retribusi) (Depkes, 2004)

Sumber lain

Puskesmas juga menerima dana dari beberapa sumber seperti PT ASKES, PT Jamsostek, Jamkesmas dan BOK (Depkes, 2010)

2.2. Manajemen SDM Keperawatan

Manajemen merupakan suatu proses mencakup kegiatan perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pengawasan diselenggarakan secara teratur dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan melalui kerja sama dengan

orang lain (Suyanto, 2009). Wayne (2001) Manajemen SDM merupakan serangkaian proses yang melibatkan keseluruhan tenaga pada suatu instansi atau program dari mulai proses perencanaan meliputi perekrutan, proses seleksi, sampai pada perencanaan sumber daya penunjang SDM lainnya, kemudian proses pengorganisasian yang meliputi pembagian kerja, pembuatan struktur organisasi, dan sara penunjang lainnya, penggerakan/pelaksanaan, serta pengendalian yang meliputi monitoring evaluasi hingga pemberhentian SDM yang bersangkutan. Berikut adalah proses manajemen yang dilalui oleh setiap organisasi.

2.2.1. *Planning* (perencanaan)

Perencanaan adalah perencanaan tentang apa yang akan dicapai, yang kemudian memberikan pedoman, garis-garis besar tentang apa yang akan dituju. Perencanaan juga merupakan suatu persiapan (*preparation*) untuk pelaksanaan suatu kegiatan. Planning dapat diartikan sebagai keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang dalam hal-hal yang akan dikerjakan dimasa yang akan datang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditentukan (Siswanto, 2009).

Simbolon (2004) menjelaskan pada fungsi perencanaan, manajer memiliki deskripsi pekerjaan sebagai berikut:

- 2.2.1.1. Menetapkan, mendeskripsikan, dan menjelaskan tujuan
- 2.2.1.2. Memprakirakan
- 2.2.1.3. Menetapkan syarat dan dugaan tentang kinerja
- 2.2.1.4. Menetapkan dan menjelaskan tugas untuk mencapai tujuan
- 2.2.1.5. Menetapkan rencana penyelesaian
- 2.2.1.6. Menetapkan kebijakan
- 2.2.1.7. Merencanakan standar-standar dan metode penyelesaian
- 2.2.1.8. Mengetahui lebih dahulu permasalahan yang akan datang dan mungkin terjadi

2.2.2. *Organizing* (pengorganisasian)

Pengorganisasian adalah pengaturan setelah ada rencana. Dalam hal ini diatur dan ditentukan tentang apa tugas pekerjaan, macam/jenis serta sifat pekerjaan, unit-unit kerja, siapa yang akan melakukan, apa alatnya, bagaimana keuangannya, dan

fasilitas-fasilitasnya. Kemudian setelah ada penentuan tersebut, diadakan pembagian tugas baik macam, sifat, atau jenis tugas pekerjaan, agar dapat dengan mudah diupayakan petugas yang cakap, mampu, dan terampil sesuai dengan persyaratan yang dibutuhkan (Suyanto, 2009).

Simbolon (2004) menuliskan fungsi pengorganisasian manajer memiliki deskripsi pekerjaan sebagai berikut:

- 2.2.2.1. Mendeskripsikan pekerjaan dalam tugas pelaksanaan
- 2.2.2.2. Mengklasifikasikan tugas pelaksanaan dalam pekerjaan operasional
- 2.2.2.3. Mengumpulkan pekerjaan operasional dalam kesatuan yang berhubungan dan dapat dikelola
- 2.2.2.4. Menetapkan syarat pekerjaan
- 2.2.2.5. Mengkaji dan menetapkan individu pada pekerjaan yang tepat
- 2.2.2.6. Mendelegasikan otoritas yang tepat kepada masing-masing manajemen
- 2.2.2.7. Memberikan fasilitas tenaga kerja dan sumber daya lainnya
- 2.2.2.8. Menyesuaikan organisasi ditinjau dari sudut hasil pengendalian

2.2.3. Actuating (pelaksanaan/penggerakan)

Setelah adanya perencanaan dan pengorganisasian, maka masuk pada fase pelaksanaan/penggerakan dalam rangka menyelesaikan tugas demi tercapainya tujuan bersama.

Pelaksanaan/penggerakan ialah suatu fungsi penggerakan dari pimpinan serta penggerakan orang-orang agar orang-orang atau kelompok orang-orang itu suka dan mau bekerja. Berdasarkan pengertian tersebut, jelaslah bahwa fungsi pelaksanaan sangat penting sebab walaupun perencanaan telah rapi dan pengorganisasian telah tertib sesuai dengan prinsip-prinsipnya masing-masing namun belumlah terjamin organisasi itu bergerak kearah yang ditentukan jika fungsi yang ke 3 belum dilaksanakan.

Simbolon (2004) menjelaskan pada fungsi pelaksanaan manajer memiliki deskripsi pekerjaan sebagai berikut:

- 2.2.3.1. Memberitahu dan menjelaskan tujuan kepada para bawahan
- 2.2.3.2. Mengelola dan mengajak para bawahan untuk bekerja semaksimal mungkin
- 2.2.3.3. Membimbing bawahan untuk mencapai standar operasional (pelaksanaan)
- 2.2.3.4. Mengembangkan bawahan guna merealisasikan kemungkinan sepenuhnya
- 2.2.3.5. Memberikan orang hak untuk mendengarkan
- 2.2.3.6. Memuji dan memberikan sanksi secara adil
- 2.2.3.7. Memberi hadiah melalui penghargaan dan pembayaran untuk pekerjaan yang diselesaikan dengan baik
- 2.2.3.8. Memperbaiki usaha penggerakan dipandang dari sudut hasil pengendalian

2.2.4. *Controlling* (pengendalian/pengawasan).

Pengawasan ialah suatu proses yang dilaksanakan oleh pimpinan untuk mengetahui hasil pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan dengan membandingkan kesesuaian hasil tersebut dengan rencana, perintah, tujuan dan kebijakan yang telah ditentukan. Walaupun rencana yang baik sudah ada kemudian dapat diatur dan digerakkan, tetapi belum menjamin bahwa tujuan akan tercapai dengan sendirinya, masih harus ada kendali (*control*). Hal ini untuk menilai ketepatan penempatan orang-orangnya (*the right man in the right place*), kesesuaian waktu dan cara pengerjaan, sehingga kalau terdapat kesalahan-kesalahan secepat mungkin akan dilakukan perbaikan dengan segera agar tujuan dapat tercapai.

Menjalankan tugas pengendalian (*controlling*) ini memang berat, karena tidak setiap orang mengerti tentang fungsi pengawasan atau pengendalian sehingga bila ada orang yang menjalankan fungsi tadi secara konsekuen seringkali dibenci dan dimusuhi (Simbolon, 2004).

Simbolon (2004) menjelaskan peran manajer pada fungsi pengendalian sebagai berikut:

- 2.2.4.1. Membandingkan hasil dengan rencana pada umumnya
- 2.2.4.2. Menilai hasil dengan standar hasil pelaksanaan

- 2.2.4.3. Menciptakan alat yang efektif untuk mengukur pelaksanaan
- 2.2.4.4. Memberitahukan alat pengukur
- 2.2.4.5. Memudahkan data yang detail dalam bentuk yang menunjukkan perbandingan dan pertentangan
- 2.2.4.6. Mengajukan tindakan perbaikan apabila dibutuhkan
- 2.2.4.7. Memberitahukan anggota tentang interpretasi yang bertanggung jawab
- 2.2.4.8. Menyesuaikan pengendalian dengan hasil.

Berdasarkan penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa pengawasan berfungsi untuk mencegah atau memperbaiki kesalahan, penyimpangan, ketidaksesuaian, dan lainnya yang tidak sesuai dengan tugas dan wewenang yang telah ditentukan. Jadi fungsi pengawasan bukan mencari kesalahan terhadap orangnya tetapi mencari kebenaran dari hasil pelaksanaan pekerjaan.

Meskipun keempat fungsi manajemen tersebut terpisah satu sama lain tetapi sebagai sebuah proses, keempatnya merupakan suatu rangkaian kegiatan yang berhubungan satu sama lain. Pada kesempatan tertentu, salah satu atau beberapa fungsi manajemen akan lebih menonjol dari fungsi manajemen lainnya. Akan tetapi dalam proses pencapaian tujuan organisasi semua fungsi manajemen mempunyai peranan yang sama pentingnya (Muninjaya, 2006). Sesuai dengan uraian tersebut berarti manajer adalah seorang yang bertindak sebagai perencana, pengorganisasi, pengarah, pemotivasi, serta pengendali orang dan mekanisme kerja untuk mencapai tujuan.

Manajemen keperawatan adalah proses kerja sama melalui personel perawat untuk menyediakan asuhan, terapi, dan kenyamanan bagi kelompok pasien. Aktivitas manajemen mencakup perencanaan, pengorganisasian, pengarahannya dan pengawasan terhadap kesediaan finansial, material dan sumber daya manusia sehingga asuhan sekelompok pasien menjadi efektif dan efisien (Depkes, 2010). Swanburg (2000) menyatakan manajemen dalam keperawatan berhubungan dengan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengaturan staf (*staffing*), kepemimpinan (*leading*) dan pengendalian (*controlling*). Seorang manajer perawat melaksanakan fungsi-fungsi ini untuk memberikan pelayanan kesehatan pada pasien. Perawat

manajer bekerja pada semua tingkat manajemen untuk melaksanakan konsep-konsep, prinsip-prinsip dan teori-teori manajemen keperawatan. Manajer mengatur lingkungan organisasi untuk menciptakan suasana optimal bagi persyaratan pengawasan keperawatan perawat klinis (Swanburg, 2000).

Marquis & Huston (2007) mengatakan bahwa manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktivitas yang secara simultan saling berhubungan sebagai suatu proses untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan keperawatan yang berkualitas pada pasien yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, kepersonaliaan, pengarahan dan pengendalian. Pengelolaan keperawatan kesehatan masyarakat merupakan kegiatan yang menerapkan prinsip-prinsip manajemen keperawatan, dimana kegiatan pengelolaannya terdapat jenjang pengelolaan yaitu dimulai dari tingkat puskesmas hingga Dinas Kesehatan Provinsi. Hal ini sesuai dengan teori manajemen modern yaitu bahwa manajer dibagi menjadi 3 lapisan yaitu *top manager* (pengambil keputusan/ pengelola di tingkat atas), *middle top manager* (pengambil keputusan/ pengelola tingkat menengah) dan *first line manager* (pengambil keputusan/ pengelola di tingkat pelaksana) (Depkes, 2006).

2.3. Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

2.3.1. Pengertian Perkesmas

Perkesmas merupakan salah satu kegiatan pokok puskesmas yang sudah ada sejak konsep puskesmas diperkenalkan. Perkesmas pada dasarnya adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perpaduan konsep kesehatan masyarakat dengan konsep keperawatan yang ditujukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan kelompok resiko tinggi. Dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal dilakukan melalui upaya promotif dan preventif di semua tingkat pencegahan yang menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan (Depkes, 2006)

2.3.2. Tujuan Perkesmas

Tujuan perkesmas adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan secara optimal. Pelayanan keperawatan diberikan secara langsung kepada seluruh lapisan masyarakat dalam rentang sehat-sakit dengan mempertimbangkan seberapa jauh masalah kesehatan masyarakat mempengaruhi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Sasaran perkesmas adalah seluruh lapisan masyarakat, termasuk individu, keluarga, kelompok risiko tinggi seperti kelompok masyarakat di wilayah kumuh, terisolasi, daerah konflik, daerah yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan (Depkes, 2006).

2.3.3. Sasaran Perkesmas

Fokus utama kegiatan perkesmas adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan, membimbing dan mendidik individu, keluarga, kelompok, termasuk juga kelompok calon jamaah haji (Kemkes, 2012) dan masyarakat untuk menanamkan pengertian, kebiasaan, dan perilaku hidup sehat, sehingga mampu memelihara derajat kesehatannya. Perkesmas berorientasi pada proses pemecahan masalah yang dikenal dengan nama proses keperawatan, yaitu metode ilmiah dalam keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan sebagai cara terbaik dalam memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai respon manusia dalam menghadapi masalah kesehatan. Langkah-langkah proses keperawatan dalam perkesmas adalah sebagai pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian. Dalam penerapan proses keperawatan, terjadi proses alih peran dari tenaga keperawatan kepada pasien (sasaran) secara bertahap dan berkelanjutan untuk mencapai kemandirian sasaran dalam menyelesaikan masalah kesehatannya (Depkes, 2006).

2.3.4. Pelaksanaan Kegiatan Perkesmas

Menurut Depkes (2006) pelaksanaan kegiatan perkesmas mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- 2.3.4.1. Merupakan perpaduan antara pelayanan keperawatan dan kesehatan masyarakat
- 2.3.4.2. Adanya kesinambungan pelayanan kesehatan
- 2.3.4.3. Fokus pelayanan pada upaya promotif dan preventif baik pada tingkat pencegahan pertama, kedua, dan ketiga

- 2.3.4.4. Terjadi proses alih peran dari perawat kepada klien sehingga terjadi kemandirian
- 2.3.4.5. Adanya kemitraaan antara perawat perkesmas dengan masyarakat dalam upaya kemandirian klien
- 2.3.4.6. Memerlukan kerjasama dengan tenaga kesehatan lain dan masyarakat
- 2.3.4.7. Membutuhkan pengelolaan yang dilaksanakan melalui pengelolaan perkesmas

2.4. Pengelolaan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

2.4.1. Pengertian Perawat Pengelola Tingkat Dinas Kesehatan

Perawat Pengelola adalah Pegawai Negeri Sipil yang diberi tugas, wewenang, dan tanggung jawab oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan analisis, mengelola, pengembangan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan kesehatan masyarakat, bimbingan, evaluasi, serta pelaporan keperawatan (Depkes, 2006)

2.4.2. Pengertian Pengelolaan Perkesmas

Pengelolaan Perkesmas adalah kegiatan memotivasi, mengarahkan, membimbing, dan mengendalikan tenaga keperawatan puskesmas dalam pelaksanaan pelayanan perkesmas di puskesmas (Depkes, 2004). Pengelolaan ini juga dilakukan dalam rangka pengendalian mutu pelayanan perkesmas melalui bimbingan dari perawat pengelola kepada perawat pelaksana, untuk meningkatkan kemampuan keperawatannya sesuai dengan peran dan fungsinya (Depkes, 2006).

2.4.3. Manfaat Pengelolaan Perkesmas

Menurut Depkes (2006) pengelolaan perkesmas memiliki manfaat, antara lain:

- 2.4.3.1. Meningkatkan profesionalisme perawat puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan di wilayah kerja puskesmas
- 2.4.3.2. Meningkatkan kemampuan manajerial dalam pengelolaan perkesmas
- 2.4.3.3. Meningkatkan keterampilan perkesmas sesuai kompetensi dan kewenangannya
- 2.4.3.4. Meningkatkan penggunaan standar/pedoman dan kode etik perawat
- 2.4.3.5. Meningkatkan motivasi kerja perawat puskesmas

2.4.3.6. Meningkatkan kerja tim yang lebih baik

2.4.4. Jenjang dan Jaringan Pengelolaan Perkesmas

Jenjang dan jaringan kerja pengelolaan perkesmas dilakukan secara berjenjang di tingkat puskesmas, Kabupaten/Kota, dan Provinsi. Kualifikasi pengelola perkesmas di tiap jenjang hampir sama yaitu, berlatar belakang D-III Keperawatan dan menguasai kompetensi di bidang perkesmas. Perbedaannya adalah pada jenjang provinsi dan kabupaten/kota, mereka memiliki jabatan fungsional Administrator Kesehatan, memiliki latar belakang pendidikan lanjutan S-1 Kesehatan (diutamakan S-1 Keperawatan/Ners), memiliki pengalaman kerja 4 tahun di puskesmas, memiliki sertifikasi pelatihan pengelola dan perkesmas. Sedangkan perawat koordinator perkesmas di puskesmas adalah memiliki sertifikasi pelatihan perkesmas serta pengalaman kerja di puskesmas minimal 3 tahun (Depkes, 2006)

2.4.5. Peran/Fungsi, Tugas, dan Wewenang Perawat Pengelola Perkesmas

Depkes (2006) membagi Peran/Fungsi, Tugas, dan Wewenang Perawat Pengelola Perkesmas, sebagai berikut.

2.4.5.1. Koordinator dan kolaborator

Perawat pengelola melakukan koordinasi dengan semua unit kerja dan lintas sektor yang terkait dengan perencanaan dan pelaksanaan program perkesmas. Selain hal tersebut berperan pula sebagai penghubung antara puskesmas, perawat koordinator perkesmas dengan dinas Kesehatan Kab/Kota serta sektor terkait lainnya.

2.4.5.2. Mengembangkan tim kerja

Perawat pengelola dapat membangun tim kerja 5-15 orang terdiri dari staf keperawatan fungsional yang ada di Dinkes Kabupaten/Kota dan perawat koordinator perkesmas di puskesmas. Tim ini berbagi tugas dan tanggung jawab tertentu misal untuk menyusun petunjuk teknis penerapan perkesmas, mengembangkan SOP perkesmas termasuk SOP asuhan keperawatan keluarga, menyusun indikator kinerja perkesmas di puskesmas sesuai dengan masalah di wilayah masing-masing. Di

dalam tim ini, semua orang didorong untuk mempelajari semua tugas yang harus dilakukan.

2.4.5.3. Pendidik

Sebagai pendidik di bidang kesehatan, perawat pengelola diharapkan mampu menyusun program pelatihan keperawatan kesehatan masyarakat untuk perawat kordinator perkesmas maupun perawat pelaksana di puskesmas. Peran ini mengharapakan pula agar perawat pengelola dapat mengelola pelaksanaan pelatihan dan memberikan pembelajaran baik manajerial maupun klinis keperawatan. Dalam pembelajaran ini menggunakan teknik melatih bagi orang dewasa yang lebih mengedepankan cara belajar aktif bagi peserta pelatihan. Selain dalam pelatihan, peran pendidik diterapkan pula dalam memberikan penyuluhan kepada masyarakat skala Kabupaten.

2.4.5.4. Advokasi

Perawat pengelola mampu melakukan advokasi dalam rangka membangun persamaan persepsi tentang program perkesmas baik kepada lintas program maupun lintas sektor. Advokasi ini diperlukan untuk membangun komitmen semua pihak yang terlibat dalam pengembangan perkesmas guna mencapai pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat dijangkau oleh masyarakat.

2.4.5.5. Peneliti

Perawat pengelola diharapkan dapat melaksanakan penelitian bidang kesehatan dan keperawatan khususnya penelitian-penelitian terapan (applied research). Area penelitian dapat diarahkan pada manajemen maupun klinis. Area manajemen misal pengelolaan pelayanan keperawatan di puskesmas, kontribusi pelayanan keperawatan dalam pencapaian indikator kesehatan di puskesmas atau Kabupaten/kota, peran perawat perkesmas di puskesmas.

Sedangkan area klinis misalnya implementasi pelayanan keperawatan dalam pencegahan primer, sekunder, atau tertier pada tingkat individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Perawat pengelola dapat pula berperan serta dalam penelitian

lainnya misalnya bidang epidemiologi, perencanaan kesehatan, penerapan *primary health care*.

