



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**STUDI KINERJA BIDAN DI DESA DALAM MENGELOLA  
PROGRAM DESA SIAGA DI KABUPATEN KEBUMEN  
TAHUN 2012**

**SKRIPSI**

**K U S R I N I  
NPM : 1006820423**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JUNI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**STUDI KINERJA BIDAN DI DESA DALAM MENGELOLA  
PROGRAM DESA SIAGA DI KABUPATEN KEBUMEN  
TAHUN 2012**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**K U S R I N I  
NPM : 1006820423**


**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JUNI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Kusrini

NPM : 1006820423

Tanda Tangan : 

Tanggal : 27 Juni 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Kusrini  
NPM : 1006820423  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Judul Skripsi : Studi Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program  
Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : drg. Wahyu Sulistiadi, MARS

Penguji I : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM., Sc.D

Penguji II : Mayarni, SKp., M.Kes

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 27 Juni 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : Kusrini  
NPM : 1006820423  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Kebidanan Komunitas  
Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**“Studi Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012”**

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juni 2012



Kusrini

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas hidayah dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. drg. Wahyu Sulistiadi, MARS selaku Pembimbing Akademik yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dengan penuh kesabaran sehingga skripsi ini selesai
2. Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D dan Mayarni, SKp, M.Kes selaku dewan penguji yang telah memberikan masukan dan saran
3. Bupati Kebumen yang telah memberikan ijin untuk mengikuti pendidikan SI Kebidanan Komunitas di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
4. dr. Hj. Y. Rini Kristiani, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian
5. Widi Subarkah, SKM selaku Kasie Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen atas dukungan dan informasinya
6. Suamiku Apri Irawan Wibowo, S.Sos dan kedua buah hatiku Rifdan dan Zain yang selalu memberikan dukungan dan semangat serta dengan sabar dan ikhlas memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan
7. Kedua orang tuaku (Bapak Mardono dan Ibu Suparti) dan kedua mertuaku (H. Mardi dan Hj. Marliyah) juga kedua adikku dwi dan ani yang selalu mendukung dan mendoakan agar dapat menyelesaikan pendidikan ini dengan baik
8. Teman-teman satu angkatan Peminatan Kebidanan Komunitas tahun 2010, khususnya buat mb Agil, mbak Yuliwati, mbak Nani, mb Linarsih,

mb Kartini, mb Embri, Andri Rosita, Kusuma Dewi, Santi, Indria, Rubi dan teh Herfia terimakasih sumbang sarannya, semangat juga dukungan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu

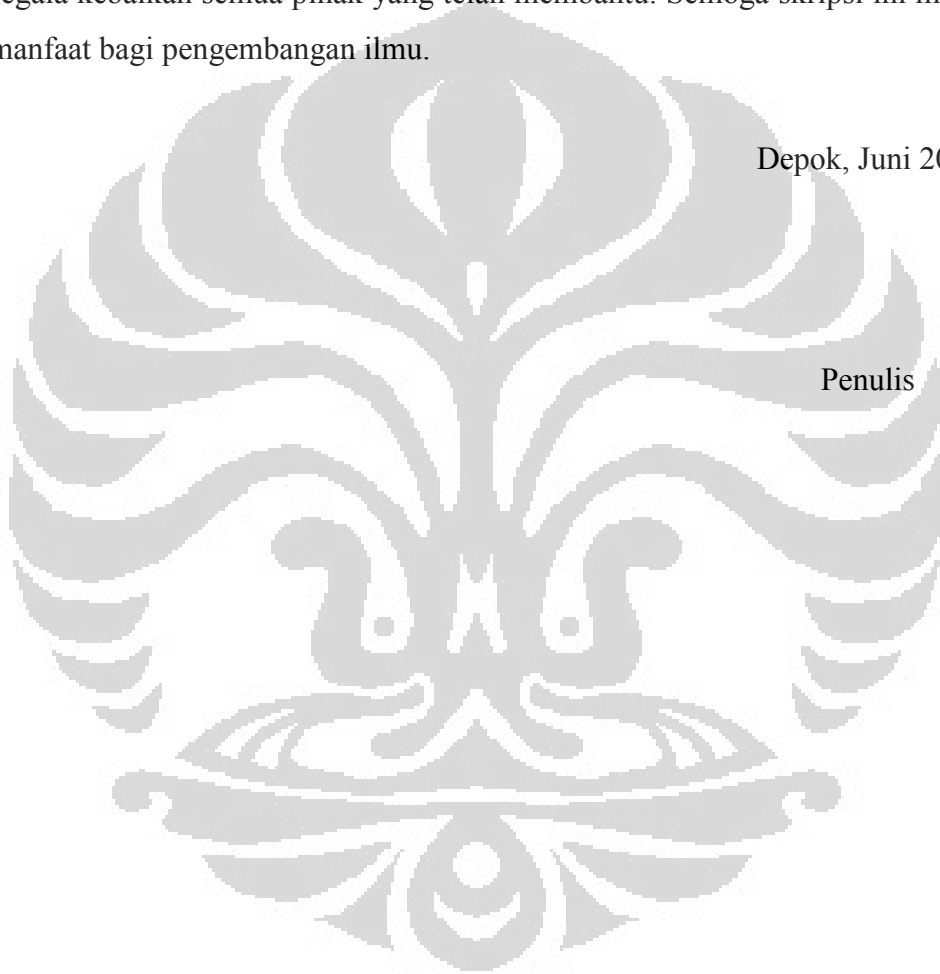
9. Khairanis rahmanda irina, atas bantuannya mengolah data

10. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu dalam penyusunan skripsi ini

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Juni 2012

Penulis



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

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

Nama : Kusrini  
NPM : 1006820423  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

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

**Studi Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di  
Kabupaten Kebumen 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 memublikasikan 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 : Juni 2012

Yang menyatakan



Kusrini



## ABSTRAK

Nama : Kusrini  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Kebidanan Komunitas  
Judul : Studi Kinerja Bidan di Desa dalam  
Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen  
Tahun 2012

Skripsi ini membahas tentang kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen, bertujuan mengetahui kinerja bidan di desa dan hubungan faktor individu, faktor psikologis dan faktor organisasi berdasarkan teori Gibson (1987). Penelitian menggunakan desain *cross sectional*, populasi penelitian bidan di desa dengan jumlah sampel 110 orang. Analisis data meliputi univariat dan bivariat. Hasil penelitian menunjukkan bidan di desa yang memiliki kinerja baik 50,9% sedangkan yang memiliki kinerja kurang 49,1%. Hasil penelitian menunjukkan faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga adalah sarana dan prasarana kerja serta dukungan masyarakat.

Kata kunci : Kinerja, bidan di desa, Desa Siaga

## ABSTRACT

Name : Kusrini  
Study Program : Bachelor of Public Health  
Specialization : Midwifery Community  
Title : Study Performance of Village Midwives in The  
Management of Desa Siaga Program in Distric  
Kebumen on 2012

This research discusses about the performance of village midwives in the management of Desa Siaga program in distric Kebumen, to know performance of village midwives and the related individual factor, psychological factor and organization factor based Gibson theory (1987). This research is cross sectional design, observational population midwives in village with sample amount 110 person. Data analysis used in this research is univariate and bivariate. Result of study show that has good midwife performance 50,9% and 49,1% have insufficiently performance. Observational Result to show factor that is related performance of village midwives in the management of Desa Siaga program with infrastructure and public support.

Key words : Performance, midwives in village, Desa Siaga

## DAFTAR ISI

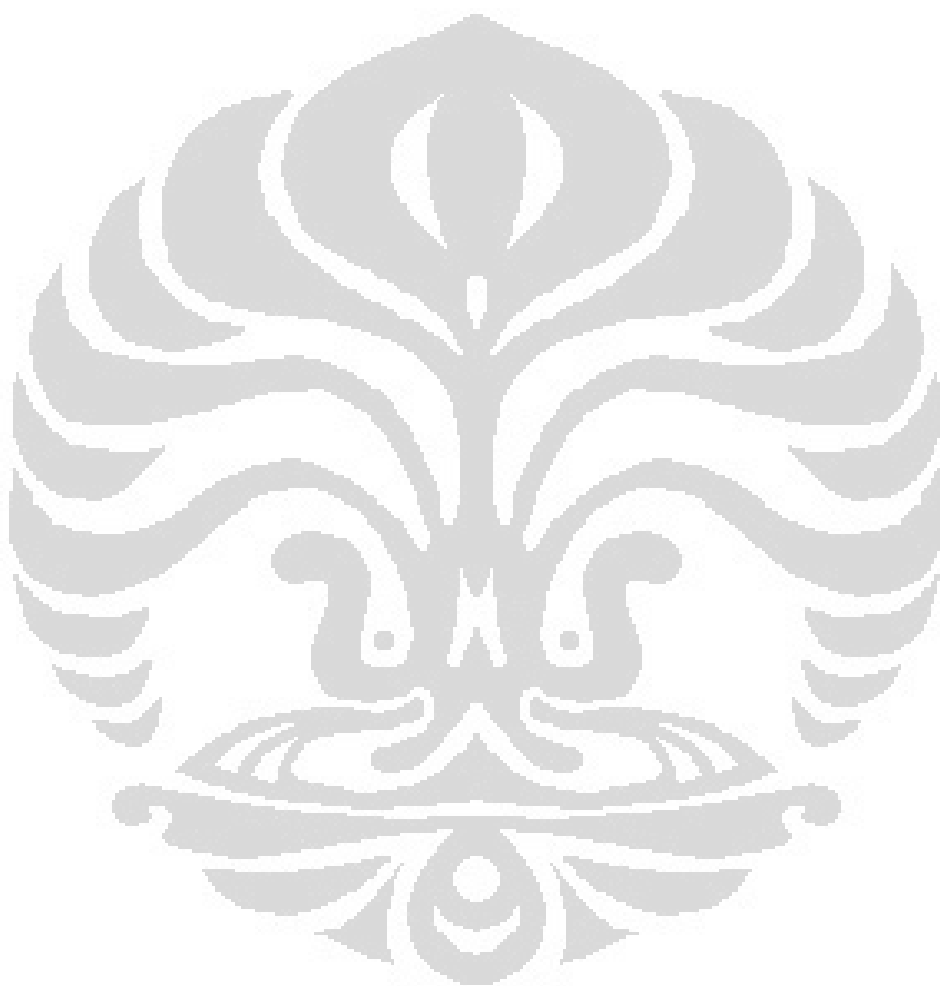
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>xvi</b>
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	8
1.4.1 Tujuan Umum.....	8
1.4.2 Tujuan Khusus.....	8
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	9
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
2.1 Kinerja.....	10
2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kinerja.....	11
2.2.1 Faktor Individu.....	14
2.2.2 Faktor Psikologi .....	20
2.2.3 Faktor Organisasi.....	25
2.3 Penilaian Kinerja .....	30
2.4 Program Desa Siaga.....	32
2.4.1 Pengertian Desa Siaga.....	33
2.4.2 Tujuan Desa Siaga.....	33
2.4.3 Sasaran Pengembangan Desa Siaga.....	33
2.4.4 Kriteria Desa Siaga .....	34
2.5 Desa dan Kelurahan Siaga Aktif .....	35
2.5.1 Konsep Dasar Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.....	35
2.5.2 Kriteria Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.....	35
2.5.3 Indikator Keberhasilan.....	36
2.6 Poskesdes.....	36
2.7 Bidan .....	42
2.7.1 Pengertian Bidan .....	42
2.7.2 Bidan di Desa .....	46

<b>3. KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS</b>	<b>53</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	53
3.2 Definisi Operasional .....	56
3.3 Hipotesis .....	61
<b>4. METODOLOGI PENELITIAN</b>	<b>62</b>
4.1 Desain Penelitian .....	62
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	62
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian .....	62
4.4 Sumber dan Alat Penelitian .....	64
4.5 Uji Instrument .....	64
4.6 Pengumpulan Data .....	65
4.7 Pengolahan Data .....	65
4.8 Analisa Data .....	66
<b>5. HASIL PENELITIAN</b>	<b>67</b>
5.1 Gambaran Umum .....	67
5.2 Hasil Analisis Univariat .....	69
5.3 Hasil Analisis Bivariat .....	75
<b>6. PEMBAHASAN</b>	<b>85</b>
6.1 Keterbatasan Penelitian .....	86
6.2 Pembahasan Penelitian .....	86
6.2.1 Kinerja Bidan di Desa .....	86
6.2.2 Hasil Analisis Faktor Individu dengan Kinerja Bidan di Desa .....	88
6.2.3 Hasil Analisis Faktor Psikologi dengan Kinerja Bidan di Desa .....	98
6.2.4 Hasil Analisis Faktor Organisasi dengan Kinerja Bidan di Desa .....	100
<b>7. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>106</b>
7.1 Kesimpulan .....	106
7.2 Saran .....	107
7.2.1 Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen .....	107
7.2.2 Puskesmas se Kabupaten Kebumen .....	107
7.2.3 Bidan di Desa .....	108
<b>DAFTAR REFERENSI</b>	<b>109</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
Tabel 2.1	Klasifikasi Bidan .....	44
Tabel 5.1	Data Keberadaan Bidan PNS dan PTT Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen Tahun 2011 .....	67
Tabel 5.2	Distribusi Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kebumen Tahun 2011 .....	68
Tabel 5.3	Distribusi Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga.....	69
Tabel 5.4	Distribusi Umur Bidan di Desa .....	70
Tabel 5.5	Distribusi Domisili Bidan di Desa .....	70
Tabel 5.6	Distribusi Pendidikan Bidan di Desa.....	71
Tabel 5.7	Distribusi Status Perkawinan Bidan di Desa .....	71
Tabel 5.8	Distribusi Lama Kerja Bidan di Desa.....	72
Tabel 5.9	Distribusi Pengetahuan Bidan di Desa .....	72
Tabel 5.10	Distribusi Motivasi Bidan di Desa.....	73
Tabel 5.11	Distribusi Sarana dan Prasarana Kerja Bidan di Desa.....	73
Tabel 5.12	Distribusi Supervisi Terhadap Bidan di Desa.....	74
Tabel 5.13	Distribusi Dukungan Masyarakat Terhadap Bidan di Desa .....	75
Tabel 5.14	Hubungan Umur dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012 .....	76
Tabel 5.15	Hubungan Domisili dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012.....	77
Tabel 5.16	Hubungan Pendidikan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012 .....	78
Tabel 5.17	Hubungan Status Perkawinan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012 .....	79
Tabel 5.18	Hubungan Lama Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012 .....	80
Tabel 5.19	Hubungan Pengetahuan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012 .....	80
Tabel 5.20	Hubungan Motivasi dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012 .....	81
Tabel 5.21	Hubungan Sarana dan Prasarana Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012 .....	82

Tabel 5.22	Hubungan Supervisi dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012 .....	83
Tabel 5.23	Hubungan Dukungan Masyarakat dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012 .....	84



## DAFTAR GAMBAR

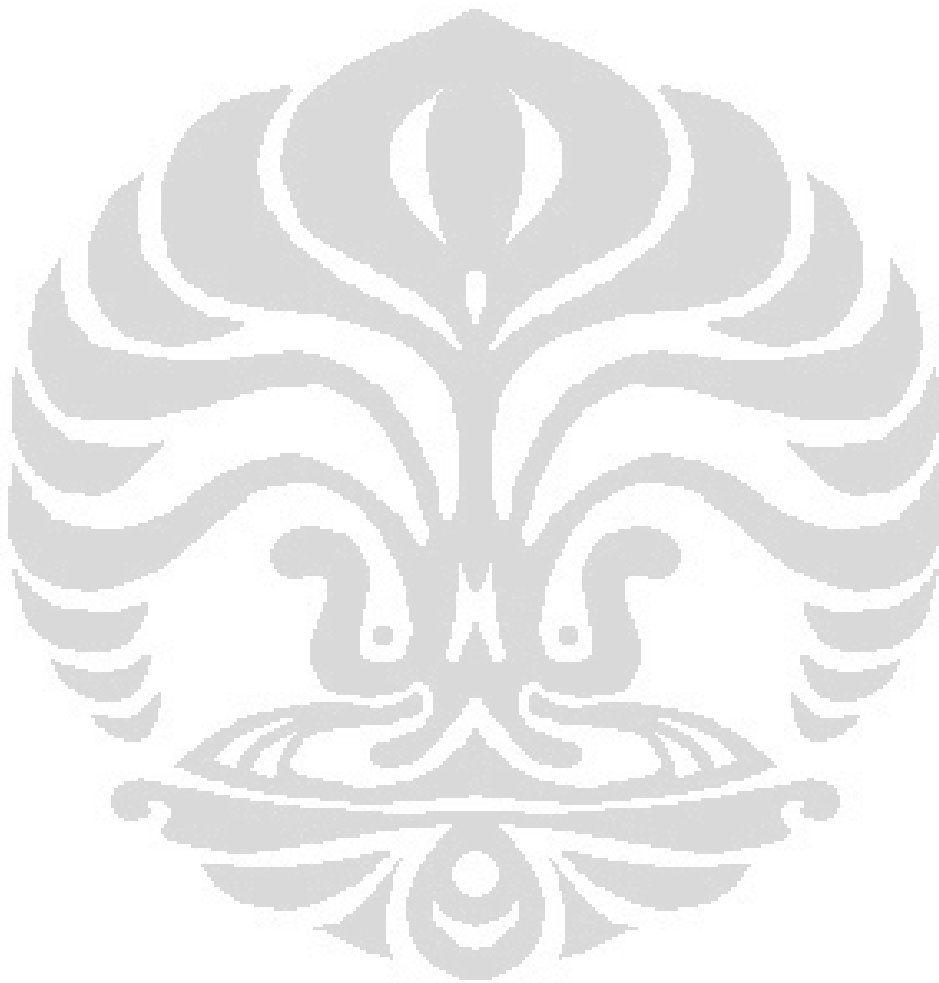
Nomor Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Diagram Skematis Teori Perilaku dan Kinerja dari Gibson (1987) ..... 13
Gambar 2.2	Kedudukan dan Hubungan Poskesdes dengan Unit-Unit serta Masyarakat.....40
Gambar 2.3	Model Struktur Organisasi Puskesmas Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No 128/Menkes/SK/II/2004 .....52
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Studi Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen tahun 2012.....55