Penelitian ini diharapkan dapat membantu perawat pengelola dalam mengevaluasi penerapan perkesmas, merencanakan pengembangan perkesmas, sebagai dasar untuk pengambilan keputusan dan pengembangan kebijakan pelayanan keperawatan dan kesehatan wilayah. Secara lebih sederhana perlu dilakukan analisis kesehatan masyarakat untuk penetapan program-program perkesmas. Dalam hal ini dapat digunakan *rapid assesment procedure* yang relatif lebih mudah dan cepat dalam pelaksanaannya.

2.4.5.6. Pemimpin yang adaptabel dan pembaharu

Seorang pengelola diharapkan menjadi *leader* bagi dirinya sendiri dan dalam kelompoknya. Tidak ada gaya kepemimpinan tunggal yang melekat dalam melaksanakan kepemimpinan. Dikenal beberapa gaya kepemimpinan antara lain pemimpin sistematis yaitu yang memiliki ciri-ciri sebagai berikut.

1. Membuat pilihan dengan menggunakan urutan langkah yang logis
2. Menggunakan bukti/evidence untuk mendukung keputusan
3. Mengenali hambatan
4. Menekankan perlunya informasi

Sedangkan gaya yang lain adalah pemimpin intuitif memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Meloncat-loncat dalam mengikuti urutan berpikir logis (*flight of idea*)
2. Menghindari hal spesifik
3. Terus menerus memformulasikan ulang masalah yang dihadapi
4. Mencari pembenaran keputusan
5. Dengan cepat mencoba dan meninggalkan alternatif
6. Mengikuti instink dan sering kali bertindak impulsif.

Menyikapi dua gaya kepemimpinan di atas maka gaya kepemimpinan sistematis dinilai lebih kondusif untuk melaksanakan peran perawat pengelola. Disamping gaya

tersebut dapat dikombinasikan pula dengan beberapa tipe kepemimpinan yang lain misal gaya *delegating*, *participating*, atau gaya *telling*.

Gaya kepemimpinan seseorang haruslah memperhatikan karakteristik kelompok dan individu yang dihadapi. Kepemimpinan yang adaptabel adalah sesuatu yang dapat dikembangkan bukan sesuatu yang selalu pasti. Hal ini berarti melatih pengelola untuk melihat apa yang diperlukan dan melakukan improvisasi. Untuk dapat melihat, harus berulang-ulang diamati hal-hal apa yang terjadi dalam tim, misalnya mengamati untuk melihat bagaimana anggota tim perawat kordinator saling berhubungan, sifat dan kualitas dari interaksi tersebut.

Pengelola dapat melakukan adaptabilitas dalam memberikan arahan dan dukungan. Anggota dapat diarahkan dengan membantu mereka mengerti agar memahami yang harus dilakukan, memberikan kejelasan pada tugasnya

2.4.5.7. Evaluator

Perawat pengelola diharapkan dapat melaksanakan peran sebagai evaluator untuk mengevaluasi hasil kegiatan atau upaya yang telah dilaksanakan oleh tim kerjanya. Evaluasi dilaksanakan untuk membandingkan pekerjaan yang telah dilaksanakan dengan standar atau indikator yang telah ditentukan. Berdasar perbandingan tersebut akan diketahui kegiatan yang benar dan diketahui pula adanya penyimpangan yang memerlukan perbaikan. Pada hakekatnya hasil evaluasi digunakan untuk upaya peningkatan maupun tindakan perbaikan.

2.4.5.8. Fasilitator perubahan perilaku

Seorang pemimpin harus mempunyai inspirasi untuk selalu mengadakan perubahan perilaku. Cara yang dapat digunakan untuk mencapai perubahan individu adalah dengan cara menarik minat untuk melahirkan komitmen atas pencapaian suatu sasaran. Cara lain yang dipandang efektif untuk terjadinya perubahan perilaku adalah melalui pemberian *reinforcement* positif atau penguatan. Melalui *reinforcement* tersebut seseorang akan terpacu untuk melakukan tugas/pekerjaan berikutnya dengan lebih baik (Depkes, 2006).

2.4.5.9. *Coach*

Coaching atau pembinaan perlu dilaksanakan oleh perawat pengelola kepada tim kerja atau kepada perawat kordinator perkesmas di puskesmas dan perawat pelaksana puskesmas. *Coaching* dapat mendorong kemampuan masing-masing individu baik kemampuan manajerial maupun klinikal.

Menurut WHO (2003) Hal-hal positif yang dapat diperoleh apabila *coaching* dapat dilaksanakan adalah sebagai berikut.

1. Dapat menilai masing-masing peserta dengan berbagai metode penilaian termasuk observasi dan wawancara.
2. Dapat mengikuti lebih dekat setiap perkembangan peserta.
3. Lebih menekankan pada pendekatan personal dibanding dengan pendekatan kelompok.
4. Peserta merasa lebih termotivasi dan bertanggung jawab untuk melakukan ketrampilan yang baru dipelajari karena bimbingan berlangsung terus menerus dan personal.
5. Peserta secara individu memperoleh bimbingan intensif sesuai dengan kemampuan dasar, perkembangan, dan kebutuhan peserta.

Depkes (2006) menyatakan tugas pengelola perkesmas:

1. Mengidentifikasi masalah pelaksanaan pelayanan/asuhan keperawatan dan pengelolaan perkesmas di puskesmas
2. Menyusun rencana pengelolaan termasuk rencana memotivasi tenaga keperawatan puskesmas
3. Melaksanakan pengelolaan terhadap: pelaksanaan asuhan keperawatan, pengelolaan kegiatan perkesmas, penilaian kegiatan perkesmas
4. Mengelola dan menganalisa hasil pengelolaan perkesmas
5. Merencanakan dan melaksanakan tindak lanjut pengelolaan yang dilakukan terhadap tenaga-tenaga keperawatan perkesmas

6. Memantau pelaksanaan tindak lanjut pengelolaan perkesmas dan menyiapkan umpan balik untuk puskesmas.
7. Melaporkan hasil pengelolaan perkesmas kepada atasan langsung secara tertulis, dan menyiapkan umpan balik untuk perkesmas
8. Mendokumentasikan kegiatan pengelolaan perkesmas
9. Menyusun Perencanaan kegiatan (jangka pendek) dan pengembangan program perkesmas (jangka panjang)
10. Menyusun Perencanaan peningkatan SDM (Perawat pelaksana)
11. Menyusun Perencanaan pengadaan alat perkesmas
12. Menyusun Perencanaan pengadaan sarana penunjang
13. Melakukan Pengorganisasian perkesmas dan jejaring kerja
14. Penyusunan juknis dan SOP pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat dengan melibatkan tim kerja.
15. Menyusun uraian tugas perawat kordinator perkesmas di puskesmas
16. Penyusunan indicator kinerja perawat kordinators
17. Melaksanakan peningkatan kemampuan perawat pelaksana perkesmas di Kabupaten bekerja sama dengan pihak terkait
18. Advokasi terhadap Stakeholder terkait
19. Melaksanakan Pembinaan terhadap perawat kordinator
20. Melaksanakan Monitoring dan Evaluasi
21. Melaksanakan penilaian perawat kordinator perkesmas di puskesmas (posisi akan dirubah)
22. Melaksanakan bimbingan/coaching perawat pelaksana di puskesmas
23. Melaksanakan penilaian dalam rangka akreditasi institusi pendidikan dan pelatihan keperawatan
24. Melaksanakan penilaian dalam rangka akreditasi puskesmas dan puskesmas pembantu
25. Menyusun rekomendasi kebijakan program perkesmas
26. Mengkaji rancangan/hasil uji coba pengembangan program perkesmas
27. Mensupervisi pelaksanaan program perkesmas
28. Melaksanakan kegiatan pengembangan profesi

29. Dalam melaksanakan tugasnya, pengelola bertanggung jawab kepada atasan langsung

Menurut Depkes (2004) wewenang pengelola perkesmas adalah sebagai berikut.

1. Memberi saran upaya penyelesaian masalah asuhan keperawatan terpadu kepada kepala Puskesmas dan koordinator perkesmas.
2. Melakukan bimbingan teknis dalam upaya meningkatkan kemampuan tenaga keperawatan puskesmas
3. Terlibat menilai angka kredit jabatan tenaga perawat.

Pengelola perkesmas dalam melaksanakan pekerjaannya sangat dipengaruhi oleh kinerja baik. Faktor yang mempengaruhi kinerja perawat menurut Ilyas (2002) karakteristik individu meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja. Selengkapnya mengenai karakteristik individu, adalah sebagai berikut.

1. Usia

Usia manusia sangat bervariasi, setiap fase perkembangan manusia selalu identik dengan penambahan usia. Mohamad (2001) membagi periodisasi biologis perkembangan manusia, sebagai berikut: 0 - 1 tahun (masa bayi), 1 - 6 tahun (masa pra sekolah), 6 - 10 tahun (masa sekolah), 10 - 20 tahun (masa pubertas), 20 - 40 tahun (masa dewasa), 40 - 65 tahun (masa setengah umur/prasenium/prelansia), 65 tahun ke atas (masa lanjut usia/senium). Batasan usia ini memungkinkan seseorang dapat dinilai batas usia produktif yang membuat ia bertahan dengan kekuatan pekerjaannya. Adapula saat terjadi penurunan kemampuan dalam menghasilkan pekerjaan karena bertambahnya usia.

Kematangan individu dengan penambahan usia berhubungan erat dengan kemampuan analitis terhadap permasalahan atau fenomena yang ditemukan (Siagian, 2002) yang menyatakan bahwa umur mempunyai kaitan erat dengan berbagai segi organisasi, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan psikologis menunjukkan kematangan dalam arti individu menjadi semakin bijaksana dalam mengambil keputusan bagi kepentingan organisasi. Slamet (2003) menyatakan

bahwa kemampuan analitis akan berjalan sesuai dengan penambahan usia, seorang individu diharapkan dapat belajar untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan tertentu sesuai dengan kematangan usia.

Penelitian Handayani (2002) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara usia perawat dengan kemampuan melakukan peran mandiri dalam memberikan asuhan keperawatan. Pernyataan tersebut didukung oleh penelitian Netty (2002) yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara usia perawat pelaksana dengan penerapan proses keperawatan. Namun demikian penelitian Prawoto (2007) dan Rusmiati (2006) menyatakan bahwa usia tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat.

2. Jenis Kelamin

Penelitian Panjaitan (2004) tentang kinerja perawat pelaksana, diperoleh hasil ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan kinerja perawat. Namun menurut Robbins (2006), tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja karyawan.

3. Masa Kerja

Robbins (2006) menyatakan, terdapat hubungan yang positif antara senioritas dengan produktivitas seseorang dan berhubungan secara negatif dengan keluar masuknya karyawan. Hasil penelitian Panjaitan (2002) mengatakan bahwa lama bekerja mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja. Bila usia dan masa kerja diperlakukan secara terpisah, tampaknya masa kerja akan merupakan peramal yang lebih konsisten dan mantap dari kinerja daripada usia kronologis (Robbins, 2001).

4. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu karakteristik demografi yang dapat mempengaruhi seseorang baik terhadap lingkungan maupun obyek tertentu. Selain itu pendidikan merupakan faktor tidak langsung yang berpengaruh pada kinerja (Ilyas, 2002). Siagian (2009) mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka besar keinginan untuk memanfaatkan

Universitas Indonesia

pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Hasil penelitian Panjaitan (2004) menyimpulkan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja. Hal ini selaras dengan hasil penelitian Prawoto (2007) yang menyatakan bahwa pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat pelaksana

2.4.6. Langkah-langkah pengelolaan

Menurut Depkes (2004) kegiatan pengelolaan meliputi.

2.4.6.1. Perencanaan

1. Menciptakan situasi kondusif dan terbuka
2. Menelaah ulang rencana supervisi/pengelolaan dikaitkan dengan tujuan pengelolaan
3. Menelaah komponen ketrampilan manajerial atau klinis yang akan di supervisi
4. Menyiapkan instrumen
5. Mendiskusikan instrument dengan perawat yang akan disupervisi

2.4.6.2. Pelaksanaan

1. Melakukan pengamatan dengan situasi kemitraan
2. Melakukan pengamatan untuk focus pada area ketrampilan yang akan disupervisi dengan menggunakan instrument yang telah disepakati
3. Memberikan umpan balik

2.4.6.3. Tindak lanjut

1. Pengelola menanyakan kesan selama supervisi
2. Pengelola bersama-sama perawat mereview tujuan supervisi serta target ketrampilan yang akan dicapai
3. Pengelola menyampaikan hasil pengelolaan yang telah dicatat atau direkam dan bersama-sama mendiskusikan perolehan data tersebut
4. Membandingkan target yang akan dicapai dengan hasil pengelolaan tersebut
5. Lakukan reinforcement dan motivasi perawat untuk melakukan tindak lanjut berikutnya

2.4.6.4. Penilaian

1. Pengelola melakukan penilaian terhadap hasil pengelolaan
2. Penilaian ini digunakan untuk bahan pengelolaan berikutnya

Keberhasilan pengelolaan selain dipengaruhi oleh proses manajemen yang baik yaitu mengikuti urutan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian, juga disertai sumber manajemen yang baik seperti manusia, uang/ pembiayaan, alat/ fasilitas dan kebijakan yang mendukung (As'ad, 2004)

2.4.7. Strategi dalam Pelaksanaan Perkesmas

WHO (2004) menyatakan bahwa dalam pelaksanaan perkesmas dibutuhkan beberapa strategi yang dapat mendukung antara lain.

2.4.7.1. Melibatkan dukungan pengambil keputusan (*stakeholder*) sampai ada komitmen politis. Dukungan ini dapat diperoleh melalui pemberdayaan *stakeholder* yang terdapat di wilayah baik pusat maupun setempat serta partisipasi dan *partnership* dengan *stakeholder* tersebut. bila sudah terjalin *partnership* serta jaringan yang solid, maka kesinambungan pelaksanaan dan pengelolaan perkesmas dapat dipertahankan. Dukungan dapat berupa kebijakan atau peraturan yang berlaku, dukungan finansial, dukungan sumber daya yang kompeten atau sarana prasarana (Depkes, 2006).

2.4.7.2. Kemampuan menggerakkan dan mengelola sumber daya

Kemampuan untuk menggerakkan dan mengelola tetap melalui prinsip- prinsip manajemen yaitu dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian sumber daya yang terdapat dalam pelaksanaan dan pengelolaan perkesmas. Sumber daya yang dimaksud yaitu.

1. Sumber daya manusia yaitu pengelola perkesmas, pelaksana perkesmas hingga tim kesehatan lainnya yang terlibat sebagai tim dan masyarakat
2. Sumber daya finansial yaitu pembiayaan dan sistem pembiayaan yang berlaku
3. Sumber daya material yaitu semua sarana dan prasarana yang mendukung seperti kendaraan, perkesmas/PHN kit, obat- obatan, form pencatatan dan pelaporan.

4. Kemampuan mengembangkan dan melaksanakan sistem informasi yang tepat yaitu sistem informasi untuk mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan data terkait pelaksanaan dan pengelolaan perkesmas yang berlaku.

2.4.8. Pelaksanaan perkesmas di Puskesmas

Pengelolaan kegiatan Perkesmas di Puskesmas dilaksanakan oleh pimpinan puskesmas yang dibantu oleh koordinator perkesmas di puskesmas. Terlaksananya pengelolaan program ini dapat dilihat melalui observasi rutin dan berkala atau dapat juga melalui ketersediaan bukti fisik yang dapat ditunjukkan oleh puskesmas sebagai hasil pelaksanaan perkesmas. Pelaksanaan perkesmas tersebut dapat dinilai dari adanya uraian tugas yang jelas untuk semua komponen pelaksana perkesmas, adanya pembagian wilayah binaan sesuai ketersediaan tenaga keperawatan di puskesmas, adanya laporan pelaksanaan pelayanan keperawatan keluarga, dan laporan tahunan pelaksanaan perkesmas di puskesmas (Depkes, 2006).

2.5. Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK)

2.5.1. Pengertian

Adalah suatu upaya peningkatan kemampuan manajerial dan kinerja perawat dan bidan dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana pelayanan kesehatan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu (Depkes, 2005). PMK merupakan upaya yang telah dikembangkan oleh WHO pada tahun 2001 berdasarkan temuan di DKI Jakarta terdapat 70,9% perawat tidak pernah mengikuti pelatihan selama 3 tahun terakhir, perawat banyak melakukan tugas-tugas di luar bidang keperawatan, perawat belum memiliki uraian tugas tertulis, tidak ada standar dalam melayani masyarakat, dan belum ada sistem monitoring evaluasi kinerja. Sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan, maka dikembangkanlah PMK. PMK memiliki komponen-komponen yang menunjang setiap program di puskesmas khususnya perkesmas. Komponen tersebut yaitu.

2.5.2. Komponen PMK

Menurut Depkes (2005), komponen PMK adalah.

- 2.5.2.1. Standar Operasional Prosedur (SOP) yaitu standar pelayanan keperawatan di RS, Puskesmas, Poskesdes, sarkes lain. Dalam penelitian ini SOP yang dimaksud adalah SOP kegiatan perkesmas.
- 2.5.2.2. Uraian tugas yaitu uraian wewenang perawat untuk masing-masing personal sehingga memudahkan monitoring dan evaluasi. Setiap personal melakukan tugasnya sesuai dengan uraian tugas tertulis yang telah ditetapkan sesuai kompetensi masing-masing
- 2.5.2.3. Indikator kinerja klinik yaitu adalah indikator kinerja pelayanan yang terdapat di setiap unit pelayanan, sedangkan indikator kinerja kunci adalah indikator yang disaring dari indikator-indikator kinerja klinik, dan indikator kunci ini merupakan indikator utama kinerja perawat di tatanan fasilitas kesehatan.
- 2.5.2.4. Diskusi Refleksi Kasus (DRK) yaitu suatu metode yang digunakan untuk merefleksikan kasus aktual dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan profesionalisme perawat, serta sekaligus sebagai media untuk *in-service training*
- 2.5.2.5. Monitoring dan evaluasi yaitu suatu mekanisme menggunakan instrumen dan metode monitoring serta evaluasi untuk mengetahui penerapan Standar/SOP dan pencapaian indikator kinerja

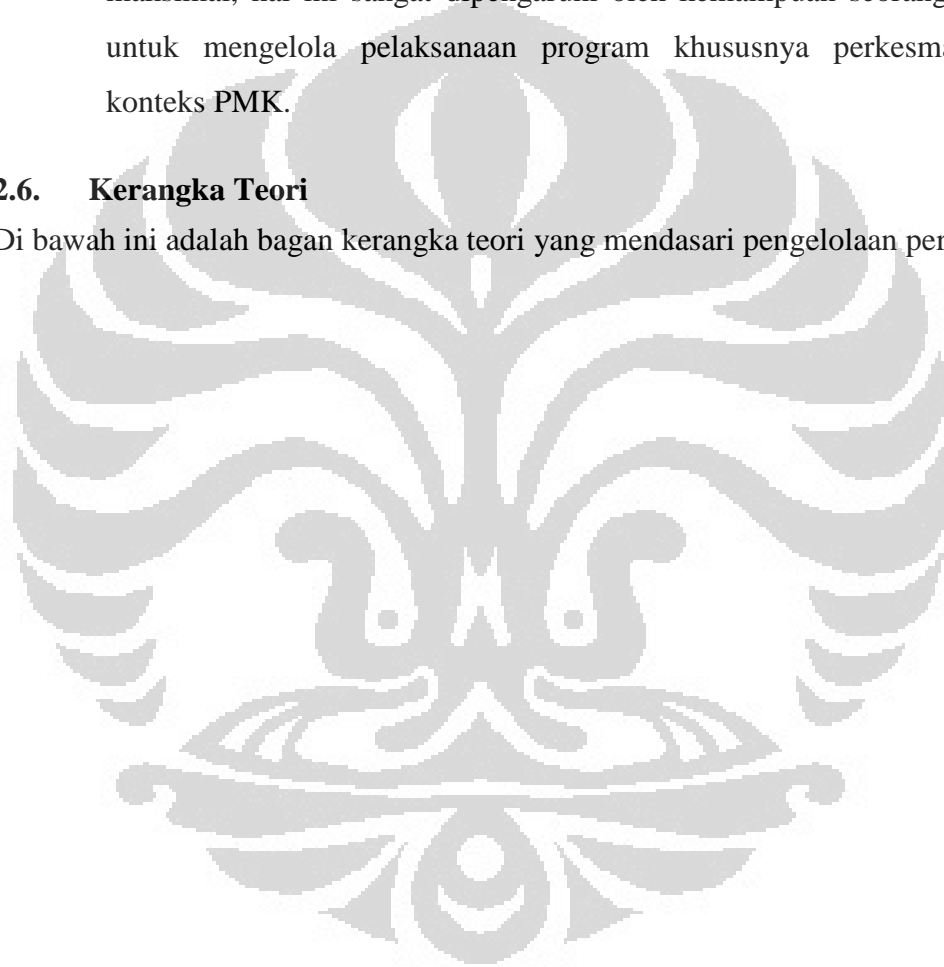
2.5.3. Prinsip PMK

- 2.5.3.1. Komitmen yaitu dukungan dan keinginan untuk melaksanakan PMK secara konsisten. Komitmen ini sangat diperlukan untuk kesinambungan pelaksanaan PMK khususnya terintegrasi dengan perkesmas. Komitmen ini harus dimiliki oleh semua komponen pengelola dan pelaksana perkesmas
- 2.5.3.2. Kualitas adalah hasil akhir yang akan dicapai dalam pelaksanaan PMK. Kualitas pelayanan yang dihasilkan merupakan cerminan dari pelaksanaan PMK yang terintegrasi dengan perkesmas
- 2.5.3.3. Kerja tim. Pelaksanaan integrasi PMK ini didasarkan atas kerja tim di puskesmas. Tim yang dimaksud adalah semua komponen yang terkait dengan pelaksanaan tersebut, sehingga tidak hanya profesi perawat saja.

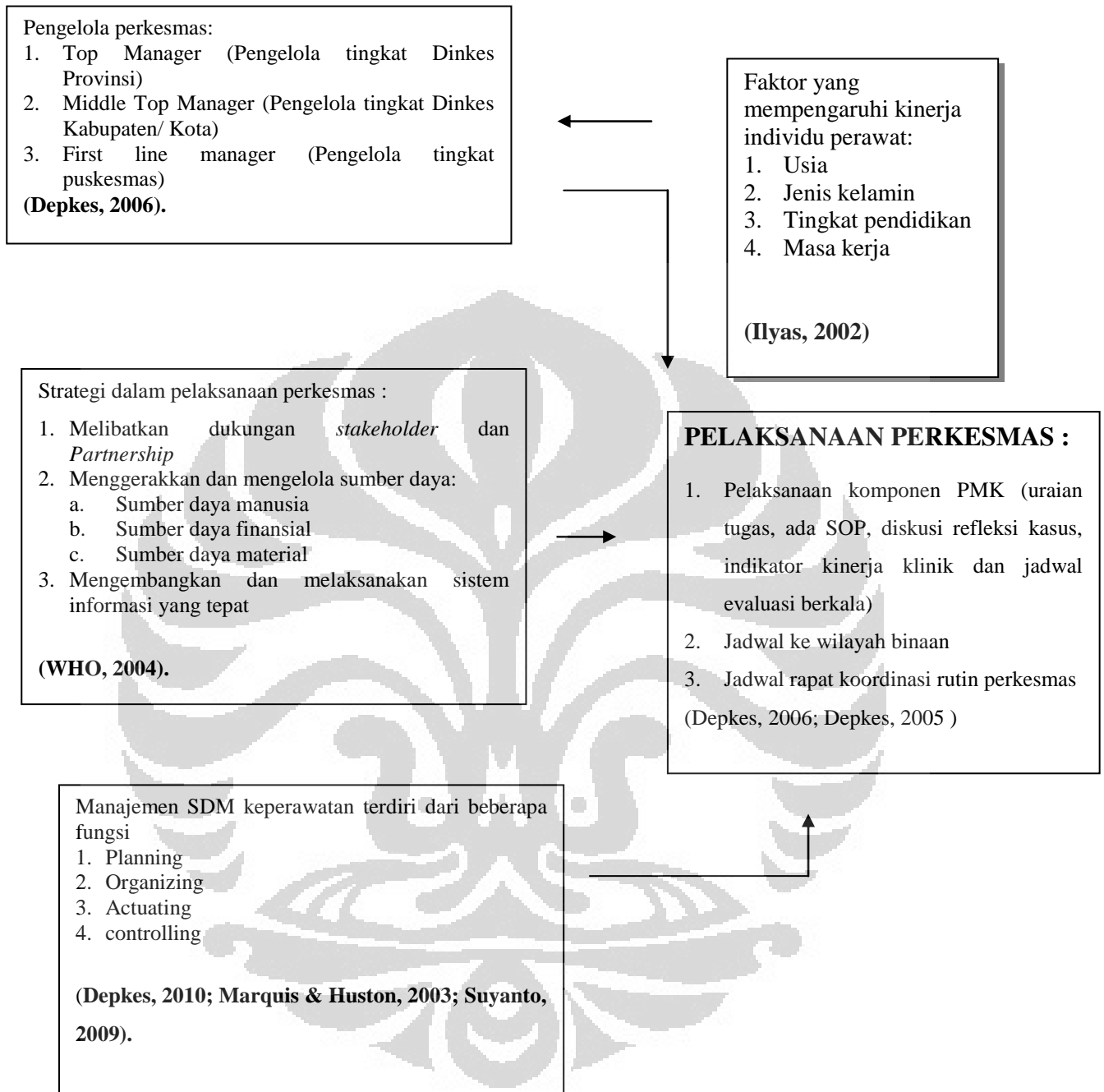
- 2.5.3.4. Pembelajaran berkelanjutan. Pembelajaran ini tidak terbatas pada tatanan formal namun juga non formal seperti pelatihan, kursus singkat, *on the job training*, dan lainnya. Pembelajaran ini adalah untuk meningkatkan kompetensi pelaksana perkesmas yang terintegrasi dengan PMK
- 2.5.3.5. Efektif dan efisien. Pelaksanaan PMK ini harus mempertimbangkan semua sumber daya yang ada, terutama sumber daya manusia. Dengan kekuatan yang dimiliki, maka pelaksanaan kegiatan dapat tercapai hasil yang maksimal, hal ini sangat dipengaruhi oleh kemampuan seorang pengelola untuk mengelola pelaksanaan program khususnya perkesmas dengan konteks PMK.

2.6. Kerangka Teori

Di bawah ini adalah bagan kerangka teori yang mendasari pengelolaan perkesmas.



Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab tiga akan dibahas tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan batas ruang lingkup penelitian dan diagram kerangka konsep menunjukkan keterkaitan antar variabel.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dibuat sebagai landasan peneliti dalam melakukan penelitian. Pada penelitian ini, yang akan diteliti adalah kinerja individu perawat dengan menggunakan teori kinerja Ilyas (2002), pengelola perkesmas tingkat puskesmas sesuai dengan teori Depkes (2006) dan strategi pelaksanaan perkesmas dari teori WHO (2004). Sedangkan pengelolaan perkesmas menggunakan manajemen keperawatan dengan teori Huston (2003) yang dikutip dari Suyanto (2009).

Variabel dalam penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor determinan yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas.

3.1.1 Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat menurut Ilyas, 2002 meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, dan WHO (2004), meliputi penggerakan dan pengelolaan sumber daya (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, penilaian), dan sistem informasi.

3.1.2 Variabel terikat (*dependent*)

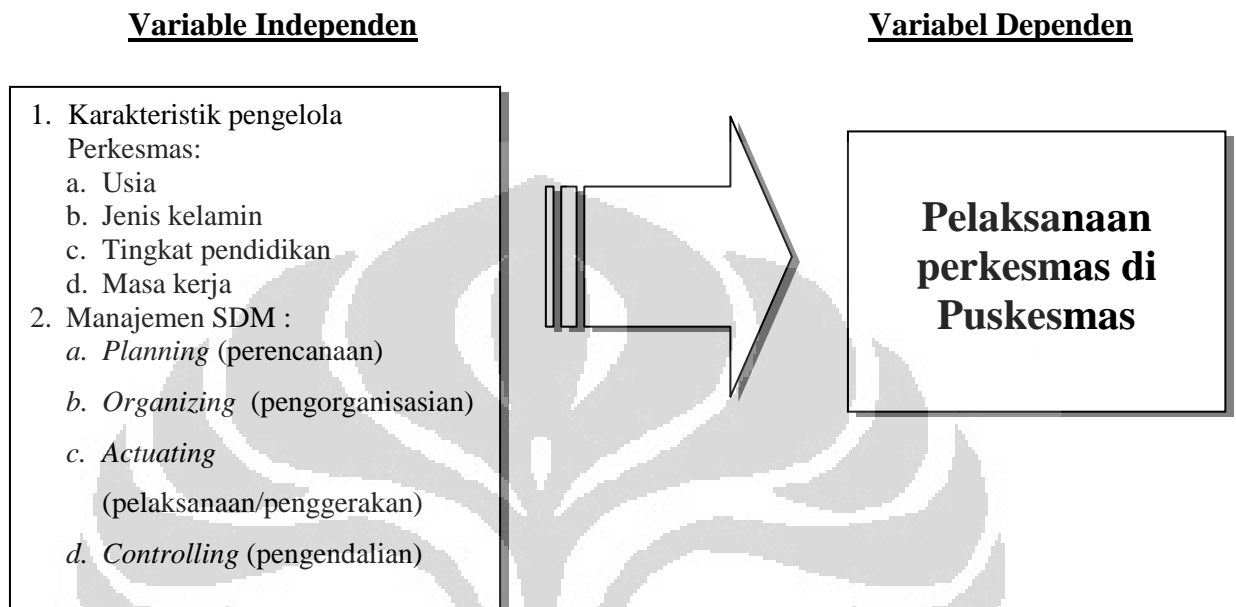
Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pelaksanaan perkesmas dengan kriteria adanya uraian tugas yang jelas setiap komponen pelaksana program perkesmas, pembagian wilayah binaan pelayanan keperawatan keluarga, dokumentasi asuhan keperawatan keluarga untuk setiap keluarga yang dibina oleh perawat perkesmas, dan laporan pelaksanaan perkesmas yang rutin setiap tahunnya sesuai format pelaporan yang berlaku di DKI Jakarta. Untuk memberikan gambaran yang lebih

Universitas Indonesia

jelas dan terarah akan alur penelitian ini digambarkan dalam kerangka konsep penelitian berikut:

Skema 3.1

Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis Penelitian

Dari kerangka konsep penelitian tersebut di atas, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

- 3.2.1 Ada pengaruh antara karakteristik individu (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja) pengelola perkesmas di puskesmas dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas
- 3.2.2 Ada pengaruh antara perencanaan SDM dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas
- 3.2.3 Ada pengaruh antara pengorganisasian SDM dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas
- 3.2.4 Ada pengaruh antara pelaksanaan/penggerakan SDM dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas
- 3.2.5 Ada pengaruh antara pengendalian SDM dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional untuk masing-masing variabel yang diteliti dapat dilihat pada tabel 3.1 di bawah ini.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel/ Variabel	Sub	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Independen					
1.Usia		Masa kehidupan pengelola perkesmas dihitung sejak tanggal kelahiran sampai dengan ulang tahun terakhir saat pengambilan data dilakukan, selanjutnya digolongkan sesuai dengan klasifikasi usia: 20-40 th (masa dewasa), 40-65 th (masa setengah umur), >65 th (masa lansia)	Kuisisioner, item pertanyaan	20-40 th 40 -65th >65 th	Nominal
2. Jenis kelamin		Penggolongan pengelola perkesmas yang terdiri dari laki-laki dan perempuan	Kuisisioner, item pertanyaan	Laki-laki Perempuan	Nominal
3.Tingkat Pendidikan		Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditempuh oleh pengelola perkesmas dan telah dinyatakan lulus yang dibuktikan dengan ijazah tanda lulus	Kuisisioner, item pertanyaan	SPK D3 Keperawatan S1 Keperawatan	Ordinal
4. Masa kerja		Lama bekerja melaksanakan perkesmas di puskesmas yang dihitung dalam tahun	Kuisisioner, item pertanyaan	0 : < 3 tahun 1 : ≥ 3 tahun	Ordinal
5. Perencanaan SDM		Persepsi perawat koordinator terhadap proses pemikiran dan penentuan secara matang dalam SDM keperawatan yang akan dikerjakan kemudian dalam rangka pelaksanaan perkesmas	Kuisisioner B terdiri dari 9 (no. 1-9) pertanyaan dengan menggunakan skala likert: Pernyataan positif, 4 = selalu, 3 = sering,	0: Tidak baik (skor<24,70) 1: baik (jika skor≥24,70)	Ordinal

Universitas Indonesia

Variabel/ Variabel	Sub	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
			2 = kadang-kadang, 1 = tidak pernah		
			Pernyataan negatif, 4= tidak pernah 3=kadang-kadang 2=sering 1=selalu Total Skor 8-32		
6.	Pengorganisasian SDM	Persepsi koordinator perkesmas dalam hal pengaturan dan penentuan terkait SDM pelaksana perkesmas tentang tugas pekerjaan, macam/jenis serta sifat pekerjaan, unit-unit kerja, personil yang akan melakukan, alatnya, keuangannya, dan fasilitas-fasilitasnya dalam pelaksanaan perkesmas	Kuisisioner B terdiri dari 7 (no. 10-16) pertanyaan dengan menggunakan skala likert: Pernyataan positif, 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang, 1 = tidak pernah	0: tidak baik (skor<18,96) 1: baik (skor≥18,96)	Ordinal
			Pernyataan negatif, 4= tidak pernah 3=kadang-kadang 2=sering 1=selalu		

Variabel/ Variabel	Sub	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
7. Penggerakan/pe laksanaan SDM		Persepsi/pendapat koordinator tentang kegiatan penggerakan semua sumber daya yang telah direncanakan dan diatur untuk pelaksanaan perkesmas	Kuisisioner B terdiri dari 5 pertanyaan (no. 17-21) dengan menggunakan skala likert: Pernyataan positif, 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang- kadang, 1 = tidak pernah Pernyataan negatif, 4= tidak pernah 3=kadang- kadang 2=sering 1=selalu	0: tidak baik (skor<13,00) 1: baik (skor≥13,00)	Ordinal
8. Pengendalian SDM		Persepsi koordinator perkesmas tentang kegiatan yang dilakukan untuk menilai hasil pelaksanaan perkesmas oleh pelaksana perkesmas sesuai dengan rencana, perintah, tujuan, kebijakan yang telah ditentukan	Kuisisioner B terdiri dari 9 (no. 22-30) pertanyaan dengan menggunakan skala likert: Pernyataan positif, 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang- kadang, 1 = tidak pernah Pernyataan negatif, 4= tidak pernah 3=kadang- kadang 2=sering 1=selalu	0: tidak baik (skor<24,44) 1: baik (jika skor≥24,44)	Ordinal

Variabel/ Variabel	Sub	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Dependen					
Pelaksanaan perkesmas		Semua kegiatan yang menunjang kesiapan pelaksanaan perkesmas berupa pelaksanaan komponen PMK, pembagian wilayah binaan keperawatan sesuai dengan jumlah keperawatan yang ada di puskesmas, dan rapat koordinasi perkesmas rutin berkala, sehingga pelaksanaan perkesmas dapat dikatakan baik	Kuesioner terdiri dari 8 pertanyaan dengan 2 pilihan jawaban yaitu YA dan TIDAK. Skor yang diberikan apabila jawaban tidak=0 dan apabila ya=1	0 = Tidak Baik total skor < 5,2 1 = Baik total skor \geq 5,2	Ordinal

Semua variabel di atas terdistribusi normal, sehingga untuk variabel yang tidak ada standar sesuai teori, *cut of point* menggunakan mean.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menguraikan desain penelitian, populasi dan sampel yang digunakan, serta prosedur penelitian. Prosedur penelitian meliputi: tempat penelitian, waktu penelitian, etik penelitian, instrumen pengumpul data, pengujian instrumen, prosedur pengumpulan data dan konsep analisis data yang digunakan. Data analisis dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat

4.1. Desain Penelitian

Penelitian yang dipilih adalah deskriptif korelatif. Maksud penelitian ini adalah ingin melihat hubungan pengaruh antara variabel bebas dengan variabel tergantung, yaitu faktor manajemen SDM yang terkait pelaksanaan perkesmas, dengan cara melakukan pengukuran sebanyak satu kali pada masing-masing variabel tersebut. Pengumpulan data baik variabel bebas maupun variabel terikat dengan pendekatan potong lintang dilakukan secara bersama-sama (Notoatmodjo, 2010).

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik pengelola perkesmas di puskesmas (usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja), fungsi manajemen SDM (perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengendalian) pada perkesmas, dan variabel terikat adalah pelaksanaan perkesmas.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian, terdiri dari kumpulan individu yang mempunyai beberapa karakteristik umum (Notoatmojo, 2010). Populasi penelitian ini adalah pengelola perkesmas tingkat puskesmas (perawat koordinator) di wilayah kotamadya Jakarta Barat provinsi DKI Jakarta. Jumlah perawat koordinator tersebut sama dengan jumlah puskesmas wilayah kotamadya Jakarta Barat yaitu berjumlah 88 yang terdiri dari 10 puskesmas kecamatan dan 78 puskesmas kelurahan.

4.2.2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Sampel merupakan bagian dari populasi yang mempunyai ciri-ciri atau keadaan yang diteliti (Sugiyono, 2007). Dalam mengambil sampel penelitian digunakan cara atau teknik tertentu, sehingga sampel dapat mewakili populasi (Notoatmodjo, 2010).

Kriteria inklusi pengelola perkesmas yaitu: koordinator perkesmas wilayah Jakarta Barat berjenis kelamin perempuan (hal ini dikarenakan dari hasil pengumpulan data didapatkan responden perempuan lebih mendominasi, hal ini dilakukan untuk menghindari hasil interpretasi data yang tidak sesuai dengan fenomena lapangan), pendidikan maksimal D3 Keperawatan (tingkat pendidikan S1 Keperawatan hanya sedikit jumlahnya dibandingka SPK dan D3 Keperawatan), dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini yang dibuktikan dengan surat kesediaan menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi yaitu koordinator perkesmas yang sedang cuti/ sakit.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan peneliti adalah menggunakan *Total Sampling*. Jumlah sampel sejumlah 88 orang koordinator perkesmas, namun yang memenuhi pengisian kuesioner hanya sejumlah 84 orang. Dari 84 responden tersebut, diseleksi lagi sesuai dengan kriteria inklusi yaitu responden perempuan dan tingkat pendidikan maksimal D3 Keperawatan, sehingga jumlah responden saat analisis data adalah 71 orang.