## DAFTAR LAMPIRAN

### Nomor Lampiran

- Lampiran 1 : Surat ijin penelitian
- Lampiran 2 : Hasil uji validitas dan reliabilitas
- Lampiran 3 : Hasil output olah data penelitian
- Lampiran 4 : Kuesioner penelitian



## DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

APBDes	Anggaran Pendapatan Belanja Desa
BBL	Bayi Baru Lahir
Bikor	Bidan Koordinator
BPD	Badan Perwakilan Desa
CI	Confidence Interval
Depkes RI	Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dinkes	Dinas Kesehatan
FIGO	Federation of International Gynecology Obstetrition
HO	Hipotesis Nol
IBI	Ikatan Bidan Indonesia
ICM	International Confederation of Midwives
Kadarzi	Keluarga Sadar Gizi
Kemendes RI	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KB	Keluarga Berencana
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
MMD	Musyawahar Masyarakat Desa
OR	Odds Ratio
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PKD	Poliklinik Kesehatan Desa
PKMD	Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
PNPM Mandiri	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri
PNS	Pegawai Negeri Sipil
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
PTT	Pegawai Tidak Tetap
Pustu	Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu
PWS-KIA	Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
RSUP	Rumah Sakit Umum Pusat
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
SIPB	Surat Ijin Praktek Bidan
SMD	Survei Mawas Diri
SPGDT	Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
SPM	Standar Pelayanan Minimal
UKBM	Usaha Kesehatam Berbasis Masyarakat



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Kusrini  
Tempat, Tanggal Lahir : Sragen, 15 Februari 1977  
Alamat : Dlangu RT 02 RW 04 Butuh, Purworejo, Jateng  
Nomer HP : 085747258922  
Agama : Islam

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Bener III, Ngrampal, Sragen : Tahun tamat 1989
2. SMPN 5 Sragen : Tahun tamat 1992
3. SPK Depkes Surakarta : Tahun tamat 1995
4. PPB SPK Depkes Blora : Tahun tamat 1996
5. D III Kebidanan Poltekkes Semarang : Tahun tamat 2006
6. SI Peminatan Kebidanan Komunitas FKM UI : Tahun 2010 s/d  
2012

Riwayat Pekerjaan :

1. Bidan di Desa di Puskesmas Butuh I Kabupaten Purworejo Th 1996-2004
2. Bidan di Desa di Puskesmas Ayah I Kabupaten Kebumen Th 2005-2008
3. Bidan Puskesmas di Puskesmas Ayah I Kabupaten Kebumen Th 2008  
sampai dengan sekarang

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### 1.1 Latar belakang

Kementerian Kesehatan RI telah menetapkan visi pembangunan kesehatan Tahun 2010-2014 adalah “Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan”. Dengan salah satu misinya adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani. Dalam upaya mencapai visi dan misi tersebut, Kementerian Kesehatan menetapkan strategi, salah satunya adalah pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerjasama nasional dan global; memantapkan peran serta masyarakat termasuk swasta sebagai subyek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan; meningkatkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat dan mensinergikan sistem kesehatan modern dan asli Indonesia; menerapkan promosi kesehatan yang efektif memanfaatkan *agent of change* setempat; memobilisasi sektor untuk sektor kesehatan (Kemenkes RI, 2010)

Berkaitan dengan strategi di atas, kegiatan yang dilakukan salah satunya adalah pemberdayaan masyarakat dan promosi kesehatan dengan luaran meningkatnya pelaksanaan pemberdayaan dan promosi kesehatan kepada masyarakat (Kemenkes RI, 2010). Terkait hal tersebut dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten dan Kota bahwa target tahun 2010-tahun 2015 dalam promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat ditetapkan bahwa cakupan Desa Siaga Aktif adalah 80 % pada tahun 2015.

Cakupan Desa Siaga Aktif adalah desa yang mempunyai Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau UKBM lainnya yang buka setiap hari dan berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar, penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan, surveilans berbasis masyarakat yang meliputi pemantauan pertumbuhan gizi, penyakit lingkungan dan perilaku sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dibandingkan dengan jumlah Desa Siaga yang dibentuk. Pernyataan tersebut berdasarkan Keputusan

Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Kabupaten/Kota.

Desa dan Kelurahan Siaga Aktif adalah bentuk pengembangan dari Desa Siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006 sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa siaga merupakan upaya yang strategis dalam rangka percepatan pencapaian tujuan pembangunan millennium (*Millenium Development Goals*)

Desa atau Kelurahan Siaga Aktif adalah desa atau yang disebut dengan nama lain atau kelurahan yang penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya dan penduduknya mengembangkan UKBM dan melaksanakan survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Kemenkes RI, 2010)

Cakupan Desa Siaga Aktif merupakan salah satu dari indikator dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) tetapi didalamnya tercakup semua kegiatan yang akan menjamin tercapainya indikator-indikator lainnya dalam SPM tersebut. Tercapainya Indonesia sehat atau target indikator-indikator kesehatan dalam *Millenium Development Goals (MDGs)* sebagian besar ditentukan oleh tercapainya indikator-indikator tersebut pada tingkat desa dan kelurahan. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa pencapaian Indonesia sehat dan target indikator-indikator MDGs pada tahun 2015 sangat ditentukan oleh keberhasilan

pengembangan dan pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif (Kemenkes RI, 2010)

Pembentukan Desa siaga telah dirintis sejak tahun 2006, namun demikian banyak yang belum berhasil menciptakan Desa Siaga atau Kelurahan Siaga yang sesungguhnya yang disebut sebagai Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif. Hal ini dapat dipahami karena pengembangan dan pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga yang menganut konsep pemberdayaan masyarakat memang memerlukan suatu proses (Kemenkes RI, 2010). Pembentukan Desa Siaga dilatar belakangi oleh masih tingginya angka kematian ibu dan kematian bayi yang menunjukkan masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan, ditambah dengan tingginya angka kesakitan dengan munculnya kembali berbagai penyakit lama seperti malaria dan tuberkulosis paru, merebaknya berbagai penyakit baru yang bersifat pandemik seperti HIV/AIDS, SARS dan flu burung serta belum hilangnya penyakit-penyakit endemis seperti diare dan demam berdarah, diperparah dengan timbulnya berbagai kejadian bencana yang dalam waktu terakhir sering menimpa negeri kita (Depkes RI, 2007)

Sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat (Depkes RI, 2007). Prioritas pengembangan Poskesdes adalah Desa/Kelurahan yang tidak terdapat sarana kesehatan (Puskesmas dan Rumah sakit), adapun desa yang terdapat Puskesmas Pembantu masih memungkinkan untuk dikembangkan Poskesdes.

Poskesdes diselenggarakan oleh tenaga kesehatan (minimal seorang bidan) (Depkes RI, 2007) dalam hal ini adalah bidan di desa dengan alasan bahwa bidan telah banyak tersebar di desa-desa serta tujuan penempatan bidan di desa adalah meningkatkan mutu dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan dalam rangka menurunkan angka kematian ibu, angka kematian bayi dan angka kelahiran yang didukung oleh meningkatnya kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat

(Depkes RI, 1994). Tujuan penempatan bidan di desa tersebut sejalan dengan tujuan khusus dibentuknya Desa siaga.

Bidan di desa adalah bidan yang ditempatkan, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya, bidan di desa merupakan salah satu fasilitas penunjang dan jaringan pelayanan puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan di tingkat desa, sehingga bidan di desa adalah salah satu sumber daya manusia yang dimiliki Puskesmas (Depkes RI, 1994; Depkes RI, 1991; Depkes RI, 2000). Menurut Sutisna (2009) salah satu tugas dan tanggungjawab bidan di desa adalah mengelola Program Desa Siaga.

Notoatmodjo (2009) mengemukakan bahwa keberhasilan suatu institusi atau organisasi salah satunya di tentukan oleh faktor sumber daya manusia (karyawan atau tenaga kerja), kualitas sumber daya manusia atau karyawan diukur dari kinerja karyawan tersebut atau produktivitasnya, maka kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga merupakan salah satu hal yang penting dalam pengembangan Desa Siaga menjadi Desa/Kelurahan Siaga Aktif.

Penelitian oleh Subagyo (2008) menyebutkan ada pengaruh secara signifikan peran pendampingan bidan desa terhadap pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Blitar. Menurut studi pendahuluan yang dilakukan oleh Surani (2007) Poskesdes adalah salah satu syarat untuk dapat mencapai Desa Siaga dan bidan desa adalah sebagai pelaksana, permasalahan yang muncul adalah rendahnya kinerja bidan desa pelaksana Poskesdes di Kabupaten Kendal. Hasil penelitian Tetelepta (2011) menyimpulkan implementasi program Desa Siaga di wilayah kerja Puskesmas Layeni, Maluku Tengah belum dapat terlaksana dengan maksimal, hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman provider yang salah satunya adalah bidan Desa Siaga tentang kebijakan, sasaran dan pengukuran Desa Siaga.

Kinerja bidan adalah penampilan kerja seorang bidan dalam melaksanakan kegiatan pokok fungsi kegiatan administrasi dan kegiatan pembinaan yang dapat mendukung keberhasilan tugas-tugasnya (Ristrini dkk, 2000 seperti yang dikutip Hermita, 2011). Secara teoritis ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu : variabel individu, variabel organisasi dan

variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personel (Ilyas, 2002)

Kinerja bidan di desa dipengaruhi oleh beberapa hal, hasil penelitian Women Research Institute (2008) menyebutkan belum ada kebijakan khusus berkaitan dengan penekanan implementasi bidan tinggal di desa, peningkatan kesejahteraan bidan, jaminan transportasi bagi bidan yang tinggal di daerah terpencil, serta jaminan keamanan terhadap bidan yang tinggal di daerah terpencil. Guswanti (2008) faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan dalam mengelola program Desa Siaga adalah umur, pengetahuan, supervisi dan dukungan masyarakat. Aspek motivasi sejak dulu merupakan prediksi dominan kinerja bidan dan telah diteliti di berbagai wilayah tanah air (Hutapea, 2006)

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010, tercatat 51.996 desa/kelurahan (69.1%) dari 75.226 desa/kelurahan di Indonesia telah mewujudkan Desa/Kelurahan Siaga. Dengan rasio Desa Siaga/Poskesdes terhadap jumlah desa adalah sebesar 0,69. Provinsi Jawa Tengah merupakan provinsi yang memiliki rasio Desa Siaga/Poskesdes terhadap jumlah desa paling rendah di pulau Jawa yaitu 0.88 dibanding dengan Provinsi Jawa Barat sebesar 0.92, Provinsi Jawa Timur sebesar 0.99, DIY sebesar 0.99 serta DKI Jakarta 4.40 (Profil Kesehatan Indonesia, 2010)

Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2010 adalah 19,56%. Kabupaten Kebumen merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Jawa Tengah yang pencapaian Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktifnya adalah 23.91% (109 desa) dari 460 desa/kelurahan siaga yang ada. Pencapaian tersebut termasuk rendah jika dibandingkan dengan kabupaten di sekitarnya seperti Kabupaten Cilacap 100%, Kabupaten Banyumas 85,80%, Kabupaten Wonosobo 96,23% dan Kabupaten Banjarnegara 47,84% (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2010)

Dalam rangka mendukung pengembangan Desa Siaga, yang mana penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan kesehatan setiap hari maka diperlukan poskesdes atau sarana kesehatan lain di wilayah tersebut. Berdasarkan Profil Kesehatan

Kabupaten Kebumen tahun 2010 jumlah poskesdes di Kabupaten Kebumen 304 buah, sarana kesehatan lain Puskesmas 35 buah serta Puskesmas Pembantu (Pustu) 77 buah, sedangkan Desa Siaga yang belum memiliki bangunan poskesdes dimana pelayanan poskesdes dilakukan di bangunan milik pemerintah desa adalah 44 desa. Berdasarkan data tersebut 100 % desa dan kelurahan di Kabupaten Kebumen sudah terdapat sarana pelayanan kesehatan dasar.

Pembangunan kesehatan tidak akan berhasil dengan baik jika tidak diikuti dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang berkualitas, beretika, berdedikasi serta tersebar secara merata dalam jumlah dan jenis yang memadai, sehubungan dengan hal tersebut dan dalam rangka pengembangan Desa Siaga di setiap desa harus tersedia tenaga kesehatan 1 (satu) orang bidan yang tidak saja dapat memberikan pelayanan kesehatan namun juga mampu bersama 2 (dua) kader melakukan fasilitasi dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan (Depkes RI, 2007)

Berdasarkan data kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen tahun 2011 terdapat 635 bidan di Kabupaten Kebumen, dengan uraian yang bertugas di Puskesmas sebanyak 141 bidan, sedangkan yang bertugas sebagai bidan di desa adalah 494 bidan yang bertugas di 460 desa/ kelurahan, baik yang berstatus sebagai PNS maupun PTT. Menurut data tersebut artinya 100% desa/kelurahan di Kabupaten Kebumen telah memiliki bidan di desa sebagai tenaga kesehatan yang mempunyai peran dalam pengembangan Desa Siaga yaitu sebagai pembimbing pelaksanaan penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan; pembimbing dan pelaksana pelayanan kegawatdaruratan kesehatan sehari-hari serta bencana; pembimbing masyarakat dalam menghadapi bencana (*Safe Community*); pelaksana pelayanan kesehatan dasar (Depkes RI, 2006)

Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 30 Januari 2012 terhadap 16 bidan di desa pada 2 puskesmas di wilayah Kabupaten Kebumen, didapatkan selama tahun 2011 yang melakukan Survei Mawas Diri (SMD) di wilayah kerjanya hanya 27,7 % serta yang melakukan fasilitasi Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) di wilayah kerjanya hanya 38,8 %. Hal itu menunjukkan bahwa bidan di desa belum melakukan kegiatan Desa Siaga di wilayah kerjanya secara

optimal, untuk itu perlu dikaji dan dianalisis lebih lanjut melalui suatu penelitian. Berkaitan dengan hal itu peneliti tertarik untuk mengetahui kinerja bidan di desa serta faktor-faktor yang berhubungan dalam mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen.

## 1.2 Rumusan Masalah

Pada tahun 2015 cakupan Desa/Kelurahan Siaga aktif adalah 80 % , sedangkan berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Kebumen tahun 2010 dari 460 desa/kelurahan siaga, baru 109 desa/kelurahan (23.91%) Desa/Kelurahan Siaga yang berkembang menjadi Desa/Kelurahan Siaga Aktif. Kabupaten Kebumen memiliki bidan di desa yang bertugas di tiap desa/kelurahan yang mempunyai peran dalam pengembangan Desa Siaga, berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 30 Januari 2012 terhadap 16 bidan di desa, selama tahun 2011 yang melakukan Survei Mawas Diri (SMD) di wilayah kerjanya hanya 27,7 % serta yang melakukan fasilitasi Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) di wilayah kerjanya hanya 38,8 %. Berkaitan dengan hal tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya kinerja bidan di desa dan faktor-faktor yang berhubungan dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen tahun 2012.

## 1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka pertanyaan penelitian ini adalah :

1. Bagaimana gambaran kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012
2. Apakah ada hubungan antara variabel-variabel individu (umur, domisili, pendidikan, pengetahuan, status perkawinan, lama kerja) dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen tahun 2012



3. Apakah ada hubungan antara variabel psikologi (motivasi) dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen tahun 2012
4. Apakah ada hubungan antara variabel-variabel organisasi (sarana dan prasarana kerja, supervisi, dukungan masyarakat) dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola Desa Siaga di Kabupaten Kebumen tahun 2012.

#### 1.4. Tujuan Penelitian

##### 1.4.1 Tujuan umum

Mengetahui kinerja bidan di desa dan faktor-faktor yang berhubungan dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

##### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui hubungan antara variabel-variabel individu (umur, domisili, pendidikan, pengetahuan, status perkawinan, lama kerja) dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012
2. Mengetahui hubungan variabel psikologi (motivasi) dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen tahun 2012
3. Mengetahui hubungan variabel-variabel organisasi (sarana dan prasarana kerja, supervisi, dukungan masyarakat) dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen tahun 2012

#### 1.5 Manfaat Penelitian

##### 1. Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Sebagai bahan masukan dalam upaya pembinaan peningkatan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga

##### 2. Puskesmas

Sebagai bahan masukan dalam upaya pembinaan kepada bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga

### 3. Bidan di desa

Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan kinerja dalam mengelola Desa Siaga di wilayah kerja masing-masing

4. Data dan informasi yang diperoleh dari hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan bagi penelitian lebih lanjut yang berhubungan dengan program Desa Siaga

### 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilakukan untuk mengetahui kinerja bidan di desa dan faktor-faktor yang berhubungan dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret sampai April 2012, penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif bersifat observasional dengan desain *cross sectional*. Populasi dan sampel penelitian adalah seluruh bidan di desa di wilayah Kabupaten Kebumen. Penelitian dilakukan dengan menganalisa data primer yang bersumber dari kuesioner yang dikumpulkan oleh peneliti serta analisis yang dilakukan adalah analisis univariat dan bivariat.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kinerja**

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (1995) kinerja berarti sesuatu yang dicapai, prestasi yang diperlihatkan, kemampuan kerja. Kinerja mempunyai makna luas, bukan hanya menyatakan sebagai hasil kerja, tetapi juga bagaimana proses kerja berlangsung, kinerja adalah tentang apa yang dikerjakan dan bagaimana cara mengerjakannya (Armstrong dan Baron, 1998 : 15 dalam Wibowo, 2010)

Ilyas (2002) menuliskan kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Hafizurrachman (2009) berpendapat, kinerja adalah penampilan kerja yang dicapai oleh seseorang atau kelompok orang dalam melaksanakan tugasnya untuk mencapai tujuan organisasi.