4.3. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan selama 4 bulan, mulai bulan Maret sampai dengan Juni 2012 di puskesmas wilayah kotamadya Jakarta Barat provinsi DKI Jakarta. Wilayah ini dipilih dengan alasan, kotamadya Jakarta Barat memiliki RW kumuh terbanyak dibandingkan wilayah kotamadya lainnya, sehingga jumlah sasaran perkesmas risiko tinggi juga lebih banyak.

4.4. Pertimbangan Etik

Peneliti mengajukan permohonan izin penelitian pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI). Peneliti juga meminta persetujuan izin etik (*ethical clearance*) pada Komite Etik Penelitian Keperawatan FIK-UI. Selanjutnya surat lolos uji etik tersebut digunakan oleh peneliti sebagai lampiran dalam pengajuan izin ke Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dan Suku Dinas Kesehatan Kotamadya Jakarta Barat. Surat lolos uji etik tersebut tertanggal 21 Mei 2012. Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etik meliputi.

4.4.1. *Autonomy*

Responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak dalam pelaksanaan penelitian ini secara suka rela, bila bersedia maka responden akan menandatangani surat persetujuan (*informed consent*) sebagai bentuk persetujuan mengikuti kegiatan penelitian ini. Pada saat pengambilan data, peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan kepada kepala puskesmas terlebih dahulu, baru kepada koordinator perkesmas. Selanjutnya adalah pengisian *informed consent*. Semua koordinator perkesmas setuju dan antusias dalam mengisi kuesioner penelitian, ditambah dengan adanya pernyataan lisan dari beberapa koordinator perkesmas kalau mereka senang sekali ada penelitian tentang perkesmas.

4.4.2. *Nonmaleficence*

Sebelum peneliti datang ke puskesmas, peneliti menghubungi dahulu puskesmas melalui telepon dan menyampaikan tujuan maksud kedatangan serta menerangkan waktu yang dibutuhkan untuk mengisi kuesioner, sehingga ketika tiba di puskesmas, peneliti diterima baik dan menjelaskan kembali maksud tujuan dengan lebih jelas. Pada saat hendak memberikan kuesioner, peneliti menanyakan waktu koordinator perkesmas terlebih dahulu, dan menjelaskan bahwa pengisian kuesioner ini menghabiskan waktu paling lama 30 menit. Rata-rata koordinator perkesmas tidak keberatan dengan waktu pengisian tersebut. Menurut beberapa responden, mereka telah meluangkan waktu sesuai pemberitahuan melalui telepon yang lalu.

4.4.3. *Justice*

Penelitian ini tidak melakukan diskriminasi pada kriteria yang relevan saat memilih subjek penelitian, namun saat pengolahan data ternyata terdapat perbandingan yang sangat tidak seimbang antara laki-laki dan perempuan, sehingga responden yang dipakai adalah koordinator perkesmas yang berjenis kelamin perempuan.

4.5. Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan lembar kuesioner. Lembar kuesioner berisi data demografi (kuesioner A), pertanyaan terkait faktor-faktor manajemen SDM yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di puskesmas (kuesioner B), dan pernyataan terkait pelaksanaan perkesmas (kuesioner C). Alat ini merupakan modifikasi dari tugas pengelola perkesmas (Depkes, 2006) dan instrumen evaluasi pematapan perkesmas (Depkes, 2010).

Data yang didapatkan untuk variabel bebas adalah data primer. Pengumpulan data primer dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner terstruktur berdasarkan variabel yang meliputi :

1. Karakteristik individu pengelola sebanyak 5 pertanyaan
 2. Perencanaan: 9 pernyataan yang terdiri dari 4 pernyataan positif dan 5 negatif
 3. Pengorganisasian: 7 pertanyaan yang terdiri dari 3 pernyataan positif dan 4 negatif
 4. Penggerakan: 5 pertanyaan yang terdiri dari 3 pernyataan positif dan 2 negatif
 5. Pengendalian: 9 pertanyaan yang terdiri dari 5 pernyataan positif dan 4 negatif
- Jumlah pernyataan positif adalah 15 pernyataan (50%) dan negatif 15 pernyataan (50%).

Adapun pengukurannya menggunakan *Rating scale* yaitu data mentah yang diperoleh berupa angka kemudian ditafsirkan dalam pengertian kualitatif (Sugiono, 2007).

Pengukuran untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas menggunakan pernyataan positif:

- 4: selalu (koordinator perkesmas melakukan hal tersebut setiap kegiatan)
- 3: sering (koordinator perkesmas tidak selalu konsisten menjalankan hal tersebut, maksimal 25% pernah tidak dilakukan)
- 2: kadang-kadang (koordinator perkesmas tidak selalu konsisten menjalankan hal tersebut, 25-50% pernah tidak dilakukan)
- 1: tidak pernah (tidak melakukan hal tersebut sama sekali)

dan pernyataan negatif:

- 4: tidak pernah (koordinator perkesmas melakukan hal tersebut setiap kegiatan)
- 3: kadang-kadang (koordinator perkesmas tidak selalu konsisten menjalankan hal tersebut, maksimal 25% pernah tidak dilakukan)
- 2: sering (koordinator perkesmas tidak selalu konsisten menjalankan hal tersebut, 25-50% pernah tidak dilakukan)
- 1: selalu (tidak melakukan hal tersebut sama sekali)

Variabel terikat pelaksanaan perkesmas menggunakan data primer dan data sekunder. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner terstruktur berdasarkan variabel yang meliputi :

1. Pelaksanaan PMK terdiri dari 5 pernyataan
2. Jadwal kunjungan ke wilayah binaan terdiri dari 1 pernyataan
3. Pembagian wilayah binaan terdiri dari 1 pernyataan
4. jadwal rutin rapat koordinasi perkesmas terdiri dari 1 pernyataan

Instrumen ini menggunakan pernyataan positif dengan dua pilihan jawaban dan menggunakan skor = 0 bila jawaban “tidak” dan skor = 1 bila jawaban “ya.

Variabel pelaksanaan perkesmas ini selanjutnya akan berupa komposit dari variabel-variabel penyusunnya dan akan dinilai dengan skor = 0 apabila total skor < dari mean/median dan skor = 1 total skor > dari mean/median.

4.6. Pengujian Instrumen

Ada dua syarat penting yang berlaku pada suatu angket/kuesioner, yaitu keharusan suatu angket/kuesioner untuk **Valid** dan **Reliabel**.

Suatu angket/kuesioner dikatakan **valid** (sah) jika pertanyaan pada angket/kuesioner tersebut mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh angket/kuesioner tersebut, sedangkan suatu angket/kuesioner dikatakan **reliabel** jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan dalam angket/kuesioner tersebut konsisten atau stabil dari waktu ke waktu.

Analisis dimulai dengan menguji reliabilitas terlebih dahulu, baru diikuti oleh uji validitas. Jika suatu angket/kuesioner tidak reliabel, berarti angket/kuesioner tersebut juga tidak valid. Namun angket/kuesioner yang reliabel belum tentu valid pada semua butir pertanyaannya.

Pengukuran reliabilitas instrumen pada penelitian ini dilakukan dengan membandingkan dengan nilai *Alpha Cronbach* dengan α 0,05. Bila *Alpha Cronbach* lebih besar atau sama dengan α maka pernyataan instrument tersebut reliabel.

Uji coba instrumen dilakukan sebelum melakukan pengumpulan data penelitian. Alat ukur penelitian harus memiliki validitas dan reliabilitas yang memadai. Uji coba dilakukan terhadap 30 orang pengelola perkesmas di provinsi Sumatera Barat. Alasan memilih tempat sebagai uji coba instrumen karena memiliki karakteristik populasi yang sama dengan populasi atau sampel yang sama dengan yang akan diteliti, provinsi tersebut juga telah menjadikan perkesmas sebagai program pengembangan prioritas (Depkes, 2011), dan lokasi ini tidak digunakan dalam penelitian. Berikut adalah hasil uji instrumen.

4.6.1. Hasil Uji Kuesioner

Kuesioner penelitian yang melalui tahap uji adalah kuesioner B untuk variabel bebas faktor-faktor manajemen SDM yang mencakup fungsi perencanaan,

pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian. Hasil analisis didapatkan Alpha Cronbach (α) = **0.943** bernilai positif dan lebih besar 0.7, artinya kuesioner ini terbukti **reliable**. Untuk hasil analisis validitas, didapatkan semua butir pertanyaan yang berjumlah 30 memiliki nilai r positif dan semua butir pertanyaan memiliki nilai $r > 0.361$ (r tabel untuk $n = 30$), artinya semua pernyataan tersebut adalah valid.

Kuesioner berikutnya adalah kuesioner C untuk variabel terikat pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Hasil analisis didapatkan Alpha Cronbach (α) = **0.841**, ini membuktikan bahwa kuesioner tersebut reliabel, sedangkan untuk uji validitas didapatkan semua butir memiliki nilai r positif dan di atas r tabel, sehingga semua pernyataan ini dinyatakan valid.

4.7. Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1. Prosedur Administrasi

Secara administrasi, alur yang dijalani peneliti adalah mengusulkan surat permohonan keterangan lulus uji etik dan surat izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK–UI) kemudian peneliti menyampaikan surat tersebut ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta., Kesbangpol Sudinkes Jakarta Barat, dan Kasudinkes Jakarta Barat. Selanjutnya membawa surat izin tersebut ke puskesmas-puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat dan berkoordinasi dengan bagian yang terkait dengan pelaksanaan penelitian.

4.7.2. Prosedur Teknis

Secara teknis peneliti pada tahap awal melakukan pertemuan dengan bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta untuk menyampaikan tentang maksud dan tujuan pelaksanaan penelitian. Kemudian persiapan proses penelitian, peneliti memberikan informasi sebelumnya tentang akan dilakukannya melalui surat ke puskesmas-puskesmas yang menjadi sampel penelitian. Setelah surat pemberitahuan, maka dilaksanakan penyebaran kuesioner kepada pengelola perkesmas selama 1 minggu.

Tahapan prosedur penelitian, sebagai berikut.

- 4.7.2.1. Pemilihan lokasi penelitian yaitu seluruh puskesmas wilayah kotamadya Jakarta Barat
- 4.7.2.2. Melakukan uji instrumen di puskesmas wilayah Sumatera barat
- 4.7.2.3. Melakukan proses perijinan ke Dinas Kesehatan dan Sudinkes Wilayah Jakarta Barat
- 4.7.2.4. Melakukan penyebaran kuesioner ke koordinator puskesmas wilayah Jakarta Barat
- 4.7.2.5. Analisis data dari tanggal 1-14 Juni 2012

4.8. Analisis Data

4.8.1 Pengolahan Data

Data yang terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut (Hastono, 2006).

4.8.1.1 Editing

Peneliti melakukan pengecekan isian kuesioner dari aspek kelengkapan, kejelasan, relevansi, dan konsistensinya dari setiap jawaban yang terdapat pada kuesioner.

4.8.1.2 Coding

Memberikan kode terhadap setiap jawaban yang diberikan dengan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka tujuan memudahkan pada saat analisis data dan mempercepat *entry* data. Kode yang diberikan sesuai dengan definisi operasional yaitu memberikan kode (0) atau (1) misalnya memberi kode (0) pada responden laki-laki dan kode (1) untuk responden perempuan.

4.8.1.3 Entry

Peneliti melakukan kegiatan pemrosesan data setelah data kuesioner dilakukan pengecekan dan pengkodean agar data yang sudah dimasukkan dalam computer dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara melakukan *entry* data dari lembar kuesioner dan lembar observasi ke paket program komputer.

4.8.1.4 *Cleaning*

Pembersihan data dilakukan untuk meyakinkan bahwa data yang akan dianalisis benar-benar adalah data yang sebenarnya dengan membersihkan data dari data yang salah. Setelah dipastikan tidak ada data yang salah maka dilanjutkan ke tahap analisis data.

4.8.2 Analisis Data

4.8.2.1 Analisis univariat

Analisis Univariat digunakan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diteliti, yaitu dengan melihat distribusi data dari masing-masing variabel yang diteliti. Analisis univariat dalam penelitian ini adalah variable karakteristik pengelola perkesmas (Usia, Jenis kelamin, Tingkat Pendidikan dan Masa Kerja), pergerakan dan pengelolaan sumber daya dalam pengelolaan perkesmas (perencanaan, pengorganisasian, pergerakan dan pengendalian), dan variabel terikat yaitu pelaksanaan perkesmas akan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi (jumlah) dan persentase (Hastono, 2007).

4.8.2.2 Analisis Bivariat

Kegunaan analisis bivariat adalah untuk mengetahui hubungan antara dua variabel atau digunakan untuk mengetahui perbedaan antara dua atau lebih variabel. Pemilihan uji statistik yang digunakan tergantung pada jenis data serta jumlah variabel yang diteliti. Untuk penelitian ini, peneliti menggunakan Uji *Chi Square* karena variabel independen berbentuk katagorik dan variabel dependen berbentuk katagorik (Hastono, 2007). Penelitian ini didapatkan pengaruh antara perencanaan SDM, pengorganisasian SDM, dan pengendalian SDM, dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas, sedangkan variabel lainnya tidak berpengaruh terhadap pelaksanaan perkesmas.

4.8.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan teknik analisis perluasan atau pengembangan dari analisis bivariat. Bila analisis bivariat melihat hubungan atau keterkaitan dua

variabel, maka teknik analisis multivariat bertujuan melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Hastono, 2007; Irianto, 2006). Analisis ini berguna untuk mengetahui faktor-faktor yang paling dominan dengan menggunakan uji Regresi Logistik. Dengan adanya uji ini dapat ditentukan urutan pengaruh variabel bebas terhadap pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Uji statistik yang digunakan pada penelitian ini adalah regresi logistik karena variabel dependen berjenis kategorik (Dahlan, 2008). Penelitian ini menggunakan tahapan pemodelan sebagai berikut.

1. Pemilihan variabel kandidat

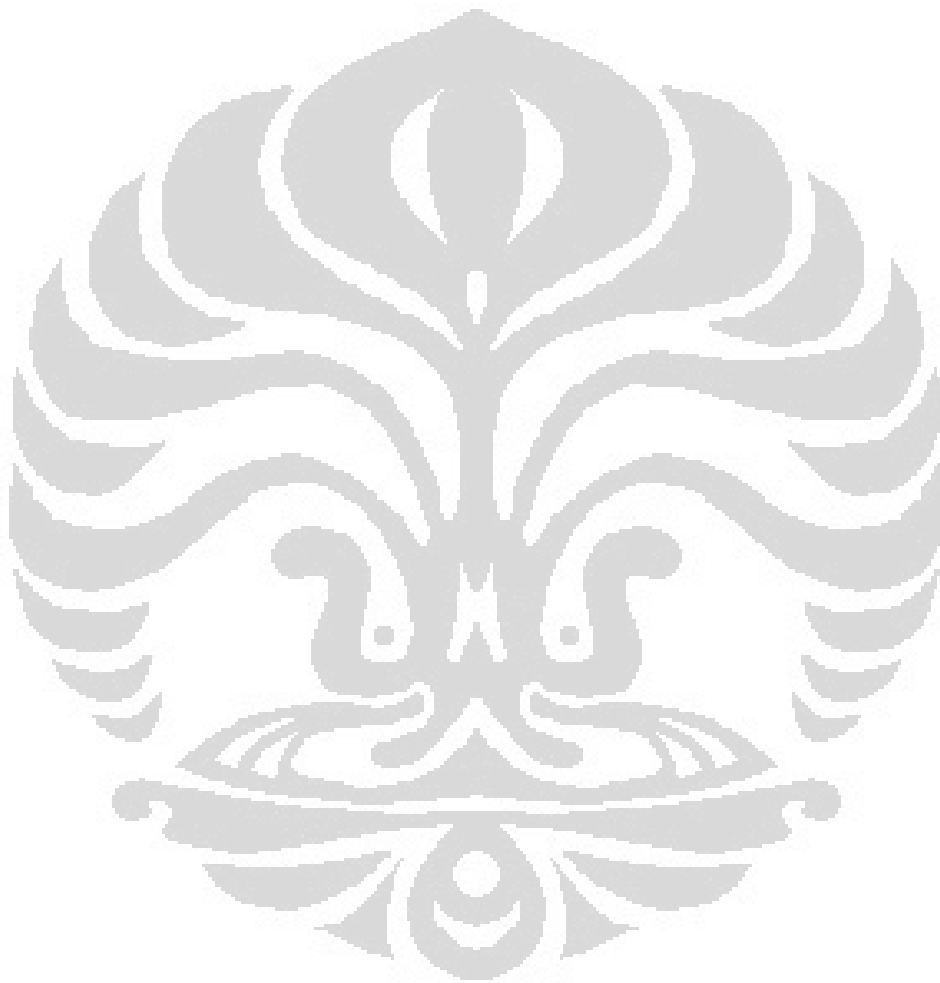
Hastono (2007) menyebutkan masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. variabel yang saat dilakukan uji memiliki $p\ value < 0.25$ dan mempunyai kemaknaan secara substansi dapat dijadikan sebagai kandidat yang akan dimasukkan kedalam model multivariat. Sedangkan jika analisis bivariat menghasilkan $p\ value > 0,25$ namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat. Variabel kandidat dalam penelitian ini yaitu perencanaan SDM, pengorganisasian SDM, dan pengendalian SDM.

2. Pemodelan multivariat

Pada tahap pemodelan multivariat dilakukan pemilihan variabel yang dianggap penting untuk masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p\ value < 0,05$ dan mengeluarkan variabel dengan $p\ value > 0,05$. Pengeluaran variabel bertahap mulai dari variabel yang mempunyai nilai $p\ value$ terbesar dan mempertimbangkan perubahan nilai Odds Ratio (OR). Pada penelitian ini terdapat empat kali pengeluaran variabel manajemen SDM karena masih terdapat nilai $p > 0,05$, sehingga variabel yang memiliki nilai p terbesar dikeluarkan satu persatu untuk mendapatkan hasil yang valid. Secara berurutan variabel yang dikeluarkan dari model adalah yaitu variabel pergerakan SDM, selanjutnya dikeluarkan lagi perencanaan SDM, kemudian masa kerja, dan terakhir adalah pengorganisasian, sampai didapat model terakhir.

3. Pemodelan akhir

Berdasarkan hasil analisis multivariat di atas maka dapat ditentukan model terakhir untuk melihat variabel mana yang paling besar pengaruhnya. Urutan korelasi antara variable-variabel independen dan variabel dependen pada regresi logistik diketahui dari besarnya OR. Model terakhir ternyata hanya satu yang mendominasi pelaksanaan perkesmas di puskesmas yaitu pengendalian SDM dengan $p=0,004$ dan $OR=4,362$.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian hubungan faktor-faktor manajemen sumber daya manusia yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Penyajian hasil penelitian ini melalui meliputi hasil dari analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

5.1 Gambaran Hasil Penelitian

Penelitian dilakukan di puskesmas wilayah Jakarta Barat Provinsi DKI Jakarta, mulai pertengahan bulan Mei – pertengahan bulan Juni 2012. Kuesioner disebar sebanyak total populasi yaitu 88 buah dan kembali 84 buah, dalam keadaan lengkap terisi. Sesuai dengan kriteria inklusi, maka jumlah data yang diolah sebesar 71 responden.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan penyebaran kuisisioner tentang faktor-faktor manajemen sumber daya manusia yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di puskesmas (variabel independen) Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan dibantu oleh perawat penyelia perkesmas provinsi DKI Jakarta dan pengelola program perkesmas sudinkes wilayah Jakarta Barat.