Menurut Helfert dalam Hafizurracman (2009) kinerja adalah suatu tampilan keadaan secara utuh organisasi selama periode waktu tertentu, dan merupakan hasil atau prestasi yang dipengaruhi oleh kegiatan operasional organisasi untuk memanfaatkan sumber daya yang dimiliki. Kinerja menurut Mangkunegara (2009) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggungjawab yang diberikan kepadanya. Notoatmodjo (2009) menyatakan kinerja (*performance*) adalah hasil kerja yang dapat ditampilkan atau penampilan kerja seorang karyawan, dengan demikian kinerja seorang karyawan dapat diukur dari hasil kerja, hasil tugas, atau hasil kegiatan dalam kurun waktu tertentu.

Ilyas (2002) menuliskan deskripsi dari kinerja menyangkut 3 komponen penting yaitu tujuan, ukuran dan penilaian. Penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja, tujuan ini akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personel.

Penentuan tujuan saja tidaklah cukup sebab itu dibutuhkan ukuran apakah seorang personel telah mencapai kinerja yang diharapkan. Penilaian kinerja secara regular yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja setiap personel. Hafizurrachman (2009) berpendapat bahwa kinerja karyawan yang umum untuk kebanyakan pekerjaan memiliki unsur kuantitas hasil, kualitas hasil, ketepatan, ketepatan waktu hasil, kehadiran dan kemampuan bekerjasama.

Menurut Timpe. A Dale (1992) kinerja kerja adalah kulminasi tiga elemen yang saling berkaitan yaitu ketrampilan, upaya dan sifat keadaan-keadaan eksternal. Menurut Sutisna (2009) kinerja aktual pegawai Puskesmas adalah fungsi dari kemampuan (*ability*), motivasi (*motivation*), dan kondisi kerja (*working condition*) atau dinotasikan sebagai Kinerja = kemampuan x motivasi x kondisi kerja, sedangkan kinerja bidan adalah penampilan kerja seorang bidan dalam melaksanakan kegiatan pokok fungsi kegiatan administrasi dan kegiatan pembinaan yang dapat mendukung keberhasilan tugas-tugasnya (Ristrini dkk, 2000 dikutip dalam Hermita, 2011)

Kinerja dapat dipandang sebagai proses maupun hasil pekerjaan, kinerja merupakan suatu proses tentang bagaimana pekerjaan berlangsung, dalam sebuah proses untuk mencapai keberhasilan tentunya di pengaruhi oleh banyak faktor begitu pula dengan kinerja seseorang.

## 2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi (determinan) kinerja personel, dilakukanlah pengkajian terhadap teori kinerja. Gibson (1987) menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu.

Menurut Gibson (1987) dalam Notoatmodjo (2009) faktor-faktor yang menentukan kinerja seseorang, dikelompokkan menjadi 3 faktor utama, yakni :

- a. Variabel individu, yang terdiri dari pemahaman terhadap pekerjaannya, pengalaman kerja, latar belakang keluarga, tingkat sosial ekonomi dan faktor demografi (umur, jenis kelamin, etnis dan sebagainya)

- b. Variabel organisasi, yang antara lain terdiri dari persepsi terhadap desain pekerjaan, sumber yang lain, struktur organisasi dan sebagainya
- c. Variabel psikologi, yang terdiri dari persepsi terhadap pekerjaan, sikap terhadap pekerjaan, motivasi, kepribadian dan sebagainya.

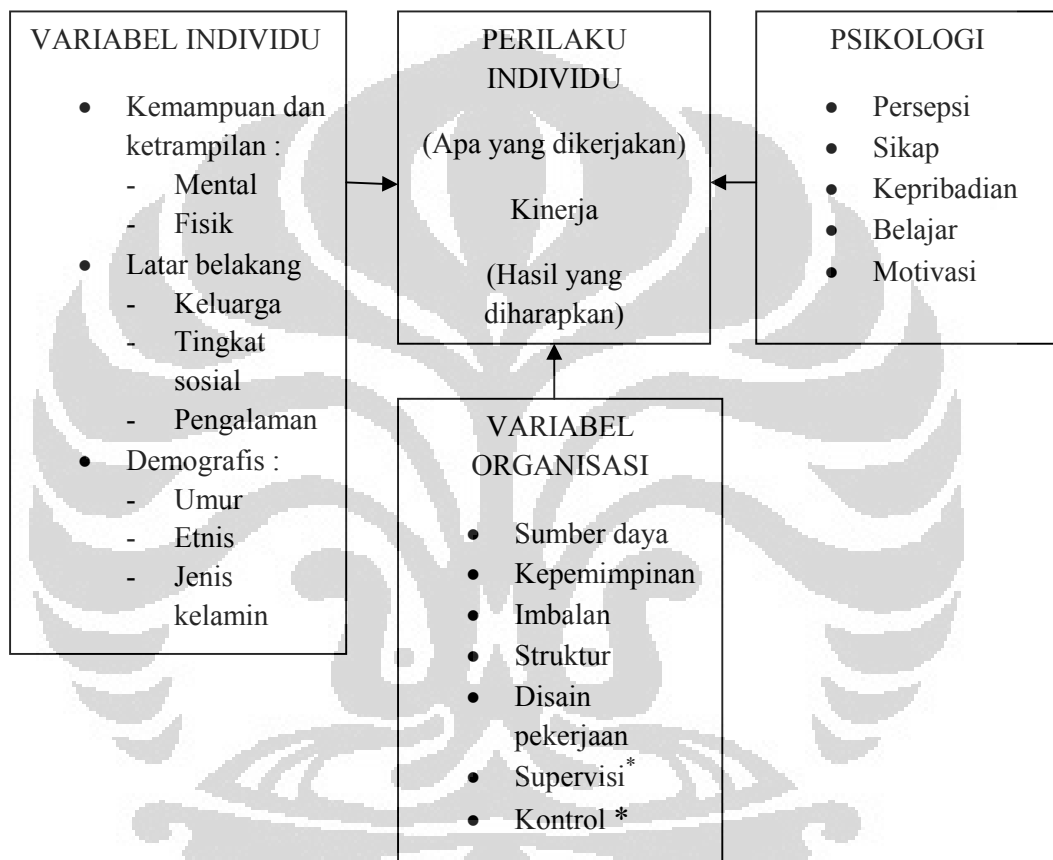
Secara teoritis ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu : variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personel (Ilyas, 2002). Gibson (1985) menuliskan pengamatan dan analisis manajer tentang perilaku dan prestasi individu memerlukan pertimbangan ketiga perangkat variabel yang secara langsung mempengaruhi perilaku individu dan hal-hal yang dikerjakan pegawai bersangkutan, ketiga perangkat variabel tersebut dikelompokkan dalam individu, psikologis dan keorganisasian.

Gibson (1987) dalam Ilyas (2002) menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel individu dikelompokkan pada sub-variabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografis. Sub-variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel demografis, menurut Gibson (1987) mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu.

Variabel psikologik terdiri dari sub-variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel ini menurut Gibson, banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografis. Variabel organisasi menurut Gibson (1987) berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi digolongkan dalam sub-variabel sumberdaya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan. Adapun Kopelman (1986) mengemukakan sub-variabel imbalan akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu.

Teori yang dikembangkan oleh Gibson dan Kopelman berdasarkan penelitian dan pengalaman yang mereka temukan pada sampel dan komunitas

masyarakat negara maju seperti Amerika Serikat. Pada teori yang mereka sampaikan tidak tampak peran variabel supervisi dan kontrol hubungannya dengan kinerja. Pada negara-negara berkembang seperti Indonesia, variabel supervisi dan kontrol sangat penting pengaruhnya dengan kinerja individu (Ilyas, 2002)



\*Variabel tambahan dari penulis

**Gambar 2.1** Diagram Skematis Teori Perilaku dan Kinerja dari Gibson (1987)

Dikutip dalam Ilyas (2002)

Robert L. Mathis dan John H. Jackson dalam Hafizurrachman (2009) menyatakan bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu :

- a. Kemampuan pribadi untuk melakukan pekerjaan tersebut (*Ability-A*)
- b. Tingkat usaha yang dicurahkan (*Effort-E*)
- c. Dukungan organisasi (*Support-S*)

Hubungan ketiga faktor ini diakui secara luas dalam literatur manajemen sebagai formula di bawah ini :

$$\text{Kinerja (Performance -P)} = \text{Kemampuan (Ability-A)} \times \text{Usaha (Effort-E)} \times \text{Dukungan (Support-S)}$$

Menurut Mangkunegara (2008) faktor yang mempengaruhi kinerja antara lain :

- a. Faktor kemampuan, secara psikologis kemampuan (*ability*) pegawai terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan realita (pendidikan)
- b. Faktor motivasi, motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*) seorang pegawai dalam menghadapi situasi kerja.

## 2.2.1 Faktor Individu

### 2.2.1.1 Kemampuan dan Ketrampilan

Kemampuan ialah sifat (bawaan lahir atau dipelajari) yang memungkinkan seseorang melakukan sesuatu yang bersifat mental atau fisik, sedangkan ketrampilan ialah kecakapan yang berhubungan dengan tugas (Gibson, 1987). Sub-variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu (Gibson, 1987 dalam Ilyas, 2002)

Soeprihanto (2001) menyebutkan yang dimaksud dengan kemampuan adalah segala sesuatu yang menunjukkan kapasitas fisik maupun mental dari seorang karyawan. Kemampuan seseorang karyawan sangat menentukan prestasi kerja. Thoha (2003) berpendapat prinsip kemampuan amat penting diketahui untuk memahami mengapa seseorang berbuat dan berperilaku berbeda dengan yang lain, perbedaan kemampuan ada yang beranggapan karena disebabkan sejak lahir manusia ditakdirkan tidak sama kemampuannya, ada pula yang beranggapan

karena perbedaannya menyerap informasi dari suatu gejala, ada lagi yang beranggapan bahwa perbedaan kemampuan itu disebabkan dari keduanya.

Robbins (2008) menuliskan kemampuan (*ability*) berarti kapasitas seorang individu untuk melakukan beragam tugas dalam suatu pekerjaan, sedangkan Mangkuprawira (2011) mengemukakan kemampuan merujuk pada kapasitas fisik dan mental yang diperlukan untuk melakukan tugas yang tidak selalu memerlukan penggunaan alat, perlengkapan, atau mesin.

Mangkuprawira (2011) menyatakan bahwa ketrampilan merupakan sebuah kinerja yang lengkap dari tugas yang dibutuhkan dalam penggunaan alat, perlengkapan dan mesin. Ketrampilan bidan dipengaruhi oleh pendidikan, masa orientasi, pelatihan, pra-tugas sebelum diterjunkan ke desa dan pelatihan serta pembinaan yang dilakukan Puskesmas (Widayatun, 1999)

#### 2.2.1.2 Umur

Telah diketahui bahwa terdapat korelasi antara kepuasan kerja dengan usia seorang karyawan, artinya kecenderungan yang sering terlihat ialah bahwa semakin lanjut usia karyawan tingkat kepuasan kerjanya pun biasanya semakin tinggi (Siagian, 2008). Penelitian oleh Haslinda (1994) dalam Ilyas (2002) yang meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan prestasi kerja bidan di desa di Kabupaten Subang, Jawa Barat menunjukkan adanya hubungan antara variabel individu (umur, status perkawinan, asal) dengan prestasi kerja bidan di desa.

Gibson dalam Ilyas (1999) menyatakan faktor usia merupakan variabel individu yang ada, pada dasarnya semakin bertambah usia seseorang akan bertambah kedewasaannya dan semakin banyak menyerap informasi yang akan mempengaruhi kinerjanya, menurut pendapat Mangkuprawira (2011) ada kecenderungan pegawai yang tua lebih merasa puas daripada pegawai yang berumur relatif muda, bahwa pegawai yang tua lebih berpengalaman menyesuaikan diri dengan lingkungan pekerjaan.

Hubungan antara usia dan kinerja pekerjaan kemungkinan akan menjadi masalah lebih penting selama dekade mendatang, terdapat kepercayaan yang luas bahwa kinerja pekerjaan menurun seiring bertambahnya usia, namun di sisi lain



sejumlah kualitas positif yang dibawa para pekerja lebih tua pada pekerjaan mereka: khususnya pengalaman, penilaian, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap kualitas (Robbins, 2008)

Menurut Istiarti (1999) rata-rata umur bidan yang bertugas di desa relatif masih muda, sebagian besar (60%) berumur 21-24 tahun dan yang lainnya (40%) berumur sekitar 25-29 tahun. Studi Armstrong dan Giffin (1987) dalam Ilyas (2002) menunjukkan bahwa umur tidak mempengaruhi jumlah konsultasi dan jumlah kunjungan rumah.

#### 2.2.1.3 Domisili

Tempat tinggal atau domisili merupakan faktor demografi yang mempengaruhi kinerja seseorang (Gibson, 1996 dikutip dalam Guswanti, 2008). Kriteria Desa Siaga adalah apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa/Poskesdes, tenaga kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan di Poskesdes minimal seorang bidan serta diharapkan tenaga kesehatan yang akan membantu Poskesdes berdomisili di desa/kelurahan setempat (Depkes RI, 2007)

Tempat tinggal bidan di desa adalah lokasi dimana bidan berkedudukan dan menetap sehari-hari. Bidan di desa yang tinggal di wilayah desa tempat ditugaskan akan lebih mudah memberikan pelayanan dibandingkan dengan bidan di desa yang tinggal di luar wilayah desa tempat ditugaskan (Guswanti, 2008). Hasil penelitian Istiarti (1998) di Kabupaten Semarang menyatakan keberadaan dan rasa betah (kerasan) bertempat tinggal di desa (lokasi) kerja dari bidan desa sangat beragam, dari 30 responden 80 % sudah menetap dan bertempat tinggal di wilayah desa, sedangkan yang tempat tinggalnya di luar desa sebanyak 20 persen.

#### 2.2.1.4 Pendidikan

Soeprihanto (2001) mengemukakan yang dimaksud dengan pendidikan adalah pendidikan atau latihan yang telah diperoleh guna menunjang langsung terhadap pelaksanaan pekerjaan, sedangkan Mangkunegara (2008) menuliskan pegawai yang memiliki IQ di atas rata-rata (IQ 110-120) dengan pendidikan yang

memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan.

Berdasarkan pendapat Andrew E. Sikula dalam Mangkunegara (2008) bahwa pelatihan (*training*) adalah suatu proses pendidikan jangka pendek yang mempergunakan prosedur sistematis dan terorganisir di mana pegawai non-manajerial mempelajari pengetahuan dan ketrampilan teknis dalam tujuan terbatas. Tujuan umum dari pelatihan bagi bidan Poskesdes adalah agar mampu melaksanakan tugasnya sebagai bidan Poskesdes untuk mewujudkan Desa Siaga (Depkes RI, 2006)

Merujuk kepada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan, kualifikasi pendidikan bidan minimal adalah Diploma III Kebidanan. Berdasarkan Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pengangkatan Bidan sebagai Pegawai Tidak Tetap yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2002, bidan adalah seorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang disetarakan Diploma I, Diploma III, Diploma IV dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku.

Program pendidikan bidan di desa yang dilakukan hanya dalam waktu satu tahun dirasakan masih kurang untuk memberikan bekal ketrampilan kepada bidan dengan fungsi dan peran bidan yang cukup besar (Widayatun, 1999). Hasil penelitian Surani (2007) di Kabupaten Kendal tentang Kinerja bidan Pelaksana Poskesdes bahwa seluruh responden bidan desa telah memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai dengan pekerjaannya, tetapi masih belum memenuhi persyaratan standart kompetensi bidan yaitu setingkat DIII Kebidanan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan.

Siagian (2008) menuliskan secara umum dapat dikatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang dan pelatihan yang pernah diikutinya mencerminkan kemampuan intelektual dan jenis ketrampilan yang dimiliki oleh orang yang bersangkutan. Dalam pada itu kiranya penting untuk mencatat bahwa berbagai faktor mungkin turut pula berpengaruh, artinya tidak mustahil seseorang yang

sesungguhnya memiliki tingkat kemampuan intelek yang cukup tinggi tidak mengecap pendidikan yang tinggi.

#### 2.2.1.4 Pengetahuan

Notoatmodjo (2007) pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Notoatmodjo (2005) faktor-faktor predisposisi (*disposing factors*), yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya. Pengetahuan merupakan sebuah derajat di mana karyawan disyaratkan untuk mengetahui secara teknis apa yang dikerjakannya (Mangkuprawira, 2011)

Dalam buku Kurikulum Pelatihan bagi Bidan Poskesdes untuk Mewujudkan Desa Siaga (Depkes RI, 2006) disebutkan bahwa kurikulum disusun untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan bidan sebagai pengelola Poskesdes yang merupakan sarana kesehatan bersumber daya masyarakat dan sebagai penyedia pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat dalam upaya mewujudkan Desa Siaga.

Hasil penelitian Guswanti (2008) di Kabupaten Ogan Ilir menyebutkan bidan yang mempunyai pengetahuan kurang mempunyai peluang 3, 327 kali untuk mempunyai kinerja kurang dibanding bidan yang pengetahuan baik. Hasil penelitian Kristinawati (2011) menyimpulkan ada hubungan antara pengetahuan dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Bantul, responden pada kelompok yang mempunyai pengetahuan kurang, 13,2 kali untuk berkinerja kurang dibandingkan dengan yang mempunyai pengetahuan baik.

#### 2.2.1.5 Status perkawinan

Individu memasuki organisasi dengan karakteristik utuh tertentu yang akan mempengaruhi perilaku mereka di tempat kerja, karakteristik yang paling

jelas adalah karakteristik pribadi atau karakteristik yang berkaitan dengan biografi, seperti usia, gender dan status marital (Robbins, 2008)

Karyawan yang berstatus kawin ternyata lebih sedikit angka absen kerjanya, lebih jarang pindah kerja dan lebih mengekspresikan kepuasan kerja. Hal ini mungkin karena perkawinan itu menuntut tanggung jawab keluarga yang lebih besar, sehingga peningkatan posisi dalam pekerjaan menjadi sangat penting (Mangkunegara, 2006 di kutip dalam Surani, 2007)

Menurut Robbins (2006) dalam Surani (2007) karyawan yang sudah menikah lebih rendah tingkat keabsenannya, mempunyai tingkat pengunduran diri yang lebih rendah, dan lebih puas dengan pekerjaan mereka daripada yang tidak menikah, perkawinan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting. Penelitian tentang pemanfaatan tenaga bidan desa di Kabupaten Semarang oleh Istiarti (1999) menyebutkan bidan desa yang berstatus kawin menetap di desa dan kebanyakan suami mengikuti isteri tinggal di tempat (desa) kerja.

#### 2.2.1.6 Lama kerja

Robbins (2008) menyatakan jika mendefinisikan senioritas sebagai waktu pada suatu pekerjaan, maka kita dapat berkata bahwa bukti terbaru menunjukkan adanya hubungan positif antara senioritas dan produktifitas pekerjaan, penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa senioritas berkaitan secara negatif terhadap ketidakhadiran, semakin lama seseorang berada dalam satu pekerjaan lebih kecil kemungkinannya untuk mengundurkan diri.

Salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja adalah faktor pegawai salah satu diantaranya adalah masa kerja, dalam beberapa situasi tertentu karyawan paling senior memperoleh promosi, senior dalam hal ini berarti karyawan yang memiliki masa kerja terlama dalam perusahaan, kebanyakan ahli SDM menunjukkan perhatiannya tentang kompetensi dari yang dipromosikan semata-mata karena senioritas (Mangkuprawira, 2011)

Lama kerja seseorang berkaitan erat dengan pengalaman kerja yang merupakan bekal yang sangat baik untuk memperbaiki kinerja seseorang, dengan

demikian semakin lama seseorang melakukan suatu pekerjaan maka semakin banyak pengalaman yang dapat dijadikan pedoman untuk memperbaiki kinerjanya (Green dan Kreuter, 2005)

Berdasarkan penelitian Istiarti (1998) tentang Pemanfaatan Tenaga Bidan Desa di Kabupaten Semarang, bidan desa yang sudah 3 tahun lebih berdinis (20 persen) pada umumnya sudah dekat dan dikenal oleh masyarakat serta ada kesan yang kuat bahwa personalitas seorang bidan desa merupakan faktor yang paling dominan yang mempengaruhi penerimaan masyarakat terhadap kehadiran dan penempatan mereka. Kinerja personel kesehatan berhubungan dengan faktor-faktor jenis tenaga, lama kerja, pendidikan tambahan dan motivasi (Ilyas, 2002), berdasarkan hasil penelitian oleh Hutapea (2006) bahwa ada hubungan antara variabel lama kerja dengan kompetensi bidan.

## 2.2.2 Faktor Psikologi

### 2.2.2.1 Motivasi

Motif atau motivasi berasal dari kata latin *movere* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku, oleh sebab itu motivasi adalah suatu alasan (*reasoning*) seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya (Notoatmodjo, 2009) Motivasi didefinisikan oleh Fillmore H. Stanford (1969) dalam Mangkunegara (2008) "*Motivation as an energizing condition of the organism that serves to direct that organism toward the goal of a certain class*" (Motivasi sebagai suatu kondisi yang menggerakkan manusia kearah suatu tujuan tertentu), sedangkan menurut Robert Heller (1998:6) dalam Wibowo (2010) menyatakan bahwa motivasi adalah keinginan untuk bertindak.

Menurut Stoner (1981) dalam Notoatmodjo (2009) kinerja seorang karyawan atau tenaga kerja dipengaruhi oleh motivasi, kemampuan, faktor persepsi. Baik Gibson maupun Stoner berpendapat bahwa motivasi adalah merupakan faktor yang berpengaruh dalam kinerja seorang karyawan atau tenaga kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai terarah untuk mencapai tujuan kerja. Wibowo (2010) berpendapat apabila pekerja mempunyai

motivasi untuk mencapai tujuan pribadinya, maka mereka harus meningkatkan kinerja.

Sutisna (2009) berpendapat bahwa motivasi dapat digunakan sebagai strategi untuk meningkatkan kinerja pegawai Puskesmas, sebab efektifitas kinerja pegawai antara lain tergantung pada motivasinya. Motivasi pegawai Puskesmas hanya akan berhasil dengan baik jika dapat :

- a. Diusahakan agar tujuan Puskesmas yang telah ditetapkan adalah juga sejalan dengan tujuan pegawai, tim kerja Puskesmas dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas yang akan melaksanakan kegiatan dan program Puskesmas
- b. Diusahakan agar perbuatan yang diharapkan untuk dilaksanakan tersebut adalah sesuai dengan kemampuan yang dimiliki pegawai Puskesmas dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas

Siagian (2008) motivasi yang tepat para karyawan akan terdorong untuk berbuat semaksimal mungkin dalam melaksanakan tugasnya karena meyakini bahwa dengan keberhasilan organisasi mencapai tujuan dan berbagai sasarnya, kepentingan-kepentingan pribadi para anggota organisasi tersebut akan terpelihara pula. Motivasi di dalam organisasi mempunyai maksud dan tujuan yang sangat luas dalam rangka pengembangan organisasi tersebut (Hasibuan, 2003) dalam Notoatmodjo (2009) :

- a. Mendorong gairah dan semangat kerja pegawai atau karyawan
- b. Meningkatkan kepuasan kerja karyawan, yang akhirnya akan meningkatkan kinerjanya
- c. Meningkatkan produktifitas kerja karyawan
- d. Meningkatkan loyalitas dan integritas karyawan
- e. Meningkatkan kedisiplinan karyawan
- f. Meningkatkan kehadiran kerja karyawan

Notoatmodjo (2010) para ahli dari berbagai disiplin ilmu merumuskan konsep atau teori tentang motivasi, diantaranya adalah :

a. Teori McClelland

Robbins (2008) teori kebutuhan McClelland dikembangkan oleh David McClelland dan rekan-rekannya, teori tersebut berfokus pada tiga kebutuhan : pencapaian, kekuatan dan hubungan

b. Teori McGregor

Robbins (2008) Douglas McGregor berpendapat ada dua pandangan nyata mengenai manusia, pandangan pertama pada dasarnya negatif disebut Teori X (*Theory X*) dan yang kedua pada dasarnya positif, disebut Teori Y (*Theory Y*)

c. Teori Herzberg

Dalam Notoatmodjo (2010) disebutkan seorang ahli psikolog dari Universitas Cleveland, Amerika Serikat mengembangkan teori motivasi “Dua Faktor” (*Herzberg’s Two Factors Motivation Theory*) bahwa ada dua faktor yang mempengaruhi seseorang dalam kegiatan, tugas atau pekerjaannya yakni faktor-faktor penyebab kepuasan (*satisfier*) atau faktor motivasional dan faktor-faktor penyebab ketidakpuasan (*dissatisfaction*) atau faktor hygiene yang menyangkut kebutuhan akan pemeliharaan atau *maintenance factor*

d. Teori Maslow

Mangkunegara (2009) Teori motivasi yang paling terkenal adalah hierarki kebutuhan (*hierarchy of needs*) milik Abraham Maslow, kebutuhan-kebutuhan tersebut adalah:

- 1) Kebutuhan fisiologis (makan, minum, perlindungan fisik, bernapas, seksual) Notoatmodjo (2010) kebutuhan ini meliputi pakaian, makanan dan perumahan
- 2) Kebutuhan rasa aman (perlindungan dari ancaman, bahaya, pertentangan dan lingkungan hidup), Notoatmodjo (2010) jaminan keamanan atau perlindungan kesehatan dengan asuransi dan jaminan kesejahteraan bila pensiun

- 3) Kebutuhan untuk merasa memiliki (diterima oleh kelompok, berafiliasi, berinteraksi, mencintai dan dicintai), Notoatmodjo (2010) termasuk perasaan ikut serta atau berpartisipasi dalam berbagai kegiatan perusahaan atau organisasi
- 4) Kebutuhan akan harga diri (dihormati dan dihargai), dalam Notoatmodjo (2010) disebutkan kebutuhan untuk dihargai itu adalah merupakan kebutuhan semua orang terlepas dari kedudukan atau jabatannya
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri (menggunakan kemampuan, skill dan potensi), merupakan kebutuhan untuk mengembangkan potensi diri secara maksimal, misalnya ingin menjadi perawat teladan (Notoatmodjo, 2010)

Penelitian Hutapea (2006) tentang determinan kinerja dan kompetensi bidan di Provinsi Sumatera Utara, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat dan Sulawesi Selatan menyatakan bahwa aspek motivasi ternyata sejak dulu merupakan prediksi dominan kinerja bidan dan telah diteliti di berbagai wilayah tanah air. Hasil penelitian Surani (2007) adalah ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kinerja bidan desa pelaksana Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) di Kabupaten Kendal.

#### 2.2.2.2 Persepsi

Secara etimologis, persepsi atau dalam bahasa Inggris *perception* berasal dari bahasa latin *perceptio*; dari *percipere*, yang artinya menerima atau mengambil (Sobur, 2003). Gibson (1987) persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya.

Persepsi disebut inti komunikasi, karena jika persepsi kita tidak akurat, kita tidak mungkin berkomunikasi dengan efektif. Persepsilah yang menentukan kita memilih suatu pesan dan mengabaikan pesan yang lain. Semakin tinggi derajat kesamaan persepsi antar individu, semakin mudah dan semakin sering mereka berkomunikasi, dan sebagai konsekuensinya, semakin cenderung



membentuk kelompok budaya atau kelompok identitas (Mulyana, 2000 dalam Sobur, 2003)

Persepsi timbul karena adanya dua faktor, baik internal maupun eksternal, faktor internal antaranya tergantung pada proses pemahaman sesuatu termasuk di dalamnya sistem nilai tujuan, kepercayaan dan tanggapannya terhadap hasil yang dicapai, faktor eksternal berupa lingkungan (Thoha, 2003). Hasil penelitian Surani (2007) di Kabupaten Kendal menyatakan ada hubungan antara persepsi terhadap beban kerja dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD, sedangkan hasil penelitian Setiawan (2007) di Kabupaten Tasikmalaya tentang beberapa faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan, ada hubungan persepsi terhadap sumberdaya/peralatan dengan kinerja bidan desa.

#### 2.2.2.3 Sikap

Robbins (2008) sikap (*attitude*) adalah pernyataan evaluatif, baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan terhadap obyek, individu atau peristiwa. Menurut Notoatmodjo (2005) sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau obyek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya)

Penelitian Guswanti (2008) menyatakan bahwa sikap tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola Desa Siaga di kabupaten Ogan Ilir, berbeda dengan hasil penelitian Setiawan (2007) yang mengemukakan bahwa ada hubungan yang bermakna sikap dalam pelayanan dengan kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Tasikmalaya.

#### 2.2.2.4 Kepribadian

Koentjaraningrat (1980) dalam Sobur (2003) menyebut “kepribadian” atau *personality* sebagai “Susunan unsur-unsur akal dan jiwa yang menentukan perbedaan tingkah laku atau tindakan dari tiap-tiap individu manusia.”

“Kepribadian adalah kumpulan pembawaan biologis berupa dorongan, kecenderungan, selera dan instink yang dicampuri dengan sifat dan kecenderungan yang didapat melalui pengalaman yang terdapat pada diri seseorang” (Morton Prince, 1942 dalam Sarwono, 2003). Kepribadian adalah sebuah konsep yang sangat sukar dimengerti dalam psikologi, meskipun istilah ini digunakan sehari-hari (Sarwono, 2003). Robbins (2008) menuliskan para peneliti telah lama meyakini bahwa sifat-sifat kepribadian dapat membantu proses seleksi karyawan, menyesuaikan bidang pekerjaan dengan individu dan memandu keputusan pengembangan karier.

#### 2.2.2.5 Belajar

Sobur (2003) berpendapat belajar dapat diartikan sebagai perubahan perilaku yang relatif tetap sebagai hasil adanya pengalaman. Robbins (2008) pembelajaran telah terjadi ketika seorang individu berperilaku, bereaksi dan merespon sebagai hasil dari pengalaman dengan satu cara yang berbeda dari caranya berperilaku, pengalaman bisa didapat secara langsung melalui pengamatan atau latihan, atau bisa didapatkan secara tidak langsung, seperti melalui membaca.

Notoatmodjo (2007) belajar pada hakikatnya adalah penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan psikis yang diperlukan dalam hubungan manusia dengan dunia luar dan hidup bermasyarakat. Sarwono (2003) menyebutkan belajar adalah suatu proses dimana suatu tingkah laku ditimbulkan atau diperbaiki melalui serentetan reaksi atas situasi (atau rangsang) yang terjadi. Belajar adalah salah satu variabel psikologi yang kompleks dan sulit diukur (Gibson, 1987 dalam Ilyas, 2002)

#### 2.2.3 Faktor Organisasi

Azwar (1980) organisasi adalah suatu sistem yang mengatur kerjasama antara dua orang atau lebih, sedemikian rupa sehingga segala kegiatan dapat diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Organisasi pelayanan kesehatan adalah suatu sistem terbuka yang membutuhkan masukan dari

lingkungannya, organisasi pelayanan kesehatan akan selalu hadir dalam bentuk lembaga yang bertujuan untuk menghasilkan jasa layanan kesehatan melalui aktivitas organisasi serta pemecahan masalah kesehatan di masyarakat (Ilyas, 2002)

#### 2.2.3.1 Sumber daya

Sutisna (2009) sumber daya (*resources*) adalah segala sesuatu yang dibutuhkan dan digunakan manajemen untuk mencapai tujuan organisasi, sumber daya yang diperlukan manajemen dapat dibedakan atas sumber daya manusia (*human resources*) dan sumber daya non manusia (*non human resources*). Sumber daya non manusia adalah berbagai sarana dan prasarana yang dibutuhkan dan digunakan oleh manajemen untuk menghasilkan barang dan/atau jasa.

Masukan pada sebuah organisasi terdiri dari dua sumber daya, yaitu: sumber daya lainnya dan manusia, sedangkan yang dimaksud dengan sumber daya lainnya antara lain uang, metode, peralatan dan bahan-bahan (Ilyas, 2002)

Pelaksanaan tugas Puskesmas harus didukung oleh sumber daya yang mencukupi, dukungan dana operasional, peralatan kerja seperti alat kesehatan, obat-obatan, vaksin dan sebagainya bertujuan untuk meningkatkan kinerja pegawai dan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan memuaskan pelanggan (Sutisna, 2009). Dalam penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa diperlukan tempat pelayanan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di dalam poskesdes, diperlukan ruangan dan gedung poskesdes, peralatan (peralatan medis dan peralatan non medis) dan obat-obatan (Depkes RI, 2007), pendapat Green dan Kreuter (2005) kelengkapan alat merupakan kebutuhan vital bagi bidan di desa dalam melaksanakan tugasnya, bantuan dan dukungan alat yang lengkap akan berakibat pada peningkatan kinerja.

Hasil penelitian Guswanti (2008) di Kabupaten Ogan Ilir menyimpulkan tidak ada perbedaan antara sarana dan prasarana dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga, hasil penelitian lain tentang implementasi program Desa Siaga di wilayah kerja Puskesmas Layeni, Maluku tengah oleh Tetelepta (2011) menyebutkan program Desa Siaga belum terlaksana maksimal,

salah satunya disebabkan ketersediaan sarana dan prasarana masih bergantung pada bantuan pemerintah.

#### 2.2.3.2 Supervisi

Supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Azwar, 1980). Supervisor yang baik biasanya menunjukkan pola tidak kritis secara berlebihan dan mempunyai hubungan baik dengan atasan mereka serta mengetahui pihak bawahannya (Winardi, 2000)

Pengawasan didefinisikan oleh Azwar (1988) dalam Sutisna (2009) adalah melakukan penilaian dan sekaligus koreksi terhadap setiap penampilan pegawai untuk mencapai tujuan seperti yang telah ditetapkan dalam rencana atau suatu proses untuk mengukur penampilan suatu program yang kemudian dilanjutkan dengan mengarahkannya sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai.

Dalam rangka pengembangan Desa Siaga, salah satu peran Puskesmas yaitu melakukan monitoring evaluasi dan pembinaan Desa Siaga, sedangkan peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yaitu bersama Puskesmas melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis terhadap Desa Siaga (Depkes RI, 2007). Salah satu obyek yang perlu dijadikan sasaran pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3) Puskesmas yaitu program penggerakan dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan tingkat kecamatan dan desa/kelurahan seperti program Desa Siaga (Sutisna, 2009)

Berdasarkan buku Pedoman Bidan Koordinator yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2008 disebutkan kegiatan pemantauan dan evaluasi dilakukan bidan koordinator (Bikor) sebagai bagian dari tim puskesmas atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, bikor bersama tim diharapkan dapat melakukan pemantauan dan evaluasi baik untuk kinerja klinis profesi bidan maupun kinerja manajerial program KIA.