5.2 Gambaran Karakteristik Pengelola (Koordinator) Perkesmas di Puskesmas

Gambaran karakteristik pengelola perkesmas yang merupakan bagian dari faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas dapat dilihat pada tabel 5.1 di bawah ini.

Tabel 5.1
Gambaran Karakteristik Koordinator Perkesmas di Puskesmas
Wilayah Jakarta Barat Provinsi DKI Jakarta Tahun 2012 (N=71)

No	Variabel	N	%
1.	Usia		
	• 20 - 40 tahun (masa dewasa)	34	47,9
	• 40 - 65 tahun (masa prelansia)	37	52,1
2.	Tingkat Pendidikan		
	• SPK	17	23,9
	• D3 Keperawatan	54	76,1
3.	Masa Kerja		
	• ≤ 3 tahun	16	22,5
	• > 3 tahun	55	77,5

Presentase variabel usia terlihat tidak terlalu banyak perbedaan. Variabel tingkat pendidikan didominasi oleh tingkat pendidikan kategori D3 Keperawatan (76,1%) sedangkan untuk masa kerja, terbanyak adalah > 3 tahun (79,8%). *Cut of point* 3 tahun ini adalah sesuai dengan Depkes (2006) yaitu seorang perawat koordinator perkesmas di puskesmas adalah memiliki sertifikasi pelatihan perkesmas serta pengalaman kerja di puskesmas minimal 3 tahun.

5.3. Gambaran Faktor-Faktor Manajemen SDM yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas

Gambaran faktor-faktor manajemen SDM (fungsi manajerial) yang merupakan bagian dari faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas dapat dilihat pada tabel 5.2 di bawah ini.

Tabel 5.2
Gambaran Pelaksanaan Manajemen SDM Koordinator Perkesmas di
Puskesmas Wilayah Jakarta Barat Provinsi DKI Jakarta Tahun 2012 (N=71)

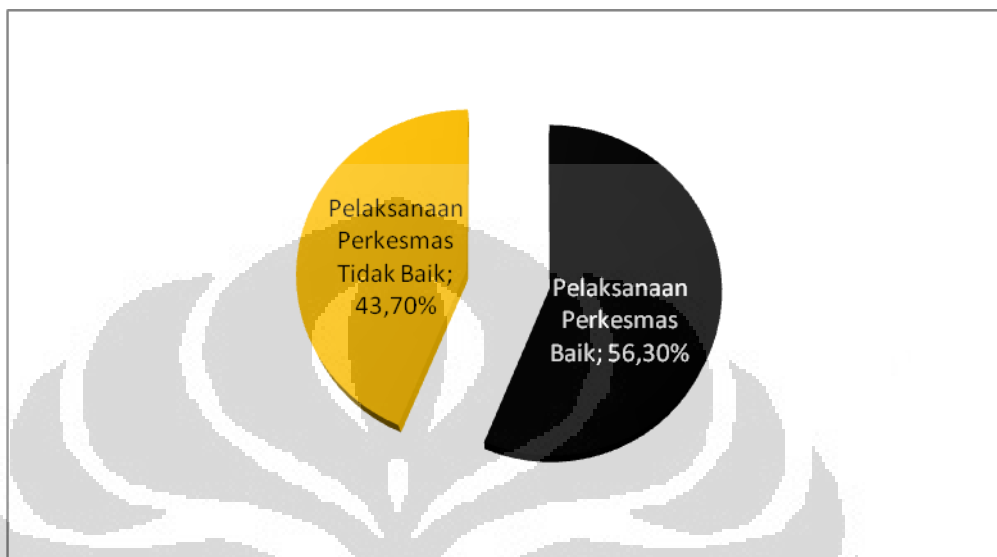
No	Variabel	N	%
1.	Perencanaan SDM		
	• Baik	39	54,9
	• Tidak Baik	32	45,1
2.	Pengorganisasian SDM		
	• Baik	36	50,7
	• Tidak Baik	35	49,3
3.	Pelaksanaan/ Penggerakan SDM		
	• Baik	37	52,1
	• Tidak Baik	34	47,9
4.	Pengendalian SDM		
	• Baik	37	52,1
	• Tidak Baik	34	47,9

Secara keseluruhan fungsi manajerial SDM (perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian) dengan kategori baik dan tidak baik, memiliki jumlah hampir berimbang yang dapat dilihat pada jumlah presentase kategori tiap variabel. Jumlah kategori baik tetap mendominasi dengan presentase di atas 50%.

5.4 Gambaran Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas

Batasan pelaksanaan perkesmas ini yaitu semua kegiatan yang menunjang kesiapan pelaksanaan perkesmas berupa pelaksanaan komponen PMK, pembagian wilayah binaan keperawatan sesuai dengan jumlah keperawatan yang ada di puskesmas, dan rapat koordinasi perkesmas rutin berkala, sehingga pelaksanaan perkesmas dapat dikatakan baik/tidak baik. Berikut adalah gambaran pelaksanaan perkesmas di puskesmas wilayah Jakarta Barat.

Diagram 5.1
Gambaran Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Jakarta Barat Provinsi DKI Jakarta Tahun 2012 (N=71)



Dari hasil di atas dapat dilihat bahwa pelaksanaan perkesmas yang baik dan tidak baik juga memiliki presentase yang hampir berimbang. Pelaksanaan perkesmas baik masih memiliki jumlah lebih besar dibandingkan yang tidak baik. Hasil ini masih jauh di bawah standar nasional Depkes (2006).

5.5. hubungan Karakteristik Koordinator Perkesmas dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas

Hasil analisis hubungan karakteristik koordinator perkesmas dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas wilayah Jakarta Barat, dilakukan dengan menggugurkan beberapa responden, dikarenakan pada variabel jenis kelamin responden laki-laki berbeda jauh dalam jumlah dan variabel tingkat pendidikan khususnya S1 Keperawatan juga sangat sedikit, hal ini dapat mempengaruhi hasil analisis. Dengan kriteria inklusi, maka jumlah responden laki-laki dan tingkat pendidikan S1 digugurkan untuk mendapatkan hasil yang relevan dengan fenomena lapangan. Dengan mereduksi 2 variabel tersebut, didapatkan jumlah responden adalah 71 orang, dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3
Hubungan Karakteristik Koordinator Perkesmas dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat Tahun 2012 (N=71)

Variabel	Pelaksanaan Perkesmas				Total		OR (95% CI)	p value*
	Baik		Tidak Baik		N	%		
	N	%	n	%				
Usia								
Dewasa	21	61,8	13	38,2	34	100	0,653	0,377 (0,254- 1,682)
Prelansia	19	51,9	18	48,6	37	100		
Tingkat Pendidikan								
SPK	10	58,8	7	41,2	17	100	0,875	0,813 (0,290- 2,642)
D3 keperawatan	30	55,6	24	44,4	54	100		
Masa Kerja								
≤ 3 tahun	12	75	4	25	16	100	0,346	0,087 (0,099- 1,205)
> 3 tahun	28	50,9	27	49,1	55	100		

* bermakna pada $\alpha=0,05$

Usia dewasa lebih banyak melaksanakan perkesmas dengan baik lebih banyak dibandingkan dengan usia prelansia. Untuk tingkat pendidikan, antara SPK dan D3 Keperawatan memiliki presentase yang hampir sama besar dalam hal melaksanakan perkesmas dengan baik. Mengenai masa kerja, untuk masa kerja >3 tahun, ternyata antara yang melaksanakan perkesmas dengan baik tidak terlalu jauh bedanya dengan yang tidak melaksanakan perkesmas dengan baik. Dari tabel di atas, karakteristik koordinator perkesmas tidak ada yang berpengaruh terhadap pelaksanaan perkesmas di puskesmas.

5.6. Hubungan Faktor-Faktor Manajemen SDM dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas

Faktor-faktor manajemen SDM yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian dapat dilihat pengaruhnya pada pelaksanaan perkesmas di tabel 5.4 berikut.

Tabel 5.4
Hubungan Faktor-Faktor Manajemen SDM dengan Pelaksanaan Perkesmas di
Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat
Tahun 2012 (N=71)

Variabel	Pelaksanaan Perkesmas				Total		OR (95% CI)	p value*
	Baik		Tidak Baik		N	%		
	N	%	n	%				
Perencanaan								
Baik	27	69,2	12	30,8	39	100	3,288	0,016
Tidak Baik	13	40,6	19	59,4	32	100	(1,234-8,761)	
Pengorganisasian								
Baik	25	69,4	11	30,6	36	100	3,030	0,024
Tidak Baik	15	42,9	20	57,1	35	100	(1,143-8,036)	
Penggerakan								
Baik	24	64,9	13	35,1	37	100	2,077	0,131
Tidak Baik	16	47,1	18	52,9	34	100	(0,800-5,389)	
Pengendalian								
Baik	27	73	10	27	37	100	4,362	0,003
Tidak Baik	13	38,2	21	61,8	34	100	(1,601-11,885)	

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Dari hasil di atas, diketahui terdapat 69,2% pelaksanaan perkesmas dilaksanakan baik apabila perencanaan SDM baik, sedangkan untuk perencanaan SDM tidak baik, maka pelaksanaan perkesmas tidak dilaksanakan dengan baik juga sejumlah 59,4%. Untuk variabel pengorganisasian SDM baik, terdapat 69,4% pelaksanaan perkesmas dilaksanakan baik, sedangkan untuk pengorganisasian SDM tidak baik, pelaksanaan perkesmas dilaksanakan dengan tidak baik juga sejumlah 57,1%. Variabel pelaksanaan/penggerakan SDM, penulis menggunakan kata penggerakan SDM, untuk lebih mempermudah pembacaan hasil, karena variabel dependen penelitian ini adalah pelaksanaan, sehingga guna membedakan antara variabel bebas dan terikat, peneliti menyebut faktor manajemen pelaksanaan dengan penggerakan. Variabel penggerakan SDM dengan kategori baik terdapat 64,9% pelaksanaan perkesmas dilaksanakan dengan baik, dan penggerakan SDM yang tidak baik menghasilkan 52,9% pelaksanaan perkesmas yang tidak baik pula. Untuk variabel pengendalian SDM baik terlihat 73% pelaksanaan perkesmas terlaksana dengan baik, sedangkan

untuk pengendalian SDM tidak baik terdapat 61,8% pelaksanaan perkesmas tidak dilaksanakan dengan baik. Dari sini terlihat, bila faktor-faktor manajemen SDM ini dilaksanakan dengan baik, maka presentase terlaksananya perkesmas dengan baik, hampir sebanding dengan presentase tidak baiknya pelaksanaan karena faktor-faktor manajemen SDM tidak baik. Faktor-faktor manajemen SDM yang berpengaruh terhadap pelaksanaan perkesmas di puskesmas adalah perencanaan ($p=0,016$, $\alpha=0,05$), pengorganisasian ($p=0,024$, $\alpha=0,05$), penggerakan ($p=0,131$), dan pengendalian ($p=0,003$, $\alpha=0,05$).

5.7. Faktor Manajemen SDM yang Dominan

Tujuan penelitian ini salah satunya adalah untuk mengetahui faktor manajemen SDM yang paling dominan mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di wilayah Jakarta Barat dengan menggunakan model Analisis Regresi Logistik. Pemilihan variabel kandidat berdasarkan hasil yang didapat dari analisis bivariat pada bagian sebelumnya. Variabel-variabel manajemen SDM yang memiliki $p < 0.25$ (memiliki pengaruh terhadap pelaksanaan perkesmas di puskesmas) digunakan sebagai kandidat untuk diikut sertakan dalam analisis multivariat. Variabel-variabel tersebut adalah masa kerja ($p=0,087$), perencanaan ($p=0,016$), pengorganisasian (0.024), penggerakan dan pengendalian (0.003).

Tabel 5.5 merupakan model awal analisis multivariat.

Tabel 5.5
Model Awal Analisis Multivariat Faktor-Faktor Manajemen SDM dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat Tahun 2012 (N=71)

Variabel	B	p	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Masa Kerja	-0.578	0.419	0.561	0.138	2.276
Perencanaan	0.214	0.742	1.239	0.347	4.418
Pengorganisasian	0.723	0.215	2.060	0.658	6.450
Penggerakan	0.085	0.879	1.089	0.362	3.276
Pengendalian	1.044	0.087	2.842	0.858	9.408
Konstanta	-0.311	0.701	0.733		

Dari output di atas terlihat bahwa ada variabel yang memiliki $p\text{-value} > 0,05$, sehingga variabel dengan $p\text{-value}$ terbesar yaitu variabel pergerakan ($p=0,879$), dihilangkan. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan hasil yang lebih valid dengan mengeluarkan satu demi satu variabel dengan nilai p paling besar dengan harapan interaksi berikutnya didapatkan hasil dengan nilai $p > 0,05$. Dengan prinsip analisis seperti ini, dilakukan pemodelan berikutnya, sampai didapatkan model sebagai berikut.

Tabel 5.6
Model Kedua Analisis Multivariat Faktor-Faktor Manajemen SDM dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat Tahun 2012 (N=71)

Variabel	B	p	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Masa kerja	-0.592	0.403	0.553	0.138	2.217
Perencanaan	0.223	0.730	1.250	0.352	4.436
Pengorganisasian	0.737	0.199	2.090	0.678	6.444
Pengendalian	1.058	0.080	2.881	0.881	9.421
Konstanta	-0.276	0.722	0.759		

Dari output di atas terlihat masih terdapat $p\text{-value} > 0,05$, sehingga variable yang memiliki $p\text{-value}$ terbesar dihilangkan, dan perencanaan memiliki nilai $p\text{-value}$ paling besar yaitu 0,730. dilakukan kembali regresi logistik, sehingga didapatkan hasil sebagai berikut.

Tabel 5.7
Model Ketiga Analisis Multivariat Faktor-Faktor Manajemen SDM dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat Tahun 2012 (N=71)

Variabel	B	p	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Masa kerja	-0.620	0.377	0.538	0.136	2.126
Pengorganisasian	0.812	0.127	2.253	0.795	6.386
Pengendalian	1.149	0.035	3.155	1.082	9.195
Konstanta	-0.218	0.772	0.804		

Model ketiga ini masih ada variabel yang memiliki $p\text{-value} > 0,05$, sehingga variabel dengan $p\text{-value}$ terbesar dikeluarkan, yaitu pada variabel masa kerja ($p=0,377$). Kemudian dilakukan lagi model berikutnya.

Tabel 5.8
Model Keempat Analisis Multivariat Faktor-Faktor Manajemen SDM dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat Tahun 2012 (N=71)

Variabel	B	p	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Pengorganisasian	0.812	0.125	2.252	0.798	6.355
Pengendalian	1.281	0.015	3.602	1.277	10.157
Konstanta	-0.781	0.059	0.458		

Model keempat masih memiliki variabel dengan $p\text{-value} > 0,05$, sehingga variabel pengorganisasian dikeluarkan. Kemudian dilakukan lagi model berikutnya.

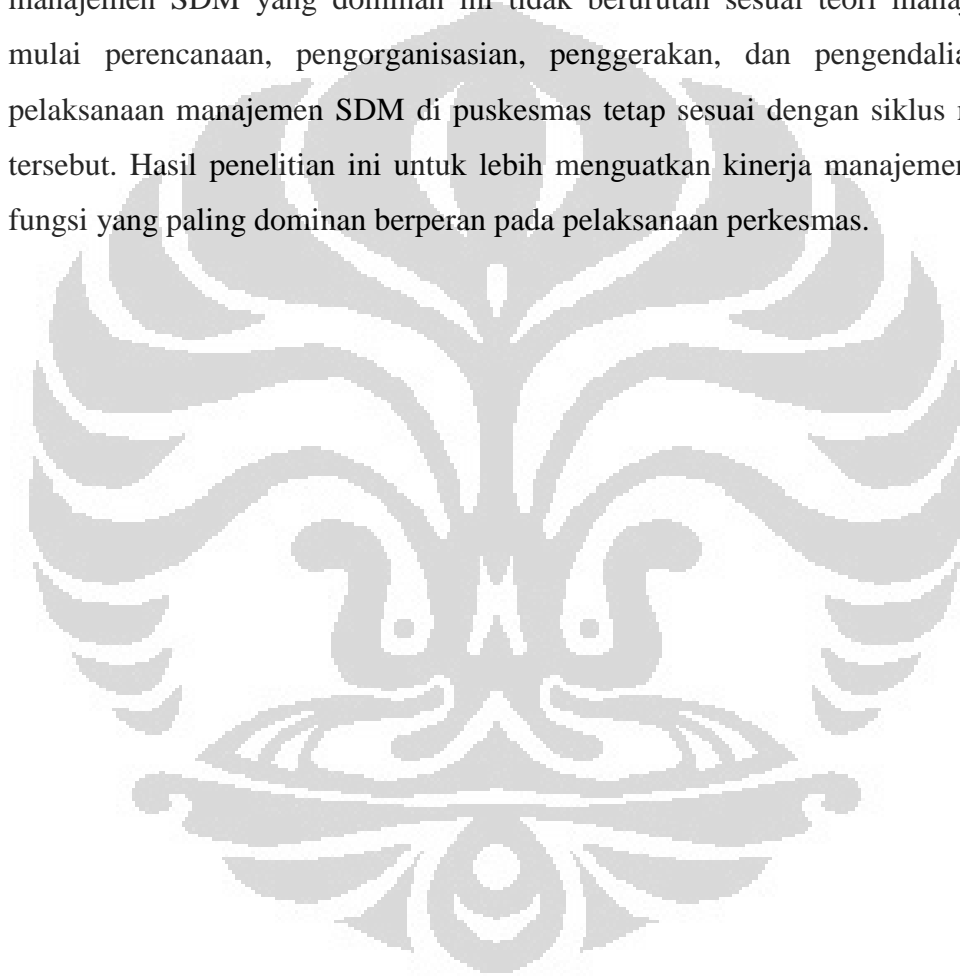
Tabel 5.9
Model Akhir Analisis Multivariat Faktor-Faktor Manajemen SDM dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat Tahun 2012 (N=71)

Variabel	B	p	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Pengendalian	1.473	0.004	4.362	1.601	11.885
Konstanta	-0.480	0.174	0.619		

Dari output di atas terlihat bahwa semua variabel sudah memiliki nilai $p\text{-value} < 0.05$, artinya model ini sudah valid/signifikan. Variabel yang paling dominan mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas adalah pengendalian dalam mengelola pelaksanaan perkesmas. Karena hanya ada 1 variabel yang berpengaruh, maka bisa menggunakan hasil dari analisis bivariat pengendalian di tabel 5.4, yaitu koordinator perkesmas dengan pengendalian termasuk baik, melakukan pelaksanaan perkesmas dengan baik sebesar 73% dan koordinator perkesmas dengan pengendalian tidak baik, tidak melakukan pelaksanaan perkesmas dengan baik sebesar 38,2%. Bila dibaca dari nilai OR (4,362), maka dapat dikatakan koordinator perkesmas yang melakukan pengendalian dengan baik, maka 4,4 kali dapat melaksanakan perkesmas

dengan baik dibandingkan koordinator perkesmas yang tidak melaksanakan dengan baik, dengan dikontrol oleh perencanaan, pengorganisasian dan penggerakan.