Bidan desa secara fungsional berada di bawah pengawasan Kepala Puskesmas yang membawahi desa di mana bidan bekerja, Kepala Puskesmas mempunyai kewajiban untuk memberikan bimbingan dan pembinaan keprofesionalan terhadap bidan yang ada di wilayah tempat kerjanya (Widayatun, 1999), menurut buku Panduan Bidan di Tingkat Desa (1994) tujuan pembinaan dan pengawasan adalah untuk lebih meningkatkan pengabdian bidan dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Penelitian Yatino (2005) di Kabupaten Lampung Barat menyatakan tidak terdapat hubungan faktor eksternal (supervisi) dengan kinerja bidan di desa dengan keberhasilan program perbaikan gizi, sedangkan penelitian Halim (2003) di Kabupaten Batang hari Propinsi Jambi menyimpulkan variabel yang memiliki hubungan yang signifikan dengan kinerja bidan di desa dalam kegiatan pelayanan antenatal adalah motivasi, kompensasi, supervisi Dinas Kesehatan, supervisi Puskesmas dan iklim kerja.

#### 2.2.3.3 Dukungan Masyarakat

Teori Green dan Kreuter (2005) menyatakan bahwa perilaku berhubungan dengan *reinforcing* atau dukungan, langkah-langkah pokok yang ditempuh dalam pengembangan Desa Siaga diantaranya adalah pengembangan tim di masyarakat dengan tujuan untuk mempersiapkan para petugas, tokoh masyarakat serta masyarakat, agar mereka tahu dan mau bekerjasama dalam satu tim untuk mengembangkan Desa Siaga mengingat inti kegiatan Desa Siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat (Depkes RI, 2007). Pendekatan kepada tokoh-tokoh masyarakat bertujuan agar mereka memahami dan mendukung, khususnya dalam membentuk opini publik guna menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangan Desa Siaga. Dukungan yang diharapkan berupa dukungan moral, dukungan finansial atau dukungan material sesuai kesepakatan dan persetujuan masyarakat dalam rangka pengembangan Desa Siaga (Depkes RI, 2007)

Penanganan masalah kesehatan tidak dapat diselesaikan hanya dengan memperhatikan aspek medis, aspek lain yang harus diperhatikan adalah aspek

masyarakat dan aspek manajemen, tidak dipungkiri bahwa peran serta aktif masyarakat sangat menentukan keberhasilan program kesehatan dalam rangka upaya penanganan masalah kesehatan (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2011)

Keberhasilan penerimaan bidan desa sangat dipengaruhi oleh hubungan antara bidan desa dengan masyarakat setempat dan para tokoh masyarakatnya, dukungan yang diberikan sebagian tokoh masyarakat untuk bidan desa adalah memperkenalkan bidan desa dan tugasnya kepada masyarakat (Istiarti, 1999)

Widayatun (1999) keberhasilan bidan desa menjalankan fungsinya dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satu diantaranya adalah adanya penerimaan yang baik oleh masyarakat di mana bidan ditempatkan serta bidan bisa menjalin hubungan dan kerjasama yang baik dengan pamong desa dan tokoh masyarakat, diharapkan tugas bidan desa dalam melayani masyarakat akan lebih terbantu. Guswanti (2008) bidan dengan dukungan masyarakat baik mempunyai peluang 3, 258 kali untuk mempunyai kinerja baik dibanding bidan dengan dukungan masyarakat kurang.

#### 2.2.3.4 Kepemimpinan

Winardi (2000) “Kepemimpinan adalah pengembangan skill yang secara konstruktif mempengaruhi pihak bawahan untuk mencapai tujuan-tujuan yang dispesifikasi”. Thoha (2003) pemimpin adalah seseorang yang mempunyai kekuasaan untuk mempengaruhi perilaku orang lain, Winardi (2000) seorang pemimpin harus dapat mempengaruhi kelompoknya serta memiliki kemampuan untuk membangkitkan kekuatan-kekuatan emosional maupun rasional para pengikutnya.

Mengingat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/Menkes/SK/II/2004 mengenai Kebijakan Dasar Puskesmas menetapkan unit bidan di desa sebagai jaringan pelayanan puskesmas, sedangkan Kepala Puskesmas adalah pejabat yang bertanggung jawab atas terselenggaranya pelayanan kesehatan di Puskesmas (Depkes RI, 1994). Puskesmas memiliki fungsi penggerakkan dan pelaksanaan yaitu proses pembimbingan kepada staf agar mereka mampu dan mau bekerja secara optimal menjalankan tugas-tugasnya sesuai dengan kemampuan dan

ketrampilan yang dimiliki, serta dukungan sumber daya yang tersedia. Dalam rangka pengembangan Desa Siaga salah satu peran puskesmas adalah memfasilitasi pengembangan Desa Siaga dan poskesdes, sedangkan salah satu peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyediakan anggaran dan sumber daya lain bagi kelestarian Desa Siaga (Depkes RI, 2007)

Dalam rangka melakukan perbaikan kinerja di waktu yang akan datang. mendorong peningkatan prestasi kerja juga menyusun program pendidikan dan pelatihan serta informasi untuk penilaian efektifitas manajemen sumber daya manusia maka diperlukan penilaian kinerja. Penilaian kinerja yang dinilai termasuk didalamnya adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja.

### **2.3 Penilaian Kinerja**

Penilaian kinerja (*performance appraisal*) pada dasarnya merupakan faktor kunci guna mengembangkan suatu organisasi secara efektif dan efisien, karena adanya kebijakan atau program yang lebih baik atas sumber daya manusia yang ada dalam organisasi. Penilaian kinerja adalah proses menilai hasil karya personel dalam suatu organisasi melalui instrument penilaian kinerja (Ilyas, 2002). Notoatmodjo (2009) mengemukakan penilaian prestasi kerja (*performance appraisal*) dalam rangka pengembangan sumber daya manusia adalah sangat penting artinya, hal ini mengingat bahwa dalam kehidupan organisasi setiap orang sebagai sumber daya manusia dalam organisasi ingin mendapatkan penghargaan dan perlakuan yang adil dari pemimpin organisasi yang bersangkutan.

Menurut Hall (1986) dalam Ilyas (2002), penilaian kinerja merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personel dan usaha untuk memperbaiki unjuk kerja personel dalam organisasi. Mangkunegara (2009) mengemukakan penilaian prestasi pegawai adalah suatu proses penilaian prestasi kerja pegawai yang dilakukan pemimpin perusahaan secara sistemik berdasarkan pekerjaan yang ditugaskan kepadanya.

Beberapa indikator dapat digunakan dalam penilaian kinerja, sebagaimana yang dikemukakan oleh Ilyas (2002) bahwa penilaian kinerja mencakup tiga faktor penting yaitu (1) Pengamatan, kegiatan penilaian ini merupakan proses

menilai dan menilai perilaku yang telah ditentukan oleh tim kerja (2) Ukuran yaitu alat ukur dan indikator yang digunakan untuk mengukur kinerja seseorang personil dibandingkan dengan uraian pekerjaan yang telah ditetapkan bagi personil tersebut (3) Pengembangan, kegiatan ini bertujuan untuk memotivasi personil agar mengatasi kekurangannya dan mendorong mengembangkan kemampuan dan potensi yang ada pada dirinya.

#### Tujuan penilaian kinerja

Ilyas (2002) menuliskan tujuan penilaian kinerja pada dasarnya mempunyai dua tujuan utama yaitu :

a. Penilaian kemampuan personel

Merupakan tujuan yang mendasar dalam rangka penilaian personel secara individual, yang dapat digunakan sebagai informasi untuk penilaian efektifitas manajemen sumber daya manusia

b. Pengembangan personel

Sebagai informasi untuk pengambilan keputusan untuk pengembangan personel seperti : promosi, mutasi, rotasi, terminasi dan penyesuaian kompensasi.

Menurut Moon dalam Hafizurrachman (2009) tujuan penilaian kinerja adalah memberikan karyawan umpan balik kinerja mereka sebagai bahan pertimbangan untuk mengidentifikasi peningkatan kebutuhan karyawan, untuk penilaian promosi dan pemberian penghargaan, untuk menurunkan dan memberhentikan karyawan, untuk meningkatkan informasi mengenai proses seleksi karyawan dan keputusan penempatan di perusahaan, oleh karena itu informasi secara rutin tentang prestasi kerja seorang karyawan sangat penting untuk turut serta menentukan kebijaksanaan di bidang personalia (Soeprihanto, 2001)

#### Manfaat penilaian kerja

Siagian (2008) menuliskan bahwa pengalaman banyak organisasi menunjukkan bahwa suatu sistem penilaian prestasi kerja yang baik sangat



bermanfaat untuk berbagai kepentingan, seperti mendorong peningkatan prestasi kerja, sebagai bahan pengambilan keputusan dalam pemberian imbalan, untuk kepentingan mutasi pegawai, guna menyusun program pendidikan dan pelatihan, membantu para pegawai menentukan rencana kariernya dan dengan bantuan kepegawaian menyusun program pengembangan karier. Wibowo (2010) berpendapat bahwa atas dasar evaluasi kinerja dapat dilakukan langkah-langkah untuk melakukan perbaikan kinerja di waktu yang akan datang.

Notoatmodjo (2009) mengemukakan manfaat penilaian prestasi kerja dalam organisasi antara lain :

- a. Peningkatan prestasi kerja
- b. Kesempatan kerja yang adil
- c. Kebutuhan-kebutuhan pelatihan pengembangan
- d. Penyesuaian kompensasi
- e. Keputusan-keputusan promosi dan demosi
- f. Kesalahan-kesalahan desain pekerjaan
- g. Penyimpangan-penyimpangan proses rekrutment dan seleksi

Penilaian yang baik harus dapat memberikan gambaran yang akurat tentang yang diukur, artinya penilaian tersebut benar-benar menilai prestasi pekerjaan karyawan yang dinilai, ada 2 hal yang perlu diperhatikan yakni (1) penilaian harus mempunyai hubungan dengan pekerjaan (*job related*) artinya sistem penilaian itu benar-benar menilai perilaku atau kerja yang mendukung kegiatan organisasi dimana karyawan itu bekerja (2) adanya standar pelaksanaan kerja (*performance standards*) adalah ukuran yang dipakai untuk menilai prestasi kerja tersebut, agar penilaian itu efektif, maka standar penilaian hendaknya berhubungan dengan hasil-hasil yang diinginkan.

## **2.4 Program Desa Siaga**

### **2.4.1 Pengertian Desa Siaga**

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 564 tahun 2006 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa siaga, Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta

kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa yang dimaksud di sini dapat berarti kelurahan atau nagari atau istilah-istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah.

#### 2.4.2 Tujuan Desa Siaga

Tujuan umum dari Desa Siaga yaitu terwujudnya masyarakat desa yang sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya. Adapun tujuan khusus Desa Siaga adalah meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan, meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawatdaruratan dan sebagainya), meningkatnya keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat, meningkatnya kesehatan lingkungan di desa, meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan (Depkes RI, 2007)

#### 2.4.3 Sasaran Pengembangan Desa Siaga

Dalam Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga (Depkes RI, 2006) disebutkan bahwa untuk mempermudah strategi intervensi, sasaran pengembangan Desa Siaga di bedakan menjadi tiga jenis, yaitu :

- a. Semua individu dan keluarga, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya
- b. Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader desa, serta petugas kesehatan
- c. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana dan lain-lain seperti Kepala

Desa, Camat, para pejabat terkait, swasta, para donatur dan pemangku kepentingan lainnya.

#### 2.4.4 Kriteria Desa Siaga

Sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) (Depkes RI, 2007)

Program Desa Siaga merupakan upaya penggerakan dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, merupakan upaya merekonstruksi atau membangun kembali berbagai upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) dan upaya revitalisasi pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD) sebagai pendekatan edukatif yang perlu dihidupkan kembali, dipertahankan dan ditingkatkan (Sutisna, 2009)

Puskesmas dengan salah satu misinya mendorong kemandirian hidup sehat bagi setiap keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya serta salah fungsinya sebagai pusat pemberdayaan masyarakat, melakukan pembentukan dan pembinaan UKBM sebagai penerapan azas pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan Puskesmas, dalam pembentukan Desa Siaga masyarakat difasilitasi agar mampu melakukan analisa masyarakatnya, potensi-potensi yang ada dan langkah-langkah penyelesaian masalah (Depkes RI, 2006).

Dalam Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas (2009) di jelaskan bahwa Desa Siaga menggunakan konsep *back to basic* artinya pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) ditata ulang, dengan memulai dari desa, karena kesehatan terkait dengan tingkat pendidikan dan strata sosial ekonomi masyarakat pedesaan yang memiliki banyak kantong kemiskinan. Pembentukan Desa Siaga akan melengkapi struktur pelayanan kesehatan yang berjenjang, mulai dari posyandu, Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Puskesmas, Rumah Sakit Kabupaten/Kota.

Telah diuraikan sebelumnya bahwa sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) (Depkes RI, 2007), poskesdes merupakan wadah koordinasi

UKBM yang ada di desa, melalui UKBM diharapkan pemberdayaan masyarakat akan mudah terwujud.

## **2.5 Desa dan Kelurahan Siaga Aktif**

### **2.5.1 Konsep Dasar Desa dan Kelurahan Siaga Aktif**

Desa dan kelurahan Siaga Aktif merupakan bentuk pengembangan dari Desa Siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006 yang penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan lain yang ada di wilayah tersebut seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu) atau sarana kesehatan lainnya serta penduduknya mengembangkan UKBM dan melaksanakan surveilans berbasis masyarakat. Komponen Desa dan Kelurahan Siaga Aktif meliputi (1) Pelayanan kesehatan dasar (2) Pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan UKBM dan mendorong upaya surveilans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan (3) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

### **2.5.2 Kriteria Desa dan Kelurahan Siaga Aktif**

Unsur-unsur yang harus dipenuhi dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilaksanakan secara bertahap, yaitu :

1. Kepedulian Pemerintah Desa & pemuka masyarakat tercermin dari keberadaan & keaktifan Forum Desa dan Kelurahan
2. Keberadaan kader pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
3. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka/memberikan pelayanan setiap hari
4. Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan surveilans berbasis masyarakat, penanggulangan bencana & kedaruratan kesehatan, penyehatan lingkungan

5. Tercakupnya/terakomodasinya pendanaan untuk pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif dalam APBDes dari masyarakat & dunia usaha
6. Peran serta aktif masyarakat & organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif
7. Peraturan di tingkat desa/kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif
8. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat PHBS di rumah tangga di desa atau kelurahan

### 2.5.3 Indikator Keberhasilan

Indikator keberhasilan pengembangan Desa atau kelurahan Siaga Aktif tingkat Desa/ Kelurahan antara lain (1) Keberadaan & keaktifan Forum Desa/Kelurahan (2) Adanya kader pemberdayaan masyarakat/kader kesehatan di Desa/Kelurahan Siaga Aktif (3) Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka/memberikan pelayanan setiap hari (4) Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan penanggulangan bencana & kegawatdaruratan kesehatan, survailans berbasis masyarakat serta penyehatan lingkungan (5) Adanya pendanaan dari APBdes untuk pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif (6) Adanya peran serta aktif masyarakat & organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa/Kelurahan Siaga Aktif (7) Adanya Peraturan di desa/kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif (8) Adanya pembinaan PHBS di rumah tangga (Kemenkes RI, 2010)

## 2.6 Poskesdes

### 2.6.1 Pengertian Poskesdes

Pos Kesehatan Desa yang selanjutnya disingkat dengan poskesdes, adalah upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa (Depkes RI, 2007). Poskesdes dapat di katakan sebagai sarana

kesehatan yang merupakan pertemuan antara upaya-upaya masyarakat dan dukungan pemerintah (Depkes RI, 2008)

## 2.6.2 Tujuan Poskesdes

### 2.6.2.1 Tujuan umum

Terwujudnya masyarakat sehat yang siaga terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.

### 2.6.2.2 Tujuan khusus

Tujuan Khusus dari poskesdes yaitu (1) Terselenggaranya promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan (2) Terselenggaranya pengamatan, pencatatan dan pelaporan dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) serta faktor-faktor risikonya (termasuk status gizi dan ibu hamil yang beresiko) (3) Terselenggaranya upaya pemberdayaan masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya di bidang kesehatan (4) Pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh masyarakat dan tenaga profesional kesehatan (5) Terkoordinasinya penyelenggaraan UKBM lainnya yang ada di desa (Depkes RI, 2007)

## 2.6.3 Fungsi Poskesdes

- a. Sebagai wahana peran aktif masyarakat di bidang kesehatan
- b. Sebagai wahana kewaspadaan dini terhadap berbagai risiko dan masalah kesehatan
- c. Sebagai wahana pelayanan kesehatan dasar, guna lebih mendekatkan pelayanan kepada masyarakat serta untuk meningkatkan jangkauan dan cakupan pelayanan kesehatan
- d. Sebagai wahana pembentukan jejaring berbagai UKBM yang ada di desa

#### 2.6.4 Ruang Lingkup Kegiatan

Ruang lingkup kegiatan poskesdes meliputi upaya kesehatan yang menyeluruh mencakup upaya promotif, preventif dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela lainnya.

#### 2.6.5 Prioritas Pengembangan

Sebagai salah satu upaya pemerataan pelayanan kesehatan yang sekaligus wahana partisipasi masyarakat, maka prioritas pengembangannya adalah

- a. Desa/kelurahan yang tidak terdapat sarana kesehatan (Puskesmas dan rumah sakit). Adapun desa yang terdapat puskesmas pembantu masih memungkinkan untuk dikembangkan poskesdes
- b. Desa di lokasi terisolir, terpencil, tertinggal, perbatasan atau kepulauan (Depkes RI, 2007)

Pembangunan sarana fisik poskesdes dapat dilaksanakan melalui berbagai cara, yaitu dengan urutan alternatif sebagai berikut :

- a. Mengembangkan Pondok Bersalin Desa (Polindes) yang telah ada menjadi Poskesdes
- b. Memanfaatkan bangunan yang sudah ada yaitu misalnya balai RW, balai desa, balai pertemuan desa dan lain-lain
- c. Membangun baru, yaitu dengan pendanaan dari pemerintah (Pusat atau Daerah) donatur, dunia usaha atau swadaya masyarakat (Depkes RI, 2006)

#### 2.6.6 Manfaat

##### 2.6.6.1 Bagi masyarakat desa

- a. Permasalahan kesehatan di desa dapat dideteksi secara dini, sehingga bisa ditangani dengan cepat dan diselesaikan sesuai kondisi, potensi dan kemampuan yang ada
- b. Masyarakat desa dapat memperoleh pelayanan kesehatan dasar yang dapat dijangkau (secara geografis)

#### 2.6.6.2 Bagi Kader

- a. Kader mendapatkan informasi awal di bidang kesehatan
- b. Kader mendapatkan kebanggaan, bahwa dirinya lebih berkarya bagi warga desanya

#### 2.6.6.3 Bagi Puskesmas

- a. Memperluas jangkauan pelayanan puskesmas dengan mengoptimalkan segala sumberdaya secara efektif dan efisien
- b. Dapat mengoptimalkan fungsi puskesmas sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama

#### 2.6.6.4 Bagi sektor lain

- a. Dapat memadukan kegiatan sektornya dengan bidang kesehatan
- b. Kegiatan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan lebih efektif dan efisien (Depkes RI, 2007)

#### 2.6.7 Pengorganisasian

Prinsip pengorganisasian adalah dikelola oleh masyarakat yang dalam hal ini kader dengan bimbingan tenaga kesehatan

##### 2.6.7.1 Tenaga Poskesdes

Poskesdes perlu didukung dengan tenaga Kesehatan minimal seorang bidan dan tenaga masyarakat ( kader sekurang-kurangnya 2 (dua) orang serta tenaga sukarela lainnya ( Depkes RI, 2007 ; Depkes RI, 2006)

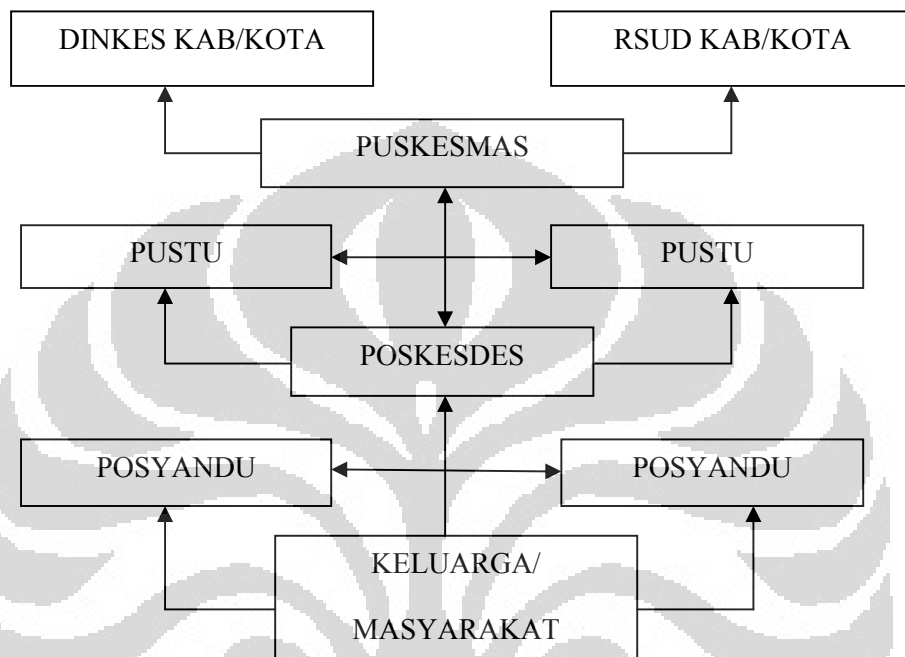
##### 2.6.7.2 Kepengurusan

Kepengurusan poskesdes dipilih melalui musyawarah dan mufakat masyarakat desa, serta ditetapkan oleh Kepala Desa. Struktur pengurus minimal terdiri dari pembina, ketua, sekretaris, bendahara dan anggota.



### 2.6.7.3 Kedudukan dan Hubungan Kerja

Kedudukan dan hubungan kerja antara Poskesdes dengan unit-unit serta masyarakat, dapat digambarkan sebagai berikut :



**Gambar 2.2 Kedudukan dan Hubungan Poskesdes dengan Unit-Unit serta Masyarakat**

Keterangan :

- Poskesdes merupakan koordinator dari UKBM yang ada (misalnya : posyandu, poskestren, ambulan desa). Dengan demikian, maka poskesdes bertugas pula membina kelestarian UKBM lain tersebut
- Poskesdes berada di bawah pengawasan dan bimbingan Puskesmas setempat. Pelaksana poskesdes wajib melaporkan kegiatannya kepada puskesmas ataupun kepada sektor terkait lainnya sesuai dengan bidangnya. Laporan kesehatan disampaikan kepada puskesmas, adapun laporan yang menyangkut pertanggungjawaban keuangan disampaikan kepada Kepala Desa

- c. Jika di wilayah desa tersebut terdapat puskesmas pembantu, maka poskesdes berkoordinasi dengan puskesmas pembantu tersebut
- d. Poskesdes dibawah pembinaan Kabupaten/Kota melalui puskesmas. pembinaan dalam aspek upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan. Apabila poskesdes tidak mampu memberikan pelayanan maka perlu melakukan rujukan ke puskesmas, antara lain pelayanan kegawatdaruratan. Pada keadaan tertentu poskesdes dapat melakukan rujukan langsung ke rumah sakit dengan sepengetahuan puskesmas

## 2.6.8 Penyelenggaraan Poskesdes

### 2.6.8.1 Kegiatan

Kegiatan pelayanan kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi kegiatan utama dan kegiatan pengembangan. Kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa, adalah (1) Pengamatan epidemiologis sederhana terhadap penyakit (2) Penanggulangan penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, serta faktor-faktor resikonya (termasuk kurang gizi) (3) Kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan (4) Pelayanan medis dasar, sesuai dengan kompetensi.

### 2.6.8.2 Waktu Penyelenggaraan

Pelaksanaan poskesdes dilaksanakan secara rutin setiap hari

### 2.6.8.3 Tempat Penyelenggaraan

Depkes RI (2007) poskesdes perlu memiliki tempat pelayanan. Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di dalam poskesdes, diperlukan ruangan yang dapat berfungsi sebagai (1) Ruang pendaftaran (2) Ruang tunggu (3) Ruang pemeriksaan (4) Ruang tindakan (persalinan) (5) Ruang rawat inap persalinan (6) Ruang petugas (7) Ruang konsultasi (gizi, sanitasi, dll) (8) Ruang obat (9) Kamar mandi dan toilet

#### 2.6.8.4 Peralatan dan Logistik

- a. Peralatan : peralatan medis, di sesuaikan dengan jenis pelayanan yang disediakan dan peralatan non medis seperti meubelair, sarana pencatatan, sarana komunikasi, sarana transportasi dan lain-lain sesuai kebutuhan
- b. Obat-obatan : jenis dan jumlah obat-obatan yang perlu disediakan di poskesdes sesuai dengan jenis pelayanan yang diselenggarakan, yang penetapannya berkoordinasi dengan puskesmas setempat ((Depkes RI, 2007)

WHO menyebutkan bahwa 80 % keberhasilan pelaksanaan pembangunan termasuk pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh sumber daya manusia kesehatan, selain pembiayaan. Dengan demikian, pembangunan kesehatan tidak akan berhasil dengan baik jika tidak diikuti dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang berkualitas, beretika, berdedikasi serta tersebar secara merata dalam jumlah dan jenis yang memadai. Sehubungan dengan hal tersebut dan dalam rangka pengembangan Desa Siaga di setiap desa harus tersedia tenaga kesehatan 1 (satu) orang bidan yang tidak saja dapat memberikan pelayanan kesehatan namun juga mampu bersama 2 (dua) kader melakukan fasilitasi dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan (Depkes RI, 2007)

## 2.7 Bidan

### 2.7.1 Pengertian Bidan

Di dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan 369 Tahun 2007 disebutkan definisi bidan menurut *International Confederation Of Midwives* (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia dan diakui oleh WHO dan *Federation of International Gynecologist Obstetrition* (FIGO) adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan. Bidan Indonesia adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik

Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/MENKES/PER/2010 di sebutkan Bidan adalah seorang perempuan yang lulus pendidikan yang telah teregistrasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, sedangkan menurut Ikatan Bidan Indonesia (IBI) definisi bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku, dicatat (register), diberi ijin secara sah untuk menjalankan praktek (Sofyan *et al*, 2001)

Masih menurut Sofyan Mustika *et al* (2001) bidan di Indonesia dapat dikelompokkan dalam beberapa kategori :

- a. Bidan yang setelah menyelesaikan pendidikannya terus bekerja di RS/klinik swasta atau membuka praktek sendiri
- b. Bidan yang bekerja sebagai pegawai negeri dan bertugas di RS negeri (RS Umum Pusat (RSUP) atau RSUD) dan Puskesmas.

Bidan yang bertugas di Rumah sakit disebut sebagai bidan rumah sakit, sedangkan yang bertugas di puskesmas (dalam gedung, baik yang bertugas di unit rawat jalan maupun yang bertugas di unit rawat inap) disebut sebagai bidan puskesmas. Di Kabupaten Kebumen beberapa bidan puskesmas ada yang di beri tanggung jawab untuk mengelola puskesmas pembantu, tergantung dari kebijaksanaan Kepala Puskesmas. Bidan puskesmas tidak di beri tanggung jawab wilayah kerja.

- c. Bidan di desa yang bertugas di desa-desa di seluruh Indonesia

Penempatan bidan di desa bertujuan meningkatkan mutu dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan sampai ke desa, untuk itulah bidan di desa diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya yang meliputi 1 sampai 2 desa. Bidan di desa termasuk fasilitas penunjang Puskesmas juga merupakan jaringan pelayanan puskesmas. Dalam melaksanakan tugasnya bidan di desa bertanggung jawab langsung kepada Kepala Puskesmas serta mempunyai wewenang yang diatur

dengan Peraturan Menteri Kesehatan. Bidan di desa ada yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan ada pula yang berstatus Pegawai Tidak Tetap (PTT)

Untuk pembinaan bidan di desa, bidan di Puskesmas, bidan praktek swasta maupun bidan yang bekerja di Rumah Bersalin (RB) di perlukan tenaga khusus yang selanjutnya disebut bidan koordinator. Bidan koordinator (Bikor) adalah bidan di Puskesmas atau di dinas kesehatan kabupaten/kota yang karena kemampuannya mendapat tanggung jawab membina bidan di wilayah kerjanya baik secara perorangan maupun kelompok (Depkes RI, 2008)

Tabel 2.1 Klasifikasi Bidan

No	Klasifikasi Bidan	Tempat tugas	Tugas	Status Kepegawaian
1.	Bidan RS/Klinik swasta	RS/klinik swasta	Melakukan pelayanan KIA/KB di RS/klinik swasta atau milik pribadi	Pegawai swasta
2.	Bidan Rumah sakit	Rumah sakit negeri	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan pelayanan di poliklinik antenatal <b>atau</b></li> <li>- Memberikan pelayanan di poliklinik KB <b>atau</b></li> <li>- Bertugas di kamar bersalin <b>atau</b></li> <li>- Bertugas di kamar operasi kebidanan <b>atau</b></li> <li>- Bertugas di ruang nifas dan ruang perinatal</li> </ul>	Pegawai Negeri Sipil
3.	Bidan Puskesmas	Puskesmas <b>atau</b> Puskesmas Pembantu (Pustu)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan pelayanan di unit rawat jalan <b>atau</b></li> <li>- Melaksanakan pelayanan di unit rawat inap <b>atau</b></li> <li>- Pengelola program KIA/KB, gizi dan imunisasi di puskesmas <b>atau</b></li> <li>- Bila bertugas di Puskesmas pembantu, memberikan pelayanan KIA/KB di Pustu</li> </ul>	Pegawai Negeri Sipil

(Lanjutan)

4.	Bidan di Desa	Poskesdes <b>atau</b> Puskesmas Pembantu*	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan pelayanan KIA/KB di wilayah kerjanya</li> <li>- Mengelola program KIA di wilayah kerjanya</li> <li>- Membina dukun bayi dan kader</li> <li>- Membina wahana/forum peran masyarakat</li> <li>- Melaksanakan tugas lain sesuai program pemerintah, pendidikan dan pelatihan yang didapat, salah satunya adalah program desa siaga</li> </ul>	Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Tidak Tetap
5.	Bidan Koordinator	Puskesmas <b>atau</b> Dinas Kesehatan Kabupaten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan penyeliaan, pemantauan dan evaluasi kinerja bidan di wilayah kerjanya (aspek klinis &amp; manajemen program KIA)</li> <li>- Melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektoral ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota</li> <li>- Membina hubungan kerja bidan dalam tatanan organisasi puskesmas maupun dengan organisasi dinas kesehatan kabupaten serta organisasi profesi yang berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi bidan</li> </ul>	Pegawai Negeri Sipil

\* Berdasarkan kebijaksanaan Kepala Puskesmas

Menurut Permenkes RI Nomor 572/Menkes/Per/VI/1996 tentang registrasi dan praktek bidan, pada pasal 8 di jelaskan bahwa penempatan bidan untuk pemenuhan kebutuhan program kesehatan ditetapkan dengan urutan prioritas sebagai berikut (1) di desa (2) di puskesmas/puskesmas pembantu (3) di puskesmas/RS yang ada di ibu kota daerah TK II atau TK I.

Bidan sebagai sebuah profesi juga mendapatkan dukungan dari organisasi profesi yang menaunginya yaitu Ikatan Bidan Indonesia (IBI), upaya yang bertujuan meningkatkan kinerja bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas yang dilakukan IBI adalah senantiasa berjalan bersama dan mendukung berbagai program pemerintah, mendukung pendidikan formal program DIII dan DIV kebidanan yang dirancang dan diselenggarakan oleh pemerintah, melaksanakan pendidikan non formal melalui program pelatihan, magang, semiloka/lokakarya serta mengembangkan program mentorship dimana bidan senior membimbing bidan junior dalam konteks profesionalisme kebidanan (Sofyan *et al*, 2001)

Telah diketahui bahwa tenaga kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan di Poskesdes minimal seorang bidan serta diharapkan tenaga kesehatan yang akan membantu poskesdes berdomisili di desa/kelurahan setempat (Depkes RI, 2007) dengan pertimbangan kompetensi yang dimiliki oleh bidan serta tugas dan fungsi bidan di desa, maka tenaga kesehatan yang tepat mengelola poskesdes sebagai pendukung pengembangan Desa Siaga adalah bidan di desa.

### 2.7.2 Bidan Di Desa

Program bidan di desa dimulai pada tahun 1989 dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 623/MENKES/PER/IX/1989 yang mengatur tentang wewenang bidan, sedangkan dasar pelaksanaan penempatan bidan di desa sesuai dengan kebijaksanaan Departemen Kesehatan yang telah disebarluaskan ke seluruh propinsi dengan surat edaran Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan No. 429/Binkesmas/DJ/III/89 (Widayatun, 1999). Bidan di desa adalah bidan yang ditempatkan, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya, yang meliputi 1 sampai 2 desa (Depkes RI, 1994).

Tugas pokok bidan di desa adalah sebagai berikut (1) Melaksanakan pelayanan KIA, khususnya dalam mendukung pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas, pelayanan kesehatan bayi dan anak balita, serta pelayanan KB (2) Mengelola program KIA di wilayah kerjanya dan memantau pelayanan KIA di

wilayah desa berdasarkan data riil sasaran dengan menggunakan PWS-KIA (3) Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA, termasuk pembinaan dukun bayi dan kader, pembinaan wahana/forum peran serta masyarakat yang terkait melalui pendekatan kepada pamong dan tokoh setempat. Di samping tugas pokoknya bidan melaksanakan tugas lain yang diberikan atasannya dalam pelayanan kesehatan masyarakat, sesuai dengan program pemerintah, pendidikan serta pelatihan yang didapatnya (Depkes RI, 1994)

Tujuan pendayagunaan bidan desa adalah untuk meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) yang meliputi peningkatan khususnya 5 program prioritas di desa yang meliputi kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi, perbaikan gizi dan penanggulangan diare, peningkatan mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas dan perinatal, peningkatan kemampuan keluarga untuk hidup sehat dengan membantu pembinaan kesehatan melalui dasa wisma dan peningkatan peran serta masyarakat melalui pendekatan PKMD (Depkes, 1991 dalam Istiarti, 1998)

Program penempatan bidan di desa selain mempunyai tujuan utama yaitu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui puskesmas dan posyandu dalam rangka menurunkan angka kematian ibu, bayi, anak balita dan angka kelahiran serta meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat juga mempunyai beberapa tujuan khusus.