Faktor manajemen SDM paling dominan secara berurutan dapat dilihat pada model awal tabel multivariat (tabel 5.5), dilihat dari nilai Exp B yang menyatakan urutan terbesar yaitu dimulai dari pengendalian (2,842), pengorganisasian (2,060), perencanaan (1,239), penggerakan (1,089), dan masa kerja (0,561). Meskipun faktor manajemen SDM yang dominan ini tidak berurutan sesuai teori manajemen dari mulai perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian, namun pelaksanaan manajemen SDM di puskesmas tetap sesuai dengan siklus manajemen tersebut. Hasil penelitian ini untuk lebih menguatkan kinerja manajemen pada tiap fungsi yang paling dominan berperan pada pelaksanaan perkesmas.



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Interpretasi Hasil

6.1.1. Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas

Gambaran pelaksanaan perkesmas di puskesmas wilayah Kotamadya Jakarta Barat Provinsi DKI Jakarta tahun 2012 adalah 51,2% melakukan perkesmas dengan baik. Menurut Depkes (2006) pelaksanaan perkesmas merupakan kegiatan keperawatan baik di dalam gedung maupun luar gedung puskesmas dengan indikator pencapaian berdasarkan target yang sesuai dengan sumber daya masing-masing puskesmas sebesar minimal 75%. Presentase ini berdasarkan pada cakupan kelompok binaan, hasil deteksi kasus-kasus prioritas MDG's seperti HIV/AIDS, Tb paru, malaria, dan gizi kurang. Meskipun pelaksanaan perkesmas pada penelitian ini adalah persiapan yang dilakukan oleh koordinator perkesmas untuk nantinya perkesmas terlaksana di puskesmas, angka ini dapat menjadi cerminan keberhasilan di tingkat pengelola. Sehingga peningkatan kemampuan koordinator perkesmas dalam rangka mempersiapkan pelaksanaan perkesmas baik sebesar 75%, maka pelaksanaan perkesmas oleh pelaksananya di lapangan pun dapat mencapai angka yang sama.

Menurut Nasution (2003) hasil pelaksanaan perkesmas yang didasarkan pada pembagian daerah binaan, penilaian kegiatan pertahun, desiminasi informasi, rencana tahunan dan bulanan Perkesmas terpadu, penanggung jawab daerah binaan, pencatatan dan pelaporan kegiatan hasil Perkesmas, pemantauan kegiatan perdesa/daerah binaan keperawatan, apabila di bawah 75% maka dapat dikategorikan pelaksanaan perkesmas tersebut kurang baik.

Menurut Septino (2007), pencapaian pelaksanaan perkesmas dapat ditingkatkan salah satunya adalah melalui pengawasan/ pengendalian yang terus menerus. Bila dihubungkan dengan hasil penelitian dan standar di atas, maka dapat dikatakan bahwa pelaksanaan perkesmas di puskesmas wilayah Kotamadya Jakarta Barat Provinsi DKI Jakarta kurang baik, namun dapat terus diperbaiki dan ditingkatkan pencapaiannya dengan pengawasan/ pengendalian yang baik secara rutin dan berkala. Selain itu juga, Daruji (2001) menyatakan pelaksanaan pengelolaan program

Universitas Indonesia

perkesmas dapat ditingkatkan dengan menggalakkan koordinasi tim kerja pelaksana program perkesmas, pertemuan rutin puskesmas, dan pelaksanaan program sesuai juklak serta juknis yang telah ada. Diharapkan pelatihan berkala juga dapat menambah motivasi dan kompetensi pelaksana program perkesmas yang secara tidak langsung akan mempengaruhi pencapaian pelaksanaan program perkesmas di puskesmas.

Pelaksanaan perkesmas pada penelitian ini terbatas pada semua kegiatan yang menunjang kesiapan pelaksanaan perkesmas berupa pelaksanaan komponen PMK, pembagian wilayah binaan keperawatan sesuai dengan jumlah keperawatan yang ada di puskesmas, dan rapat koordinasi perkesmas rutin berkala. Sesuai dengan Depkes (2010), bahwa pelaksanaan perkesmas ini akan semakin baik pelaksanaannya bila dilaksanakan berdasarkan alur penerapan Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) dimulai dari input, proses, dan output. Pada tahap input, terdapat kejelasan uraian tugas, tanggung jawab, akuntabilitas, standar prosedur operasional (SPO), dan sistem penghargaan. Tahap proses terdiri dari monitoring kinerja, pengelolaan penyimpangan yang mungkin terjadi, peningkatan keterampilan, pertemuan strategis, diskusi refleksi kasus yang dilaksanakan secara rutin minimal sebulan sekali dan tidak lebih dari 45 menit, serta pendokumentasian. Tahap selanjutnya adalah output, yaitu hasil yang diharapkan yaitu diperolehnya peningkatan kinerja, motivasi, akuntabilitas, kepuasan kerja, dan sistem penghargaan (Depkes, 2005).

Penerapan PMK sejalan dengan penelitian FK-UGM (2003), yang menyatakan bahwa pelaksanaan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan meningkatkan kinerja. Sejalan juga dengan hasil kajian WHO (2004) yang menyatakan PMK berkontribusi untuk peningkatan kinerja perawat dan bidan serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dan puskesmas. Penerapan PMK di tatanan pelayanan kesehatan terbukti sangat efektif dalam meningkatkan kinerja perawat dan pencapaian hasil kinerja. Hal inilah yang menjadi dasar integrasi penerapan PMK dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas

Penelitian ini memberikan kenyataan bahwa pelaksanaan perkesmas di puskesmas Jakarta Barat masih kurang baik, hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya implementasi perkesmas yang terintegrasi dengan PMK. Kurangnya implementasi tersebut dapat dikarenakan kurangnya pengetahuan pengelola dan pelaksana perkesmas mengenai PMK. Sesuai dengan WHO (2001) yang menjelaskan bahwa PMK harus diketahui oleh pengelola dapat melalui sosialisasi, sedangkan bagi pelaksana program harus melalui pelatihan dan monitoring berkelanjutan untuk kesinambungan pelaksanaan program terintegrasi dengan PMK. Diketahui pada latar belakang bahwa hanya 20% perawat puskesmas dilatih PMK, itupun tidak semua menjadi pengelola dan pelaksana perkesmas di puskesmas.

6.1.2. Hubungan Antara Karakteristik Pengelola Perkesmas (Koordinator Perkesmas) di Puskesmas (Usia, Jenis Kelamin, Masa Kerja) dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas

Penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh karakteristik koordinator perkesmas yang meliputi usia ($p=0,377$), tingkat pendidikan ($p=0,813$), dan masa kerja ($p=0,087$) dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Penelitian ini menghasilkan hipotesis yang sesuai dengan hipotesis awal penelitian yaitu tidak ada pengaruh karakteristik koordinator perkesmas dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Prawoto (2007) dan Rusmiati (2006) juga menyatakan bahwa usia tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku pencapaian tujuan organisasi. Robbins (1996) mengatakan bahwa dengan bertambahnya usia terjadi peningkatan pengalaman dan keterampilan dalam bekerja. Usia yang lebih muda dianggap memiliki sedikit pengalaman dan keterampilan sehingga tidak terampil dalam melakukan pengelolaan program perkesmas di puskesmas. Penelitian ini berdasarkan teori Mohamad (2001) mendapatkan hasil usia koordinator perkesmas berada pada rentang usia dewasa (20-40 tahun) dan usia setengah umur/presenium/prelansia (40-65 tahun), memiliki kemampuan melaksanakan perkesmas dengan baik dengan proporsi yang hampir sama, hal ini jelas mematahkan pendapat Robbins (2006).

Siagian (2009) mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Perilaku melaksanakan suatu program kegiatan memiliki hubungan sebab akibat dari kompetensi, sedangkan kompetensi terbentuk dari pengetahuan, keterampilan, perilaku, dan pengalaman untuk melakukan suatu pekerjaan atau peran secara efektif. Sedangkan pengetahuan yang dimiliki individu tidak hanya didapatkan dari pengalaman namun tingkat pendidikan yang dimiliki (Wirawan, 2009). Berdasarkan hal tersebut individu dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki kecenderungan untuk melakukan pekerjaannya secara efektif sesuai dengan keterampilan yang diperolehnya dari masa pendidikan.

Hal ini didukung dengan penelitian Daruji (2001) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan pelaksanaan kegiatan perkesmas. Tafwidhah (2010) juga mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan keterlaksanaan perkesmas. Namun berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Panjaitan (2004) dan Prawoto (2007) yang mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kinerja. Penelitian ini menyatakan proporsi perawat pelaksana dengan pendidikan SPK dan D3 Keperawatan yang melaksanakan perkesmas dengan baik lebih banyak dibandingkan yang tidak melaksanakan perkesmas dengan baik.

Meskipun tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas, namun peningkatan pendidikan harus tetap dilakukan, karena pendidikan adalah salah satu indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan pekerjaannya (Hasibuan, 2005). Apabila seseorang memiliki pendidikan yang tinggi, maka akan mampu berpikir logis, kritis, dan sistematis. Pendidikan tidak harus didapatkan dari instansi formal, namun semua sarana untuk memperoleh tambahan pengetahuan dan kompetensi dapat dianggap sebagai peningkatan pendidikan.

Penelitian ini mendapatkan bahwa tidak ada pengaruh antara masa kerja dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas, hasil ini sejalan dengan penelitian

Pancaningrum (2011) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosokomial. Hal ini didukung juga oleh penelitian Netty (2002) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara lama bekerja dengan kinerja. Hal ini berbanding terbalik dengan pendapat Robbin (2006) dan Ilyas (2002) yang menyatakan, terdapat hubungan positif antara senioritas dengan dan produktivitas kerja.

Masa kerja dapat dikaitkan dengan pengalaman, semakin lama masa kerja seseorang, semakin terampil melakukan tugasnya. Pada penelitian ini dapat dilihat proporsi masa kerja ≤ 3 tahun yang melaksanakan perkesmas dengan baik lebih besar jumlahnya dibandingkan koordinator perkesmas yang memiliki masa kerja >3 tahun. Menurut Likert dalam Gibson (1997) disebutkan bahwa pendidikan tinggi dan pengalaman lebih banyak tidak menjamin kinerja seseorang lebih baik, beberapa faktor seperti kejenuhan, penurunan motivasi, dan kurangnya kemampuan seseorang dalam *manage* pekerjaannya dapat membuat kinerja seseorang itu menurun. Selain itu, kurangnya kompetensi seseorang dalam melaksanakan kegiatan atau pengalaman yang kurang baik dalam pelaksanaan suatu program juga dapat menurunkan pencapaian hasil yang diharapkan.

Menurut peneliti, faktor pengalaman yang tidak sesuai dengan pedoman atau petunjuk pelaksanaan yang tepat juga dapat berpengaruh dalam pencapaian hasil yang diraih. Karena pengalaman tersebut terus menerus diimplementasikan pada pelayanan perkesmas yang diberikan. Pengalaman yang tidak sesuai inipun akan terus berulang pada pelaksana di bawahnya. Hal inilah yang memungkinkan hasil perkesmas tidak mencapai target di atas standar nasional sesuai dengan Depkes (2006). Untuk mengatasi hal ini, diperlukan pemahaman yang benar mengenai pelayanan perkesmas yang terintegrasi dengan PMK. Pemahaman ini dapat diperoleh dari sosialisasi dan pelatihan mengenai perkesmas serta PMK. Sehingga pelaksanaan integrasi kedua sistem pelayanan ini dapat bersinergi baik dan mencapai hasil yang baik.

6.1.3. Hubungan Antara Faktor-Faktor Manajemen SDM (Perencanaan, Pengorganisasian, Penggerakan, dan Pengendalian) dengan Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas

Perencanaan adalah segala sesuatu mengenai pencapaian tujuan, pedoman yang harus diikuti dan garis-garis besar yang akan dituju dapat juga diartikan keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang dalam hal yang akan dikerjakan dimasa yang akan datang untuk mencapai tujuan (Siswanto,2009). Perencanaan SDM merupakan awal dari serangkaian proses manajemen SDM hingga tercapainya hasil kegiatan. Hasil tersebut sangat dipengaruhi oleh kemampuan pengelola dalam melihat kelebihan serta kekurangan yang terdapat pada segala sesuatu yang berkaitan dengan SDM khususnya dalam hal pelaksanaan perkesmas.

Penelitian ini menyatakan bahwa ada pengaruh antara fungsi perencanaan SDM dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas ($p=0,016$). Hasil ini menolak hipotesis awal yang menyatakan tidak ada pengaruh perencanaan SDM terhadap pelaksanaan perkesmas. Beberapa penelitian mengenai pengaruh fungsi manajemen perencanaan yang sejalan dengan penelitian ini, antara lain, Adyana (2005) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara fungsi perencanaan dengan ketepatan dan kelengkapan laporan SP2TP dan hasil penelitian yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta pada tahun 2008 mengenai pelaksanaan program Perkesmas dan upaya peningkatan kinerja Perkesmas, didapatkan hasil bahwa ada sebagian besar koordinator perkesmas melakukan fungsi perencanaan SDM dengan baik. Hasil ini berbeda dengan Septino (2007) yang menyatakan bahwa Puskesmas di Kabupaten Lima Puluh Kota tidak membuat perencanaan dengan baik, sehingga pencapaian hasil perkesmas tidak sesuai dengan standar yang ada. Hal ini disebabkan karena kurangnya kompetensi pengelola perkesmas dalam menyusun perencanaan perkesmas tersebut, diharapkan dinas kesehatan bisa membimbing puskesmas dalam membuat perencanaan. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota merupakan instansi langsung yang membawahi puskesmas dan memiliki tanggung jawab untuk membina puskesmas. Dari berbagai penelitian tersebut tampak jelas bahwa fungsi perencanaan berperan penting dalam pelaksanaan suatu program/kegiatan.

Fungsi pengorganisasian SDM pada penelitian ini menunjukkan ada pengaruh terhadap pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Menurut Suyanto (2009) pengorganisasian merupakan pengaturan setelah adanya rencana. Untuk manajemen SDM, pengaturan tersebut meliputi tugas pekerjaan, macam/jenis serta sifat pekerjaan, penempatan orang yang tepat, unit-unit kerja yang terlibat, sarana prasarana yang digunakan, keuangan, dan fasilitas-fasilitas yang dibutuhkan. Kemudian setelah ada penentuan tersebut, diadakan pembagian tugas baik macam, sifat, atau jenis tugas pekerjaan, agar dapat dengan mudah diupayakan petugas yang cakap, mampu, dan terampil sesuai dengan persyaratan yang dibutuhkan. Hal ini sejalan dengan penelitian Irmawati (2008) yang menjelaskan bahwa fungsi pengorganisasian berpengaruh terhadap pelaksanaan kegiatan stimulasi, deteksi, dan intervensi dini tumbuh kembang di puskesmas.

Konsep teori yang dikembangkan oleh Terry (2006) menunjukkan bahwa setelah menetapkan tujuan dan menyusun rencana atau program untuk mencapainya, maka perlu merancang atau mengembangkan suatu organisasi yang akan dapat melaksanakan berbagai program tersebut secara sukses. Senada dengan apa yang disampaikan oleh Terry menurut Handoko (2001) bahwa untuk mencapai tujuan organisasi, setelah menentukan serangkaian tujuan dan menyusun rencana kegiatan, maka perlu merancang atau mengembangkan organisasi untuk dapat melaksanakan kegiatan tersebut sesuai rencana yang telah ditentukan. Dua aspek utama didalam proses pengembangan organisasi SDM ini adalah pengelompokan kegiatan kerja dan pembagian kerja, sehingga tujuan organisasi yang telah ditetapkan dapat tercapai secara efektif dan efisien. Jika ditinjau dari sudut manajemen, peranan fungsi pengorganisasian SDM ini cukup penting, karena apabila fungsi pengorganisasian SDM telah dilaksanakan, maka berbagai hal yang ada dalam rencana telah mendapatkan pengaturan sehingga siap untuk dilaksanakan. Lebih lanjut dikatakan bahwa pengorganisasian SDM pada pelaksanaan program kesehatan masyarakat harus mengikutsertakan potensi masyarakat, hal ini dipandang sangat penting, berhasil atau tidaknya suatu program kesehatan sangat ditentukan antara lain oleh

peran serta masyarakat. Jika program kesehatan dapat dilaksanakan dengan mengikuti prinsip dari, oleh dan untuk masyarakat, dapatlah diharapkan keberhasilan program tersebut. Penyebabnya bukan saja karena rasa memiliki (*sense of belonging*) dapat ditumbuhkan, tetapi sekaligus juga kesinambungan (*continuity*) pelaksanaan program.

Pengorganisasian SDM pada pelaksanaan perkesmas ini adalah penempatan penanggung jawab daerah binaan yang disesuaikan dengan karakter masyarakat binaan, pembagian tugas masing-masing tim, menugaskan setiap tim membuat kegiatan harian sesuai dengan tugas yang telah ditetapkan, memberikan instruksi sesuai dengan jenjang manajerial perkesmas di lapangan yaitu dari kepala puskesmas ke koordinator perkesmas, kemudian penanggung jawab daerah binaan baru ke pelaksana. Secara operasional, integrasinya dengan PMK adalah pada pembagian tugas tim secara tertulis dan penugasan kegiatan harian pada tim dapat menjadi materi untuk koordinator perkesmas melakukan monitoring dan evaluasi, selain itu, bila ada kejadian/topik yang bisa dibahas dari fenomena lapangan yang ditemukan, maka dapat dijadikan bahan diskusi saat diskusi refleksi kasus.

Pembuktian hipotesis adanya hubungan antara variabel pergerakan SDM dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas, tidak dapat diterima, hal ini terlihat dari nilai $p=0,131$, artinya tidak ada hubungan/pengaruh variabel pergerakan dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Hasil penelitian ini sesuai dengan Aryani (2007) yang menyatakan tidak ada hubungan antara pelaksanaan koordinasi tenaga gizi puskesmas dengan pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk di kabupaten Demak ($p=0,087$). Penelitian lainnya sebagian besar tidak sejalan antara lain yang dilakukan oleh Fatma (2006) menunjukkan hasil bahwa pada pergerakan tenaga pelaksana gizi secara bermakna mempunyai hubungan terhadap keberhasilan program pemberian makanan tambahan ($p=0,040$) dan Adyana (2005) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara fungsi pelaksanaan dengan ketepatan dan kelengkapan laporan SP2TP ($p \text{ value}=0,014$), dari hasil-hasil ini terlihat bahwa fungsi pergerakan harus dimiliki oleh seorang pengelola program. Fungsi tersebut

meliputi upaya untuk mendapat dukungan serta komitmen dari para pengambil keputusan yang terkait dengan pelaksanaan perkesmas baik termasuk lintas sektor dan lintas program serta kemampuan untuk menggerakkan semua sumber daya baik manusia, finansial, material, maupun sistem informasi yang sangat erat kaitannya dengan sistem pendokumentasian nantinya (WHO, 2004). Selanjutnya Handoko (2001) mengatakan bahwa pada dasarnya fungsi penggerakan merupakan salah satu unsur kepemimpinan yang sangat penting, untuk membuat anggota melakukan hal-hal yang harus dilakukan. Fungsi penggerakan ini melibatkan kualitas dan gaya kepemimpinan serta kegiatan-kegiatan kepemimpinan seperti komunikasi, motivasi dan disiplin. Bila fungsi perencanaan dan pengorganisasian lebih banyak menyangkut aspek-aspek abstrak proses manajemen, kegiatan penggerakan langsung menyangkut orang-orang dalam organisasi. Pelaksanaan perkesmas di puskesmas memerlukan tim atau kelompok kerja, mengingat kegiatan ini mencakup serangkaian kegiatan dan memerlukan waktu yang cukup lama. Meskipun penggerakan SDM ini tidak berpengaruh terhadap pelaksanaan perkesmas, namun kegiatan penggerakan SDM ini tetap harus dilaksanakan dengan baik, karena merupakan rangkaian kegiatan yang tak terpisahkan. Koordinator perkesmas perlu tetap menjaga motivasi anggotanya untuk tetap selalu melaksanakan tugasnya dengan senang hati dan bertanggung jawab, sehingga tujuan program yang direncanakan dapat tercapai.

Pembuktian hipotesis adanya hubungan antara variabel pengendalian SDM dengan variabel pelaksanaan perkesmas di puskesmas membuktikan adanya hubungan yang bermakna antara pengendalian SDM dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas (p value 0,003). Hasil ini sejalan dengan penelitian Irmawati (2008) yang menjelaskan bahwa pengendalian berpengaruh terhadap pelaksanaan kegiatan stimulasi, deteksi, dan intervensi dini tumbuh kembang di puskesmas.

Pengawasan merupakan upaya sistematis untuk merancang sistem informasi umpan balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan serta mengambil tindakan yang diperlukan untuk menjamin bahwa semua sumber daya

dipergunakan dengan cara paling efektif dan efisien dalam mencapai tujuan organisasi (Terry, 2006). Khofifah (2011) juga menyatakan variabel fungsi manajemen paling berpengaruh pada program kelas ibu hamil terhadap cakupan K4 adalah fungsi pengendalian ($p=0,0001$). Lain halnya dengan Adyana (2005) yang menyatakan bahwa fungsi pengendalian/pengawasan tidak memiliki hubungan bermakna dengan ketepatan dan kelengkapan laporan SP2TP, meskipun pengendalian dinyatakan tidak bermakna, namun Adyana (2005) tetap mengutarakan untuk meningkatkan upaya pengendalian, karena hal ini akan berimbas positif dengan peningkatan mutu pencapaian tujuan yang diharapkan.

Dalam penelitian ini peneliti berpendapat bahwa upaya pengendalian SDM memegang peran yang cukup berat untuk koordinator perkesmas melaksanakan perkesmas di puskesmas, namun tidak menutup kemungkinan fungsi-fungsi manajemen lainnya juga berperan penting, karena semua fungsi tersebut adalah satu kesatuan yang tak terpisahkan dalam implementasinya, sehingga diharapkan koordinator perkesmas memiliki kemampuan semua fungsi manajerial tersebut dengan baik. Kemampuan pengendalian koordinator perkesmas ini sangat berperan sesuai dengan pernyataan di kuesioner yaitu terkait pendokumentasian, pelaporan rutin, pemberian umpan balik kepada pelaksana perkesmas. Sejauh ini di puskesmas Jakarta Barat, belum menerapkan sistem penghargaan, padahal sistem penghargaan ini akan sangat diperlukan untuk meningkatkan hasil pencapaian perkesmas. Melalui sistem penghargaan ini, setiap individu pelaksana akan sangat dipacu kinerjanya untuk bekerja semakin baik, sehingga pencapaian perkesmas pun semakin baik. Sistem penghargaan ini membutuhkan kemampuan koordinator perkesmas untuk dapat menyesuaikan dengan sumber daya yang tersedia di puskesmas. Dengan demikian kemampuan *memanaje* seorang koordinator perkesmas benar-benar diuji pada pengaturan kesiapan pelaksanaan perkesmas di puskesmas.

6.1.4. Variabel Paling Dominan yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas

Faktor-faktor manajemen SDM yang paling dominan mempengaruhi pelaksanaan perkesmas adalah pengendalian. Secara berurutan faktor-faktor yang dominan

mempengaruhi pelaksanaan perkesmas adalah pengendalian, pengorganisasian, perencanaan, pergerakan, dan masa kerja. Faktor manajemen SDM yang dominan ini tidak berurutan sesuai teori manajemen dari mulai perencanaan, pengorganisasian, pergerakan, dan pengendalian, namun pelaksanaan manajemen SDM di puskesmas tetap sesuai dengan siklus manajemen tersebut (Simbolon, 2004) dan masa kerja merupakan secara teori merupakan *confounding* (variabel yang diharapkan tidak berpengaruh terhadap variabel terikat), sehingga secara umum pembahasan mengenai masa kerja masuk pada penjelasan di variabel masa kerja di penelitian ini. mengenai siklus manajemen, semua kegiatan manajerial koordinator perkesmas merupakan satu kesatuan yang tetap terlaksana sesuai putaran keberlangsungan kegiatan.

Hasil penelitian yang menyatakan urutan faktor paling dominan tidak sesuai dengan teori, sesungguhnya ini untuk lebih menguatkan kinerja manajemen pada tiap fungsi yang paling dominan berperan pada pelaksanaan perkesmas. Hal ini dimungkinkan fungsi-fungsi tersebut perlu diperbaiki dan dimantapkan. Dengan adanya nilai OR, maka fungsi manajemen SDM yang sudah baik tersebut akan menghasilkan pelaksanaan perkesmas yang lebih baik sesuai nilai OR dengan dikontrol oleh faktor manajemen SDM lainnya. Hasil akhir dari variabel yang paling dominan adalah pengendalian. Pengendalian pada pelaksanaan perkesmas khususnya di tatanan pengelolaan, terapkan pada pembuatan laporan pelaksanaan perkesmas tiap bulan/triwulan dan per tahun, mendeteksi adanya kesulitan atau hambatan pada pelaksana perkesmas di lapangan, penilaian kinerja lapangan pelaksana perkesmas, pemberian umpan balik dan mengusulkan sistem penghargaan yang mampu memacu motivasi para pelaksana perkesmas untuk dapat bekerja sesuai standar. Apabila hal-hal ini diterapkan secara konsisten dan mantap oleh seorang koordinator perkesmas, maka pencapaian perkesmas dapat mencapai ataupun melampaui standar nasional.

6.2. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu peneliti tidak menemukan instrumen penelitian yang baku untuk penelitian ini, sehingga peneliti memodifikasi dari

instrumen monitoring dan evaluasi pelaksanaan perkesmas tingkat puskesmas yang dikeluarkan oleh Depkes (2010) dengan menggunakan bahasa yang dimengerti oleh responden. Instrumen penelitian ini diuji coba pada populasi uji coba dengan hasil baik (valid dan reliabel), namun untuk responden lain perlu dilakukan kembali uji validitas dan reliabilitasnya.

6.3. Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar dalam mengevaluasi pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Pernyataan pada instrumen penelitian yang telah diuji validitas dan reliabilitas, dapat menjadi dasar pada instrumen evaluasi program tersebut, karena penelitian ini telah berusaha mengintegrasikan implementasi PMK dengan perkesmas. Hasil pengintegrasian hal tersebut tercermin dalam pencapaian pelaksanaan perkesmas. Di puskesmas wilayah Jakarta Barat hasil pelaksanaan perkesmas kurang baik, fakta tersebut dapat dikarenakan kurangnya kemampuan dan pengetahuan koordinator perkesmas terhadap perkesmas dan PMK, sehingga apabila pengetahuan dan kompetensi mereka ditingkatkan, maka pencapaian pelaksanaan akan dapat meningkat. Secara berkesinambungan dengan meningkatnya pelaksanaan perkesmas, maka ini akan menjadi *evidence based* keberhasilan pelayanan keperawatan di puskesmas, selain itu dapat meningkatkan juga kemandirian masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatannya dan dapat menjadi daya ungkit peningkatan kesehatan masyarakat sesuai dengan visi Kementerian Kesehatan.

Peningkatan pencapaian pelaksanaan perkesmas juga akan berdampak kepada upaya wajib puskesmas yang harus diselenggarakan oleh puskesmas. Karena selama ini perkesmas hanya merupakan upaya pengembangan. Diharapkan bukti nyata tersebut nantinya akan dapat menjadikan perkesmas sebagai program wajib sekaligus unggulan puskesmas. Hal ini pun dapat mempengaruhi peningkatan mutu pelayanan keperawatan di puskesmas dan dapat menjadi dasar pada penghitungan besarnya jasa keperawatan di puskesmas pada nantinya.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui karakteristik koordinator perkesmas tidak mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Responden yang digunakan tidak sesuai dengan jumlah populasi dikarenakan kriteria inklusi untuk mendapatkan hasil sesuai dengan fenomena lapangan. Mengenai faktor-faktor manajemen SDM (perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pengendalian) dengan pelaksanaan perkesmas di puskesmas yang berpengaruh terhadap pelaksanaan perkesmas di puskesmas yaitu perencanaan, pengorganisasian, dan pengendalian. Semua variabel manajemen SDM ini menunjang pelaksanaan perkesmas di puskesmas wilayah Jakarta Barat.

Gambaran pelaksanaan perkesmas di puskesmas wilayah Kotamadya Jakarta Barat Provinsi DKI Jakarta dengan batasan pelaksanaan komponen PMK, pembagian wilayah binaan keperawatan sesuai dengan jumlah keperawatan yang ada di puskesmas, dan rapat koordinasi perkesmas rutin berkala pelaksanaan perkesmas adalah kurang baik. Karena tidak sesuai dengan standar perkesmas menurut Depkes (2006) pelaksanaan perkesmas merupakan kegiatan keperawatan baik di dalam gedung maupun luar gedung puskesmas dengan indikator pencapaian berdasarkan target yang sesuai dengan sumber daya masing-masing puskesmas. Dari hasil-hasil tersebut dianalisis lebih lanjut untuk memperoleh urutan variabel yang paling dominan mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di puskesmas. Urutan variabel tersebut adalah pengendalian, pengorganisasian, perencanaan, penggerakan, dan masa kerja. Untuk fungsi pengendalian, bila koordinator perkesmas yang melakukan pengendalian dengan baik, maka 4,4 kali dapat melaksanakan perkesmas dengan baik dibandingkan koordinator perkesmas yang tidak melaksanakan dengan baik, dengan dikontrol oleh perencanaan, pengorganisasian dan penggerakan.

7.2. Saran

7.2.1. Untuk Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Barat

7.2.1.1. Meningkatkan pengendalian/pengawasan berkala dan rutin baik dari Kepala Puskesmas maupun Koordinator Perkesmas untuk memperbaiki penyimpangan yang terjadi dan meningkatkan pelayanan perkesmas di puskesmas

7.2.1.2. . Meningkatkan pengetahuan koordinator perkesmas akan fungsi-fungsi manajerial dan aplikasinya dalam pelaksanaan perkesmas di puskesmas, dapat melalui pelatihan ataupun pendidikan berkelanjutan.

7.2.1.3. Koordinator perkesmas diusulkan untuk mengikuti pelatihan manajerial perkesmas, teknis perkesmas, dan PMK, untuk dapat memberikan pembelajaran yang benar kepada pelaksana perkesmas mengenai aplikasi PMK dan perkesmas di lapangan

7.2.1.4. Adanya *in service training* di puskesmas, dari koordinator perkesmas kepada pelaksana perkesmas mengenai pelaksanaan perkesmas terintegrasi dengan PMK sesuai dengan pemahaman yang benar dari koordinator perkesmas

7.2.1.5. Koordinator perkesmas dapat menerapkan sistem penghargaan yang tepat sesuai sumber daya yang tersedia di puskesmas. Misalnya dengan pemilihan pelaksana perkesmas terbaik setiap bulan/tahun dengan kriteria tertentu dan memberikan *reward* sesuai kemampuan puskesmas, atau bila memang terbatas dapat berupa pengumuman saja.

7.2.2. Untuk Sudinkes/Dinkes Provinsi DKI Jakarta

7.2.2.1. Kepala Dinas Kesehatan melalui Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat dan penyelia perkesmas provinsi DKI Jakarta mendisiplinkan pelaporan pelaksanaan perkesmas baik per triwulan maupun per tahun

7.2.2.2. Adanya pengusulan pelatihan perkesmas dan PMK setiap tahunnya untuk puskesmas-puskesmas se-wilayah provinsi DKI Jakarta

- 7.2.2.3. Adanya penerapan sistem penghargaan kepada pelaksana perkesmas minimal setiap tahunnya, dapat di tingkat Sudinkes Jakarta Barat ataupun tingkat Dinkes Provinsi DKI Jakarta
- 7.2.2.4. Adanya dukungan terus menerus untuk pelaksanaan perkesmas terintegrasi dengan PMK di wilayah provinsi DKI Jakarta.

7.2.3. Untuk Kementerian Kesehatan

- 7.2.3.1. Penelitian ini menjadi *evidence based* pelaksanaan perkesmas di salah satu wilayah Indonesia
- 7.2.3.2. Adanya usulan untuk pelatihan perkesmas baik bagi penyelia provinsi, penyelia kabupaten/kota, koordinator perkesmas, maupun teknis pelaksana perkesmas yang terintegrasi dengan PMK
- 7.2.3.3. Membuat standar pelayanan perkesmas di puskesmas serta indikator pencapaian perkesmas yang baik
- 7.2.3.4. Mendorong perkesmas menjadi program utama pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas

7.2.4. Untuk Institusi Pendidikan Keperawatan

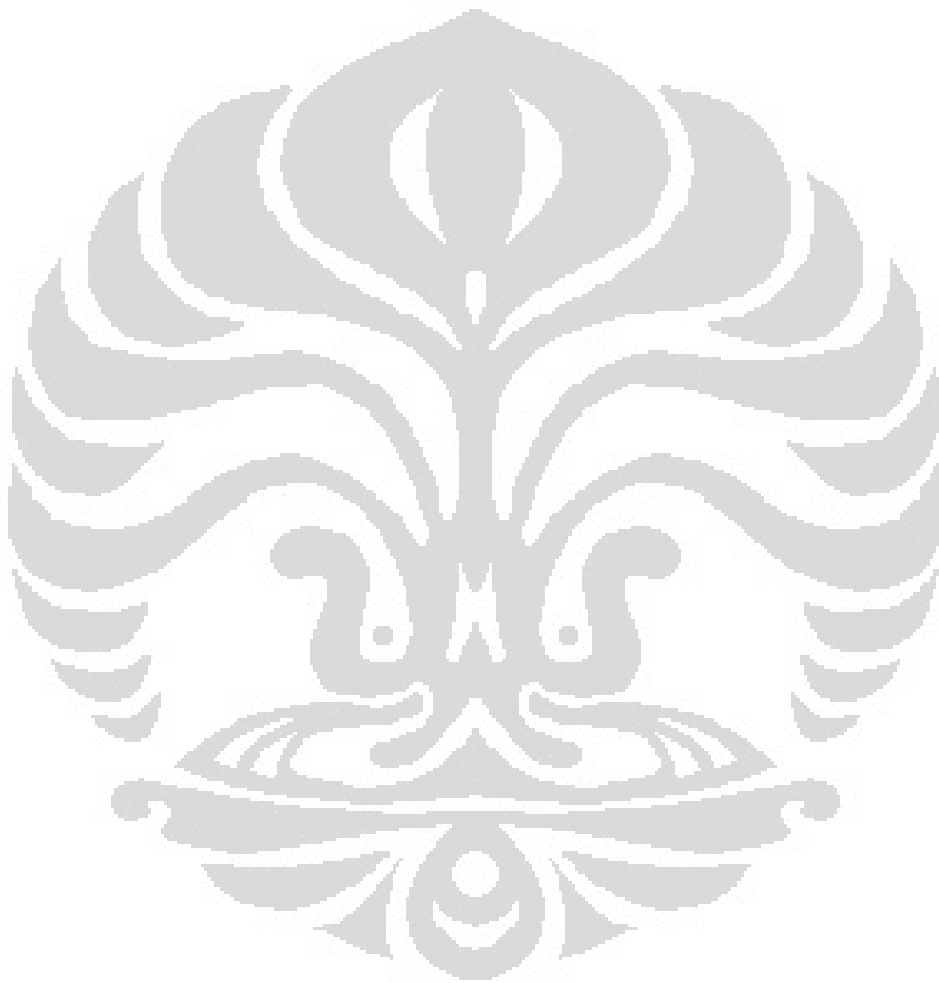
- 7.2.4.1. Menjadikan penelitian ini sebagai bahan referensi pengajaran atau pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan
- 7.2.4.2. Mensosialisasikan kegiatan perkesmas terintegrasi dengan PMK kepada mahasiswa dari sejak mereka ada di pendidikan

7.2.5. Untuk Peneliti Lain

- 7.2.5.1. Menjadikan hasil penelitian ini menjadi data awal untuk penelitian selanjutnya ke arah *action* riset. Riset ini dilakukan dalam lingkup kegiatan perkesmas tengah dilaksanakan, sehingga didapatkan *evidence based* terkait perkesmas secara berkesinambungan.