Tujuan khusus penempatan Bidan di Desa adalah :

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat
- b. Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan, khususnya lima prioritas desa yaitu program KIA, KB, imunisasi, gizi dan penanggulangan diare
- c. Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas dan perinatal, serta pelayanan kontrasepsi
- d. Menurunnya jumlah balita dengan gizi buruk dan diare
- e. Meningkatkan kemampuan keluarga untuk hidup sehat dengan membantu pembinaan kesehatan kelompok dasawisma



- f. Meningkatnya peran serta masyarakat melalui pendekatan PKMD termasuk gerakan dana sehat

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/Menkes/SK/II/2004 tentang kebijakan dasar Puskesmas menetapkan pola struktur organisasi Puskesmas bahwa unit Bidan di Desa/Bidan Komunitas termasuk jaringan pelayanan Puskesmas.

Sutisna (2009) mengemukakan uraian tugas dan tanggung jawab bidan desa salah satunya adalah pembinaan pelaksanaan Desa Siaga meliputi terselenggaranya Forum Kesehatan Desa, sarana/fasilitas kesehatan dasar (Pos Kesehatan Desa/Poskesdes) dan sistem rujukan, Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), survailans berbasis masyarakat (sistem pengamatan penyakit dan faktor resiko berbasis masyarakat), sistem kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat, upaya menciptakan dan terwujudnya lingkungan sehat, upaya menciptakan dan terwujudnya PHBS dan upaya menciptakan dan terwujudnya Kadarzi.

Kriteria Desa Siaga adalah apabila desa tersebut telah memiliki sekurang kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa/POSKESDES, tenaga kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan di Poskesdes minimal seorang bidan serta diharapkan tenaga kesehatan yang akan membantu Poskesdes berdomisili di desa/kelurahan setempat (Depkes RI, 2007), bidan desa merupakan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat dan tinggal bersama dengan masyarakat tersebut (Depkes RI, 2006)

Dalam buku Kurikulum Pelatihan bagi Bidan Poskesdes untuk Mewujudkan Desa Siaga yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2006 disebutkan peran bidan dalam pengembangan Desa Siaga adalah sebagai pembimbing pelaksanaan penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan; pembimbing dan pelaksana pelayanan kegawatdaruratan kesehatan sehari-hari serta bencana; pembimbing masyarakat dalam menghadapi bencana (*Safe Community*); pelaksana pelayanan kesehatan dasar, sedangkan kompetensi bidan dalam pengembangan Desa Siaga harus mampu :

1. Memfasilitasi pelaksanaan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan
2. Membimbing pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan kesehatan sehari-hari dan bencana
3. Membimbing masyarakat dalam menghadapi bencana (*Safe Community*)
4. Melaksanakan pelayanan kesehatan dasar

Kompetensi bidan dalam pengembangan Desa Siaga diuraikan sebagai berikut :

#### A. Penggerakan dan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan

Penggerakan dan pemberdayaan masyarakat adalah upaya fasilitasi yang bersifat persuasif dan tidak memerintah yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku dan kemampuan masyarakat dalam menemukan, merencanakan dan memecahkan masalah menggunakan sumberdaya/potensi yang mereka miliki termasuk partisipasi dan dukungan tokoh-tokoh masyarakat serta LSM yang ada dan hidup di masyarakat. Langkah-langkah kegiatan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengembangan Desa Siaga meliputi :

- 1) Pertemuan Tingkat Desa (PTD) yang merupakan langkah awal dari kegiatan tingkat desa
- 2) Survei Mawas Diri (SMD) adalah kegiatan pengenalan, pengumpulan dan pengkajian masalah kesehatan oleh tokoh masyarakat dan kader setempat di bawah bimbingan petugas kesehatan di desa/bidan di desa
- 3) Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) adalah pertemuan seluruh warga desa untuk membahas hasil survei mawas diri dan merencanakan penanggulangan masalah kesehatan yang diperoleh dari hasil survei mawas diri yang salah satu tujuannya adalah menyusun rencana kerja untuk menanggulangi masalah kesehatan, melaksanakan Desa Siaga dan poskesdes

Kegiatan teknis dalam penggerakan dan pemberdayaan masyarakat adalah :

- 1) Pengamatan epidemiologi sederhana yaitu kegiatan pengamatan secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan serta kondisi yang mempengaruhi resiko terjadinya penyakit

atau masalah-masalah kesehatan agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien

- 2) Promosi kesehatan adalah upaya agar perilaku masyarakat berubah menjadi lebih baik dari masyarakat tidak tahu menjadi tahu, dari tahu menjadi mau dan dari mau menjadi mampu dalam pemeliharaan kesehatan. Promosi kesehatan yang perlu dilakukan adalah utamanya tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi), Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan sanitasi dasar
- 3) Kesehatan ibu dan anak dengan ruang lingkup memantau kesehatan ibu hamil dan kesehatan anak (bayi baru lahir, bayi dan balita)

#### B. Penanggulangan kegawatdaruratan sehari-hari dan bencana

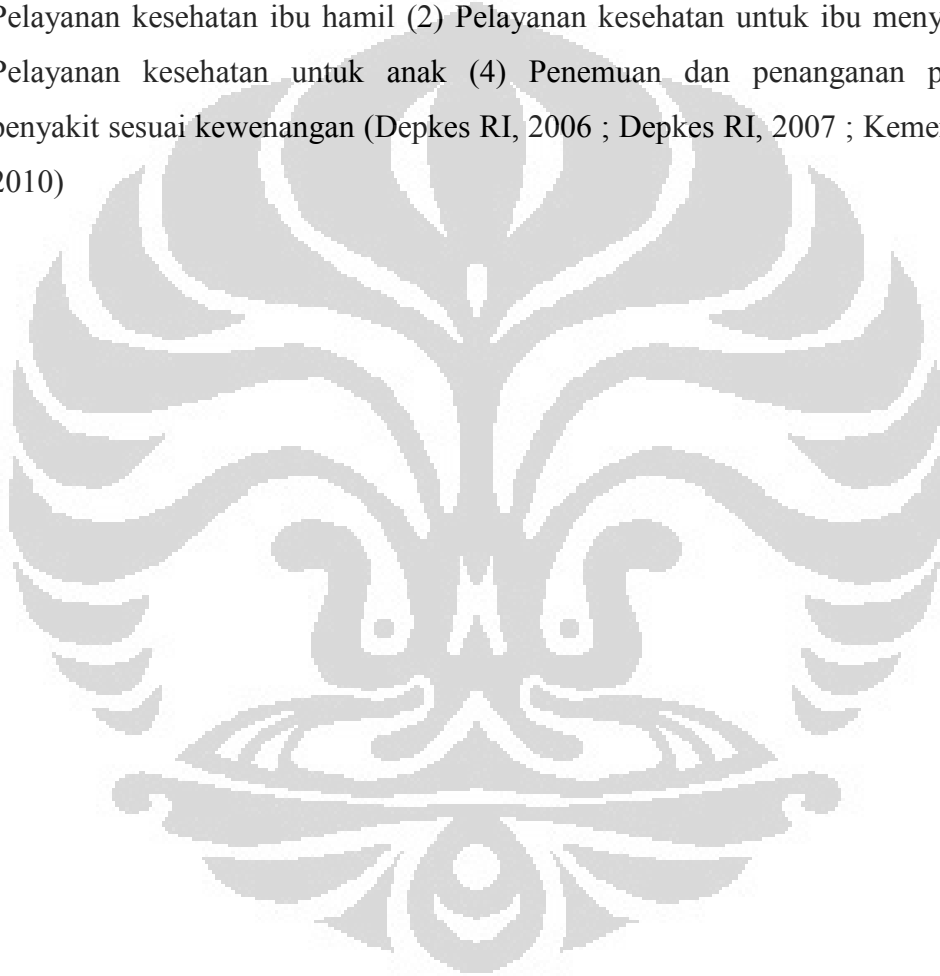
Bidan di desa yang bekerja di Pos Kesehatan Desa harus mampu mengenal masalah kesehatan yang sering dialami oleh masyarakat desa dan melakukan pertolongan pertama sebelum memperoleh pertolongan medis lebih lanjut, dalam melakukan pertolongan pertama tersebut bidan di desa harus melakukan upaya perlindungan diri dan pencegahan infeksi dalam melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan sehari-hari dan atau saat terjadi bencana dan melaporkan kondisi penderita pada sarana pelayanan kesehatan rujukan

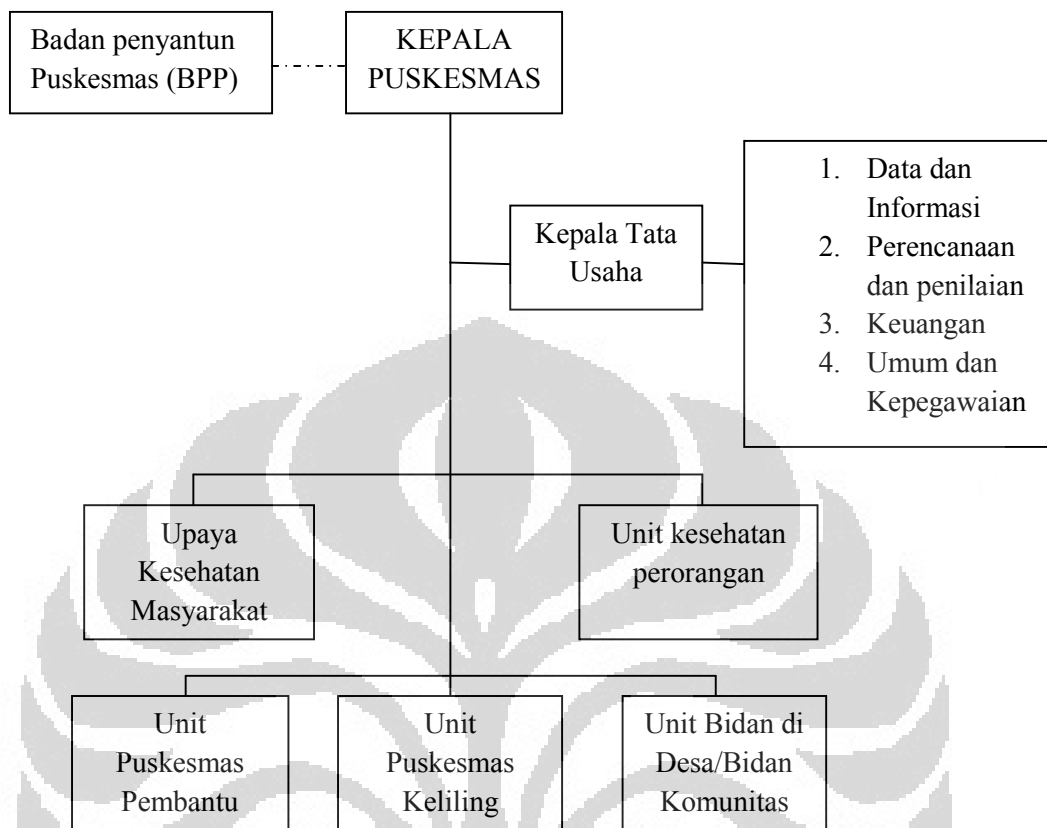
#### C. Tanggap darurat bencana (*Safe Community*)

Bidan di desa harus dapat mengantisipasi kemungkinan akan terjadi kejadian tanggap darurat di wilayah kerjanya melalui pertemuan bulanan yang dipimpin oleh kepala desa perlu disepakati upaya antisipasi resiko kejadian-kejadian yang mungkin akan terjadi. Pengejawantahan dari konsep *Safe Community* maka dikembangkan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) yaitu adanya pemetaan tentang kondisi lingkungan desa dan peta kondisi yang potensi menimbulkan bencana/masalah kesehatan desa ; merekrut sukarelawan bencana ; memberi informasi dan demonstrasi kepada warga bila terjadi bencana ; melakukan koordinasi tentang penyelamatan masyarakat

#### D. Pelayanan kesehatan dasar

Pembentukan Desa Siaga antara lain bertujuan mendekatkan akses masyarakat di desa terhadap pelayanan kesehatan maka bidan di desa yang bekerja di Poskesdes harus mampu mengenali penyakit-penyakit yang sering dialami oleh masyarakat desa dan melakukan pertolongan pertama sebelum memperoleh pertolongan medis lebih lanjut. Pelayanan kesehatan dasar berupa (1) Pelayanan kesehatan ibu hamil (2) Pelayanan kesehatan untuk ibu menyusui (3) Pelayanan kesehatan untuk anak (4) Penemuan dan penanganan penderita penyakit sesuai kewenangan (Depkes RI, 2006 ; Depkes RI, 2007 ; Kemenkes RI, 2010)





Gambar 2.3 Model Struktur Organisasi Puskesmas Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/Menkes/SK/II/2004

Sumber : Departemen Kesehatan RI (2000), Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas dikutip dalam Sutisna (2009)

## **BAB 3**

### **KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS**

#### **3.1 Kerangka Konsep**

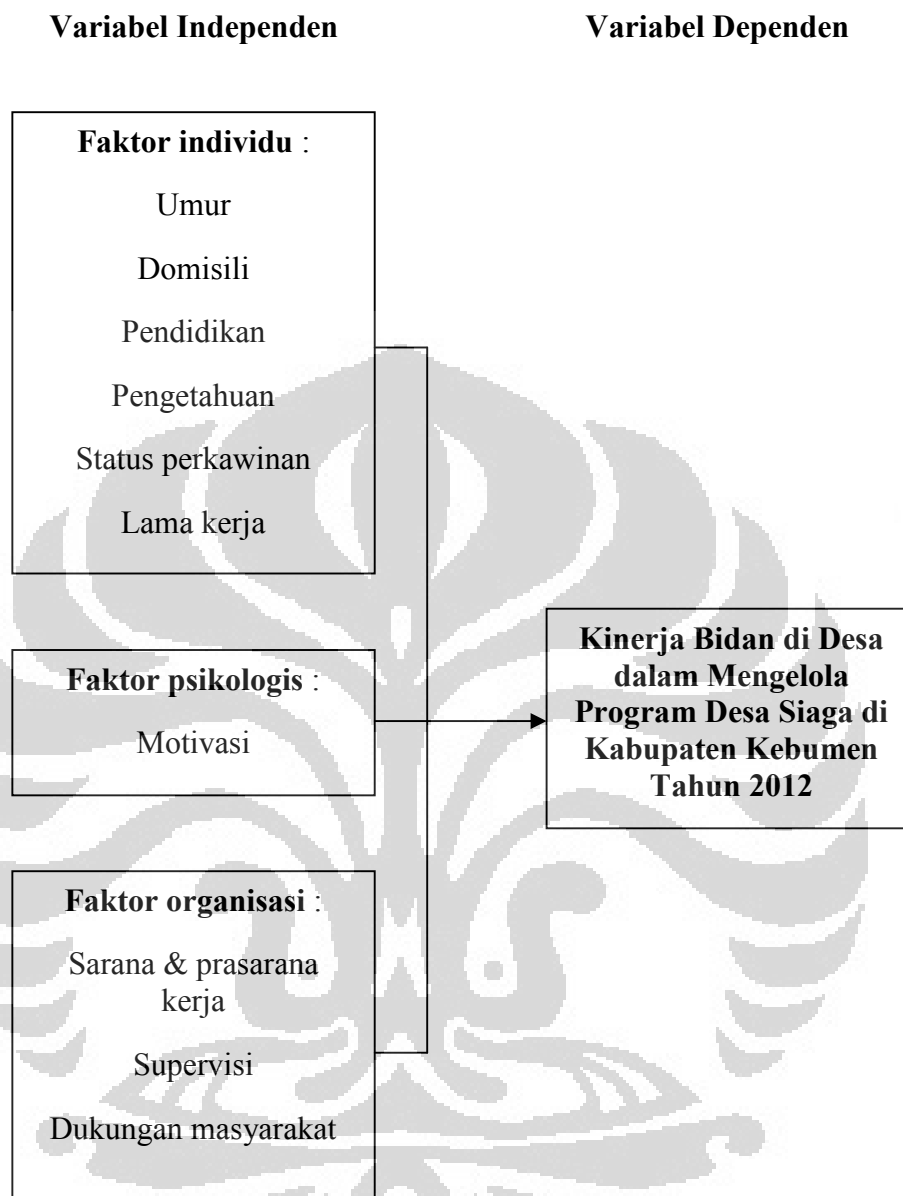
Secara konseptual kerangka konsep penelitian ini dibangun berdasarkan teori perilaku dan kinerja dari Gibson (1987) dalam Ilyas (2002). Dari teori tersebut maka peneliti menyatakan bahwa ada berbagai faktor yang diduga berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola Program Desa Siaga, akan tetapi mengingat keterbatasan waktu dan sarana, tidak semua faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa diteliti. Pada penelitian ini ada beberapa faktor yang tidak diteliti yaitu :

- a. Variabel individu seperti jenis kelamin, etnis, latar belakang keluarga dan tingkat sosial karena tidak bervariasi.
- b. Variabel organisasi seperti imbalan tidak diteliti sebab bidan di desa berstatus pegawai pemerintah dan mendapatkan gaji dari pemerintah baik statusnya sebagai PNS maupun PTT, sedangkan struktur organisasi tidak diteliti karena bidan di desa jelas di bawah organisasi Puskesmas.
- c. Variabel psikologi seperti persepsi, sikap, kepribadian dan belajar tidak diteliti sebab merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur (Gibson, 1987 dalam Ilyas (1999), tidak ada metode universal berupa kesepakatan yang dapat digunakan oleh manajer untuk mengubah kepribadian, sikap, persepsi atau pola belajar (Gibson, 1985)

Berdasarkan kajian teori dan pertimbangan unit analisis penelitian, maka dilakukan penentuan determinan kinerja bidan di desa yaitu faktor individu adalah umur, domisili, pendidikan, pengetahuan, status perkawinan, lama kerja, faktor psikologis adalah motivasi, sedangkan faktor organisasi mencakup sarana prasarana kerja, supervisi dan dukungan masyarakat.