7.2.5.2. Melakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh pelaksanaan perkesmas terintegrasi dengan PMK terhadap kinerja perawat di puskesmas

7.2.5.3. Menambahkan variabel lain diluar yang sudah ada dengan disain yang berbeda, seperti observasi, *case control*, kohort, dan lainnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Adyana, I. (2005), *Hubungan beberapa fungsi manajemen koordinator SP2TP puskesmas dengan ketepatan dan kelengkapan laporan SP2TP di kabupaten lampung tengah*. <http://lrc-kmpk.undip.ac.id>, Diperoleh 25 Mei 2012
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- As'ad, M. (2008). *Psikologi industri*. Edisi 4. Cetakan ke sepuluh. Yogyakarta:Liberti.
- Azwar, A. (1996). *Menuju pelayanan kesehatan yang lebih bermutu*. Jakarta: Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia
- Bestian (2006) Audit manajemen atas fungsi manajemen sumber daya manusia PT framas plastic technology, *Jurnal Ekonomi Universitas Atmajaya*, edisi X, 23-24.
- Budioro, B. (1997). *Pengantar administrasi kesehatan*. Semarang: Badan Penerbit UNDIP.
- Dahlan, M. Sopiudin (2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- _____ (2008). *Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- _____ (2008). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Daruji, M. (2001). *Hubungan faktor individu petugas koordinator perkesmas dengan pelaksanaan tugas dalam pengelolaan program di puskesmas kabupaten sleman tahun 2001*. <http://lrc-kmpk.ugm.ac.id>. Diperoleh pada tanggal 18 Maret 2011.
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan*. Cetakan pertama. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Depkes, R.I. (1992). *Pedoman manajemen upaya kesehatan usia lanjut di puskesmas*. Jakarta: Depkes.
- _____ (1995). *Petunjuk pengelolaan perawatan kesehatan masyarakat*. Jakarta: Depkes.
- _____ (1996). *Petunjuk teknis keperawatan kesehatan masyarakat pada sasaran individu dan keluarga*. Jakarta: Depkes

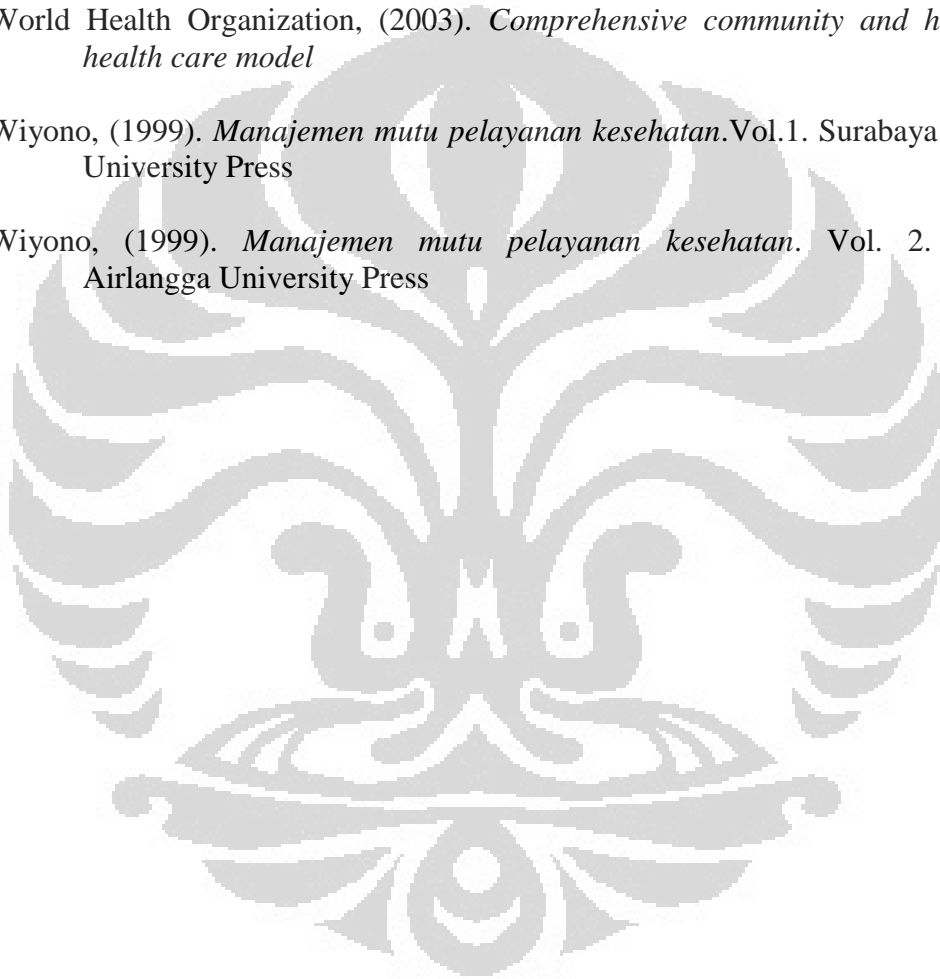
- _____ (2003). *Materi pelatihan bimbingan (coaching)*. Pusdiklat SDM Kesehatan bekerja sama dengan Dit Bina pelayanan Keperawatan. Jakarta: Depkes.
- _____ (2004). *Kebijakan dasar pusat kesehatan masyarakat*. Jakarta: Depkes
- _____ (2005). *Hasil evaluasi peran dan fungsi perawat kesehatan masyarakat di puskesmas daerah terpencil*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. Jakarta: Depkes.
- _____ (2006). *Pedoman kegiatan perawat kesehatan masyarakat di puskesmas*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. Jakarta: Depkes
- _____ (2006). *Penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. Jakarta: Depkes
- _____ (2006). *Pedoman pengelolaan keperawatan kesehatan masyarakat panduan bagi kabupaten/kota*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. Jakarta: Depkes.
- _____ (2006). *Pedoman promosi kesehatan oleh perawat di puskesmas*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. Jakarta: Depkes
- _____ (2006). *Pedoman pengembangan jenjang karir profesional perawat*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. Jakarta: Depkes
- _____ (2009). *Laporan teknis penerapan keperawatan kesehatan masyarakat 2009*. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. Tidak dipublikasikan
- _____ (2010). *Hasil riset kesehatan dasar*. Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta: Depkes
- _____ (2010). *Pedoman penyelenggaraan pelayanan keperawatan keluarga di rumah*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. Jakarta: Depkes
- _____ (2010). *Instrumen evaluasi pemantapan perkesmas*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. Tidak dipublikasikan.
- DKI Jakarta (2009), *Standar pelayanan minimal peraturan gubernur DKI Jakarta no. 12 tahun 2009*. Jakarta. Tidak dipublikasikan

- DKI Jakarta (2010), *Analisis hasil kegiatan program perkesmas di provinsi DKI Jakarta tahun 2010*. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- DKI Jakarta (2011), *Laporan tahunan dinas kesehatan provinsi DKI Jakarta tahun 2011*. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Gibson, (1996). *Organisasi: Perilaku struktur dan proses*. Terjemahan Adiarni. N Edisi ke-8. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Gibson (2000). *Organization*. 10th Edition. New York
- Gillies, (2000). *Manajemen keperawatan, sebagai suatu pendekatan sistem*, penerjemah Neng Hati Sawiji, Bandung: Yayasan IAPKP
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., & Ezzati, M. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. New York: Oxford University Press and The World Bank.
- Hastono,S.P, (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: FKM-UI
- Hernadi (2005). *Fungsi manajemen koordinator perkesmas puskesmas yang berhubungan dengan cakupan program perkesmas di dinas kesehatan kabupaten hulu sungai tengah*. <http://lrc-kmpk.undip.ac.id>, Diperoleh 25 Mei 2012
- Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit*, Depok: FKM-UI
- Irianto, A. (2006). *Statistik: konsep dasar & aplikasinya*. Jakarta: Kencana Prenada Media
- Irmawati (2007). *Analisis hubungan fungsi manajemen pelaksana kegiatan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang (sdidtk) dengan cakupan SDIDTK balita dan anak prasekolah di puskesmas kota semarang tahun 2007*. <http://lrc-kmpk.ugm.ac.id>. Diperoleh 25 Mei 2012.
- Kemkes, R.I. (2011). *Laporan implementasi perkesmas tahun 2011*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. Tidak dipublikasikan.
- _____ (2012). *Pedoman pelayanan kesehatan calon jamaah haji*. Pusat Kesehatan Haji. Jakarta: Kemkes.
- Khofifah (2011). *Analisis pengaruh fungsi manajemen program kelas ibu hamil terhadap cakupan K4 oleh bidan desa di kabupaten jombang*. Tesis. Semarang: UNDIP. Tidak dipublikasikan.
- Kuntoro, A, (2010). *Buku ajar manajemen keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Marquis, B. L, & Huston, (2007). *Leadership roles and management function in nursing: theory and application*. 5th edition. California: Lippincott Williams & Wilkins
- Masyhuri & Zainuddin, M. (2008). *Metodologi penelitian pendekatan praktis dan aplikatif*. Bandung: PT. Refika Aditama
- McKenzie, Y. (2010). *Physical factors of community health*. <http://communityhealth.com/script/pdf>. Diperoleh 18 Maret 2011.
- Mohamad, S. (2001). *Batasan umur-sesepeuh kita*.<http://www.scribd.com/doc/51591459>. Diperoleh tgl 28 juni 2012.
- Muninjaya, AA.G, (2006). *Manajemen kesehatan*. Jakarta: EGC
- Nasution, J. (2003). *Evaluasi sistem pelaksanaan program perawatan kesehatan masyarakat di puskesmas kota tebing tinggi propinsi sumatera utara tahun 2003*. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/32542>. Diperoleh 25 Mei 2012.
- Nimran, U. (1997). *Perilaku organisasi*, edisi revisi. Surabaya: CV. Citra Media
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurhayani, S. (2011). *Hubungan karakteristik individu dengan persepsi perawat pelaksana terhadap kemampuan kepala ruangan melakukan bimbingan setelah diberi pelatihan bimbingan (coaching) di ruang rawat inap rumah sakit haji jakarta*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan
- Pancaningrum, D. (2011). *Hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial di rumah sakit haji jakarta*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan
- Panjaitan, R.U. (2004). *Persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi dan hubungannya dengan kinerja di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis Pascasarjana FIK UI
- Robbins, (2001). *Organizational behavior: Concepts, Controversions, and application*. 9th Edition. New Jersey: Prentice Hall Inc

- 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 & Hastono, (2010). *Statistik kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers
- Sastroasmoro, S. & Ismael. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinik*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto
- Septino, Tien (2007). *Hubungan efektivitas pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat di puskesmas kabupaten lima puluh kota*. <http://lrc-kmpk.ugm.ac.id>. Diperoleh 23 Maret 2011
- Fatma, S. (2007). *Analisis hubungan fungsi manajemen oleh tenaga pelaksana gizi dengan tingkat keberhasilan program pemberian makanan tambahan pada balita gizi buruk di puskesmas kabupaten tegal tahun 2006*. <http://lrc-kmpk.undip.ac.id>. Diperoleh 23 Maret 2012
- Siagian, S.P. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara
- Simanjuntak, 2005. *Manajemen dan evaluasi kinerja*. Depok: Lembaga Penerbit FEUI
- Simbolon, M.M, (2004), *Dasar-dasar administrasi dan manajemen*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Siswanto, H.B. (2009). *Pengantar manajemen*. Jakarta: Bumi Aksara
- Slamet. S. (2003). *Pengaruh karakteristik individu perawat dengan pelaksanaan manajemen klinik di rumah sakit umum daerah karanganyar*. Info Kesehatan edisi XII, Oktober 2004.
- Sofyandi & Garniwa, (2007). *Perilaku organisasi*. Yogyakarta. Graha Ilmu
- Sugiyono, (2007). *Metode penelitian pendidikan, pendekatan kuantitatif, kualitatif. R&D*. Bandung: Alfa Beta
- Sunaryo, (2004). *Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta: EGC
- Suyanto, (2009). *Mengenal kepemimpinan dan manajemen keperawatan di Rumah sakit*. Yogyakarta: Mitra Cendekia
- Swanburg, (2000). *Pengantar kepemimpinan & manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. Jakarta. EGC

- Tafwidhah, Y. (2010). *Hubungan kompetensi perawat puskesmas dengan timngkat keterlaksanaan keperawatan kesehatan masyarakat di kota pontianak*. Tesis. Depok: FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Terry, G.R. (2006). *Penelaahan buku principles of management*. Bandung: Balai Lektor Mahasiswa UNPAD.
- Tjahjono, (2005), Pengembangan manajemen kinerja klinik perawat dan bidan sebagai evaluasi peningkatan mutu di puskesmas. *Jurnal Kesehatan KMPK UNDIP*. Edisi V, hal. 15
- World Health Organization, (2003). *Comprehensive community and home based health care model*
- Wiyono, (1999). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan*. Vol.1. Surabaya: Airlangga University Press
- Wiyono, (1999). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan*. Vol. 2. Surabaya: Airlangga University Press





KUESIONER PENELITIAN

**FAKTOR-FAKTOR MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA
(SDM) YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN
PERKESMAS DI PUSKESMAS
WILAYAH KOTAMADYA JAKARTA TIMUR TAHUN 2012**

Peneliti

Nama : Maya Ratnasari

NPM : 0906574814

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2012**

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul penelitian : “ Faktor-Faktor Manajemen Sumber Daya Manusia Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas di Wilayah Kotamadya Jakarta Timur Tahun 2012”

Saya Maya Ratnasari NPM 0906574814 (Mahasiswa Program Magister ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan pengambilan data melalui kuesioner untuk penelitian faktor-faktor manajemen SDM yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di puskesmas wilayah Kotamadya Jakarta Timur. Data yang diperoleh akan direkomendasikan sebagai masukan untuk meningkatkan pelaksanaan perkesmas di puskesmas.

Peneliti menjamin bahwa pengisian kuesioner ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap responden maupun institusi. Peneliti berjanji menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara, menjamin kerahasiaan kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh, baik dalam pengumpulan pengolahan, maupun dalam penyajian laporan nanti.

Melalui penjelasan ini, peneliti sangat mengharapkan partisipasi dan kejujuran bapak/ibu/saudara dalam penelitian ini.

Atas kesediaan dan partisipasinya dalam penelitian ini, peneliti ucapkan terima kasih.

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan di atas, dan mendapat jawaban terhadap pertanyaan yang saya ajukan mengenai penelitian ini, saya memahami tujuan dan manfaat penelitian ini. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi dan hak-hak saya sebagai responden. Dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan, berdampak negatif bagi saya.

Saya mengetahui bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pengelolaan perkesmas nantinya.

Dengan ditandatanganinya surat persetujuan ini, maka saya menyatakan berpartisipasi dalam pengisian instrumen ini.

Jakarta, April 2012

Responden

(.....)

**FAKTOR-FAKTOR MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA
YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN
PERKESMAS DI PUSKESMAS
WILAYAH JAKARTA TIMUR TAHUN 2012**

KUESIONER A

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Petunjuk Pengisian :

- A. Mohon bantuan dan kesediaan sejawat untuk menjawab kuisisioner dibawah ini dengan cara mengisi titik-titik yang tersedia
- B. Berikan tanda check (√) pada kotak yang tersedia

1. Umur :tahun
2. Jenis Kelamin : Pria
Wanita
3. Tingkat Pendidikan : SPK
D-III Keperawatan
S1 Keperawatan/Ners
S2 Keperawatan
4. Masa Kerja :tahun

KUESIONER B

Petunjuk C :

Pernyataan no : **1-26** berilah tanda (√) pada kolom yang sejawat pilih sesuai dengan keadaan sebenarnya dengan alternatif jawaban sebagai berikut :

- a. **SL (Selalu)**, apabila pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan)
- b. **S (Sering)**, apabila pernyataan tersebut sering dilakukan (jarang tidak dilakukan)
- c. **K (Kadang-kadang)**, apabila pernyataan tersebut kadang-kadang dilakukan (lebih sering tidak dilakukan)
- d. **TP (Tidak Pernah)**, apabila pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali

No	Pernyataan	Jawaban			
		SI	S	K	TP
1	Saya mengidentifikasi masalah pelaksanaan pelayanan/asuhan keperawatan di puskesmas				
2	Saya tidak memiliki data kasus prioritas yang akurat untuk pelaksanaan perkesmas				
3	Saya menyusun rencana pengelolaan perkesmas				
4	Saya tidak melakukan penyusunan rencana peningkatan motivasi tenaga keperawatan puskesmas				
5	Saya tidak merencanakan tindak lanjut pengelolaan terhadap tenaga-tenaga keperawatan perkesmas				
6	Saya menyusun perencanaan kegiatan (jangka pendek) dan pengembangan program perkesmas (jangka panjang)				
7	Saya tidak menyusun perencanaan peningkatan kapasitas (pelatihan) pelaksana perkesmas				
No	Pernyataan	Jawaban			
		SI	S	K	TP

8	Saya tidak menyusun perencanaan pengusulan alat perkesmas (PHN Kit)				
9	Saya menyusun perencanaan pengusulan sarana penunjang perkesmas lainnya				
10	Saya membuat jadwal kunjungan ke wilayah binaan				
11	Saya tidak membuat pembagian tugas dalam pelaksanaan perkesmas di puskesmas				
12	Saya tidak menyusun SOP pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat				
13	Saya menyusun uraian tugas perawat pelaksana perkesmas di puskesmas				
14	Saya tidak menyusun indikator kinerja perawat pelaksana perkesmas				
15	Saya membuat jadwal diskusi refleksi kasus terkait perkesmas				
16	Saya tidak membuat jadwal monitoring dan evaluasi berkala untuk pelaksana perkesmas				
17	Saya mengkaji rancangan/hasil uji coba pengembangan program perkesmas				
18	Saya melaksanakan pengelolaan terhadap: pelaksanaan asuhan keperawatan				
19	Saya melaksanakan usulan pelatihan perawat pelaksana perkesmas di puskesmas				
20	Saya tidak melakukan kerjasama dengan pihak terkait lainnya dalam melaksanakan kegiatan perkesmas				
21	Saya tidak melakukan advokasi kepada pimpinan dan sektor terkait lainnya dalam pelaksanaan perkesmas				

No	Pernyataan	Jawaban			
		SI	S	K	TP
22	Saya tidak melakukan monitoring dan evaluasi sesuai jadwal yang sudah ditetapkan				
23	Saya memantau pelaksanaan tindak lanjut pengelolaan perkesmas				
24	Saya melaksanakan penilaian kepada perawat pelaksana perkesmas di puskesmas				
25	Saya tidak melakukan supervisi dalam pelaksanaan perkesmas				
26	Saya melaksanakan penilaian dalam pemilihan pelaksana terbaik untuk memacu semangat para pelaksana perkesmas				
27	Saya tidak mendokumentasikan kegiatan pengelolaan perkesmas				
28	Saya melaporkan hasil pengelolaan perkesmas kepada atasan langsung secara tertulis				
29	Saya tidak mendokumentasikan kegiatan perkesmas dalam formulir yang tersedia				
30	Saya melaporkan laporan perkesmas secara rutin				

KUESIONER C

Petunjuk D :

Pernyataan no : **1-4** berilah tanda (√) pada kolom yang sejawat pilih sesuai dengan keadaan sebenarnya dengan alternatif jawaban sebagai berikut :

- a. **Ya**, apabila terdapat hal di bawah ini dalam pengelolaan pelaksanaan perkesmas di puskesmas
- b. **Tidak**, apabila tidak terdapat hal di bawah ini dalam pengelolaan pelaksanaan perkesmas di puskesmas

NO	PERNYATAAN	JAWABAN	
		Ya	Tidak
1.	Ada uraian tugas seluruh komponen pelaksana perkesmas (pimpinan puskesmas, koordinator perkesmas, penanggung jawab wilayah binaan, perawat pelaksana)		
2	Ada SOP pelaksanaan kegiatan perkesmas		
3	Ada jadwal diskusi refleksi kasus dalam setahun		
4	Ada indikator kinerja perawat perkesmas		
5	Ada jadwal monitoring evaluasi berkala kepada perawat pelaksana perkesmas selama setahun		
6	Ada jadwal kunjungan ke wilayah binaan		
7	Ada pembagian wilayah binaan sesuai dengan target dan jumlah tenaga keperawatan di puskesmas		
8	Ada jadwal rutin rapat koordinasi perkesmas		



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 2415/H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

22 Mei 2012

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan
Provinsi DKI Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:

Sdr. Maya Ratnasari
NPM 0906574814

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Faktor-faktor Manajemen Sumber Daya Manusia yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Puskesmas se Jakarta Barat.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kepala Sudinkes Kotamadya Jakarta Barat
3. Kepala Kesbangpol Kotamadya Jakarta Barat
4. Kepala Puskesmas se Jakarta Barat
5. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
6. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
7. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
8. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

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 :

Faktor-Faktor Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas Wilayah Kotamadya Jakarta Timur Tahun 2012.

Nama peneliti utama : Maya Ratnasari

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 21 Mei 2012

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Maya Ratnasari

Tempat, tanggal lahir : Jakarta, 27 Maret 1978

Jenis kelamin : Perempuan

Pekerjaan : PNS

Alamat rumah : Komp. Bukit Nusa Indah, Jl. Kamboja no. 326 B
Serua, Ciputat, Tangerang Selatan 15414, Telp 08128373707
email memeytry@hotmail.com

Alamat institusi : Dit. Bina Pelayanan Keperawatan & Keteknisian Medik
Kementerian Kesehatan

Riwayat Pendidikan :

1. Program Magister Ilmu Keperawatan UI : Tahun 2009-saat ini
Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
2. Fakultas Ilmu Keperawatan UI : Tahun 1996-2000
3. SMUN 70 Jakarta : Tahun 1993-1996
4. SMPN 19 Jakarta : Tahun 1990-1993
5. SDN Kramat Pela 11 Pagi : Tahun 1984-1990

Riwayat Pekerjaan :

1. Staf Dit. Bina Pelayanan Keperawatan & Keteknisian Medik: Tahun 2005-saat ini
2. Dosen Akper Jayakarta Dinkes Prov. DKI Jakarta : Tahun 2001-2005