Kerangka konsep pada penelitian ini terdiri dari variabel bebas (variabel independen) yaitu umur, domisili, pendidikan, pengetahuan, lama kerja, status perkawinan, motivasi, sarana dan prasarana kerja, supervisi serta dukungan masyarakat, sedangkan variabel terikat (variabel dependen) yaitu kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga, secara skematis kerangka konsep penelitian ini digambarkan sebagai berikut :





Gambar 3.1 Kerangka Konsep Studi Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012



### 3.2 Definisi Operasional

a. Kinerja bidan di desa dalam mengelola Program Desa Siaga

Adalah kegiatan yang dikerjakan oleh bidan di desa sesuai dengan kompetensi bidan dalam pengembangan Desa Siaga (memfasilitasi pelaksanaan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan, membimbing pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan kesehatan sehari-hari dan bencana, membimbing masyarakat dalam menghadapi bencana/*Safe Community*, melaksanakan pelayanan kesehatan dasar) (Depkes RI, 2006)

Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden  
 Alat Ukur : kuesioner  
 Hasil Ukur : setiap kegiatan yang dikerjakan diberi skor 1, kemudian dijumlahkan dan diberi skor dengan kategori =  
 0. Kurang, jika skor < mean  
 1. Baik, jika skor  $\geq$  mean  
 Skala Ukur : ordinal

b. Umur

adalah usia bidan di desa dihitung sejak tanggal lahir sampai saat pengisian kuesioner dalam satuan tahun dengan pembulatan setengah tahun keatas. Umur menunjukkan kematangan dan stabilnya kepribadian dengan batas 25 tahun (Muklas, 1994 dalam Hernawati, 2006)

Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden  
 Alat Ukur : kuesioner  
 Hasil Ukur : 0. Bila < 25 tahun  
 1. Bila  $\geq$  25 tahun  
 Skala Ukur : ordinal

c. Domisili

adalah tempat tinggal bidan sehari-hari selama bertugas di desa. Bidan di desa adalah bidan yang ditempatkan dan diwajibkan tinggal di wilayah kerjanya (Depkes RI, 1994)

- Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden  
Alat Ukur : kuesioner  
Hasil Ukur : 0. Bila tidak berdomisili di tempat tugas  
1. Bila berdomisili di tempat tugas  
Skala Ukur : ordinal

d. Pendidikan

adalah pendidikan formal terakhir yang diselesaikan responden saat mengisi kuesioner. Widayatun (1999) Program Pendidikan Bidan di desa yang dilakukan hanya dalam waktu satu tahun dirasakan kurang untuk memberikan bekal ketrampilan kepada bidan dengan fungsi dan peran bidan yang cukup besar

- Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden  
Alat ukur : kuesioner  
Hasil Ukur : 0. Kurang = D1 Kebidanan  
1. Baik > D1 Kebidanan  
Skala Ukur : ordinal

e. Pengetahuan

adalah pemahaman responden terhadap pengelolaan Program Desa Siaga

- Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden  
 Alat Ukur : kuesioner  
 Hasil Ukur : setiap jawaban benar diberi bobot nilai 1 kemudian  
 dijumlahkan dan dikategorikan =  
 0. Kurang, bila  $<$  median  
 1. Baik, bila  $\geq$  median  
 Skala Ukur : ordinal

f. Status perkawinan

adalah keterikatan secara hukum dalam pernikahan. Robbins (2006) dalam Surani (2007) karyawan yang sudah menikah lebih rendah tingkat keabsenannya serta mempunyai tingkat pengunduran diri yang lebih rendah dibanding mereka yang tidak menikah

- Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden  
 Alat Ukur : kuesioner  
 Hasil Ukur : 0. Tidak menikah/janda  
 1. Menikah  
 Skala Ukur : ordinal

g. Lama kerja

adalah lama waktu kerja sebagai bidan di desa di wilayah Kabupaten Kebumen

- Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden  
 Alat Ukur : kuesioner  
 Hasil Ukur : 0. Baru bila  $<$  median  
 1. Lama bila  $\geq$  median  
 Skala Ukur : ordinal

#### h. Motivasi

adalah sesuatu yang mendorong, menggerakkan dan membangkitkan semangat kerja bidan di desa yang dilihat dari aspek sarana, rasa aman, penghargaan dan pengembangan dari hubungan antar pribadi mengacu pada teori motivasi oleh Abraham Maslow

Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden melalui pilihan yang tersedia di kuesioner menggunakan skala likert

Alat Ukur : kuesioner

Hasil Ukur : setiap jawaban diberi bobot nilai 1-4 kemudian  
: dijumlahkan dan dikategorikan =  
0. Kurang, bila  $<$  median  
1. Baik, bila  $\geq$  median

Skala Ukur : ordinal

#### i. Sarana dan prasarana kerja

adalah sesuatu yang dapat menunjang kinerja bidan di desa dalam mengelola Desa Siaga seperti gedung Poskesdes, peralatan dan obat-obatan, sarana komunikasi (telepon, ponsel atau kurir), transportasi, buku pedoman Desa Siaga dan buku laporan

Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden

Alat Ukur : kuesioner

Hasil Ukur : setiap alat diberi bobot nilai 1 bila tersedia, kemudian dijumlahkan dan dikategorikan =  
0. Tidak lengkap, bila  $<$  median  
1. Lengkap, bila  $\geq$  median

Skala Ukur : ordinal

j. Supervisi

adalah kunjungan terhadap bidan di desa yang dilakukan oleh Kepala Puskesmas atau bidan koordinator atau Dinas Kesehatan Kabupaten untuk memberikan arahan cara mengatasi masalah dan melakukan rencana perbaikan dalam pengembangan Desa Siaga

Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden

Alat Ukur : kuesioner

Hasil Ukur : setiap jawaban tidak, diberi nilai 0 (nol) dan jawaban ya diberi nilai 1, kemudian dijumlahkan dan dikategorikan =  
 0. Kurang, bila  $<$  median  
 1. Baik, bila  $\geq$  median

Skala Ukur : ordinal

k. Dukungan Masyarakat

adalah peran serta masyarakat dalam mendukung pengelolaan program Desa Siaga, dalam bentuk peraturan tentang pengelolaan Desa Siaga, dukungan finansial atau dukungan sarana perumahan dan atau lahan untuk poskesdes.

Cara Ukur : pengisian sendiri oleh responden

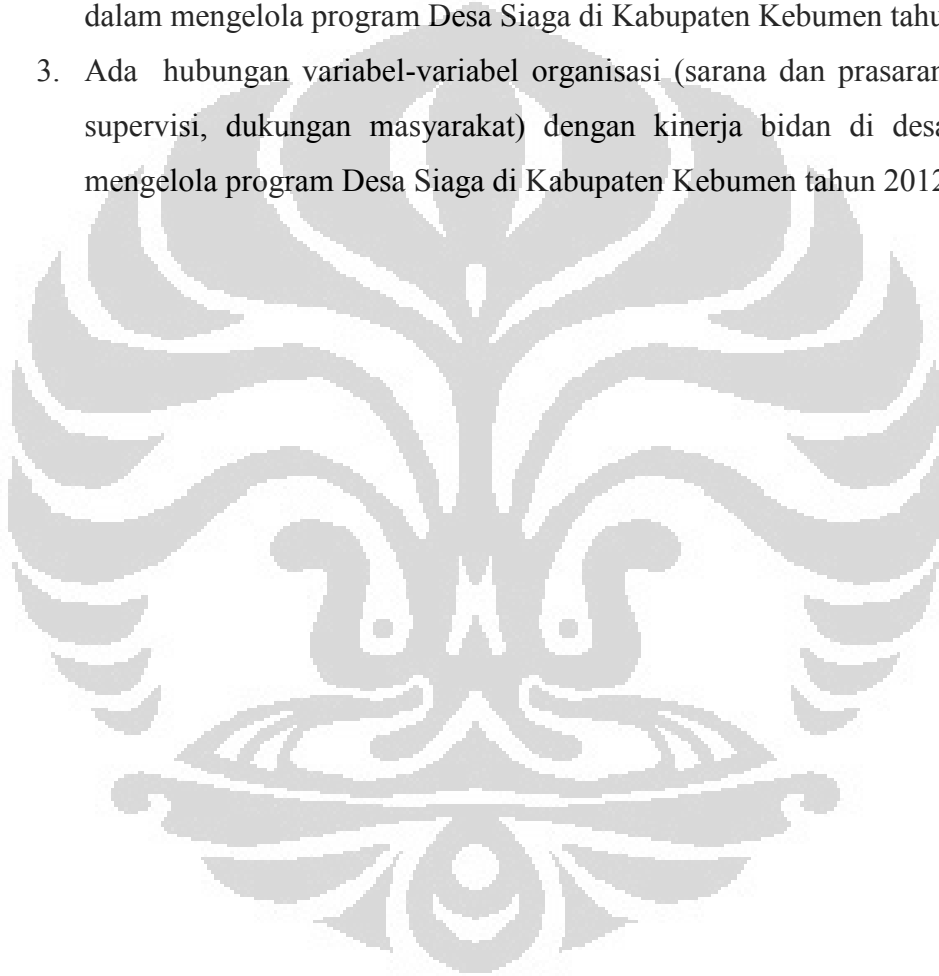
Alat Ukur : kuesioner

Hasil Ukur : setiap jawaban tidak, diberi nilai 0 (nol) dan jawaban ya diberi nilai 1, kemudian dijumlahkan jawaban pertanyaan no 1, 4, 5 dan 6 lalu dikategorikan =  
 0. Kurang bila  $<$  median  
 1. Baik, bila  $\geq$  median

Skala Ukur : ordinal

### 3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara variabel-variabel individu (umur, domisili, pendidikan, pengetahuan, status perkawinan, lama kerja) dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012
2. Ada hubungan variabel psikologi (motivasi) dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen tahun 2012
3. Ada hubungan variabel-variabel organisasi (sarana dan prasarana kerja, supervisi, dukungan masyarakat) dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen tahun 2012



## BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif bersifat observasional dengan desain *cross sectional*. Pendekatan *cross sectional* karena penelitian yang dilakukan dalam satu waktu tertentu dan tidak akan dilakukan penelitian lain di waktu yang berbeda untuk diperbandingkan (Prasetyo, 2007)

### 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di wilayah Kabupaten Kebumen, penelitian dilaksanakan pada bulan Maret sampai April 2012.

### 4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian dalam penelitian ini adalah seluruh bidan di desa di wilayah Kabupaten Kebumen, sedangkan jumlah sampel dihitung dengan rumus (Lameshow, Stanley. *et al.* 1997)

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 - \alpha/2 P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan :

- n : Jumlah sampel minimum
- $Z_{1-\alpha/2}$  : Nilai baku distribusi normal (tabel Z) pada derajat kemaknaan 95% = 1,96
- P : proporsi bidan Poskesdes yang memiliki kinerja tidak baik = 0.448
- 1-P : proporsi bidan Poskesdes yang memiliki kinerja baik = 0.552
- d : presisi/derajat akurasi = 10 % = 0.1

Proporsi bidan Poskesdes yang memiliki kinerja kurang baik sebanyak 44,78 % (P) dan proporsi bidan Poskesdes yang memiliki kinerja baik sebanyak 55,22 % (1– P) diambil dari penelitian yang dilakukan oleh Surani (2007) tentang Analisis Karakteristik Individu dan Faktor Intrinsik yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Pelaksana Poliklinik Kesehatan Desa dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal, Jawa Tengah.

Dengan penghitungan sebagai berikut :

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.448 \times 0.552}{0.1^2}$$

$$n = 95$$

Setelah dihitung berdasarkan rumus maka didapatkan jumlah sampel sebesar 95 kemudian ditambahkan 10 %, sehingga jumlah sampel menjadi 104.5 dibulatkan menjadi 110 bidan.

Kriteria inklusi :

- a. Bidan di desa yang telah bertugas minimal satu tahun
- b. Bidan di desa yang mengelola Poskesdes
- c. Bersedia di wawancarai

Kriteria eksklusi :

- a. Bidan di desa yang sedang cuti saat penelitian
- b. Bidan di desa yang sedang menjalani tugas belajar

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan teknik pengambilan sampel probabilita artinya populasi seluruhnya mendapat kesempatan yang sama untuk menjadi sampel (Prasetyo, 2007; Elfindri, 2011), teknik penarikan sampel probabilita yang dipilih dalam penelitian ini adalah teknik acak sederhana (*simple random sampling*) sebab sifat/karakteristik kelompok adalah homogen (Prasetyo, 2007)



#### 4.4 Sumber dan Alat Penelitian

Dalam penelitian ini instrumen pengumpulan data primer dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden yaitu bidan di desa. Kuesioner diadaptasi dari kuesioner penelitian Guswanti (2008) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir.

#### 4.5 Uji Instrument

Kuesioner yang telah dibuat perlu dilakukan uji validitas untuk mengetahui sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data dan uji reliabilitas untuk menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2006) yaitu untuk variabel pengetahuan, motivasi, sarana dan prasarana kerja, supervisi, dukungan masyarakat dan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga. Uji coba kuesioner dilakukan terhadap 30 bidan di desa di wilayah Kabupaten Kebumen pada tanggal 25 Februari 2012.

Hasil uji coba instrument menunjukkan bahwa 10 pertanyaan pengetahuan terdapat 1 (satu) pertanyaan yang tidak valid karena diperoleh nilai  $r$  pada *corrected item total correlation* kurang dari nilai  $r$  tabel (0,361). Pertanyaan yang tidak valid dikeluarkan sehingga yang digunakan dalam penelitian adalah 9 pertanyaan, sedangkan untuk pertanyaan motivasi dari 10 pertanyaan terdapat 4 (empat) pertanyaan yang tidak valid, pertanyaan yang tidak valid dikeluarkan sehingga yang digunakan dalam penelitian adalah 6 pertanyaan.

Pertanyaan tentang sarana dan prasarana kerja dari 16 pertanyaan pada pertanyaan 2 dan 5 tidak valid sebab diperoleh nilai  $r$  pada *corrected item total correlation* kurang dari nilai  $r$  tabel (0,361), pertanyaan yang tidak valid dikeluarkan sehingga yang digunakan dalam penelitian adalah 14 pertanyaan.

Hasil uji coba instrument memperlihatkan 4 pertanyaan tentang dukungan masyarakat terdapat 1 (satu) pertanyaan yang tidak valid karena diperoleh nilai  $r$  pada *corrected item total correlation* kurang dari nilai  $r$  tabel (0,361), oleh karena

itu pertanyaan yang digunakan adalah 3 pertanyaan, selanjutnya dari 23 pertanyaan kinerja bidan di desa terdapat 1 (satu) pertanyaan yang tidak valid. Pertanyaan yang tidak valid dikeluarkan sehingga yang digunakan dalam pertanyaan penelitian adalah 22 pertanyaan.

#### 4.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan oleh peneliti dengan bekerjasama dengan bidan koordinator di 35 puskesmas, pengambilan data dilakukan pada bulan Maret sampai dengan April 2012.

#### 4.7 Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah melalui beberapa tahapan yaitu *editing, coding, processing dan cleaning*.

##### 4.7.1 *Editing* (penyuntingan data)

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang terdapat dalam kuesioner sudah lengkap terisi, jelas dan melakukan revisi bila terdapat kekurangan dan kesalahan dalam pengumpulan data.

##### 4.7.2 *Coding*

Merupakan suatu proses penyusunan secara sistematis data mentah (yang ada dalam kuesioner) ke dalam bentuk yang mudah dibaca oleh mesin pengolah data seperti komputer (Prasetyo, 2007). *Coding* yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoatmodjo, 2010). Kegunaan dari *coding* adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat entry data.

##### 4.7.3 *Processing*

Data entering adalah memindahkan data yang telah diubah menjadi kode ke dalam mesin pengolah data (Prasetyo, 2007)

##### 4.7.4 *Cleaning*

Data *cleaning* adalah memastikan bahwa seluruh data yang telah dimasukkan ke dalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan yang sebenarnya

(Prasetyo, 2007), perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010)

#### 4.8 Analisa Data

Analisa data dilakukan untuk menunjang pembuktian hipotesa, dalam penelitian ini dilakukan analisa data secara univariat dan bivariat.

##### 4.8.1 Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan/mendeskrripsikan masing-masing variabel yang diteliti yaitu kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga sebagai variabel dependen, sedangkan umur, domisili, pendidikan, pengetahuan, status perkawinan, lama kerja, motivasi, sarana dan prasarana kerja, supervisi dan dukungan masyarakat sebagai variabel independen.

##### 4.8.2 Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel yaitu variabel independen dengan variabel dependen.

Uji yang digunakan adalah uji *Chi square* dengan rumus

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

$X^2$  : nilai *Chi square*

O : frekuensi yang diamati

E : frekuensi yang diharapkan

Uji kemaknaan digunakan batas kemaknaan sebesar 5 % (0,05) :

- a. Bila *P value* < 0,05 maka H0 ditolak artinya data sampel mendukung adanya perbedaan bermakna (signifikan)
- b. Bila *P value* > 0,05 maka H0 gagal ditolak yang artinya data sampel tidak mendukung adanya perbedaan bermakna (signifikan)

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

#### 5.1 Gambaran Umum

Kabupaten Kebumen merupakan kabupaten yang terletak di bagian selatan Provinsi Jawa Tengah yang berbatasan dengan Kabupaten Purworejo di sebelah timur, Samudra Hindia di sebelah selatan, Kabupaten Cilacap dan Banyumas di sebelah barat serta Kabupaten Wonosobo dan Banjarnegara di sebelah utara (KBA, 2010)

Kabupaten Kebumen secara administratif terdiri dari 26 kecamatan yang terbagi menjadi 11 kelurahan dan 449 desa dengan jumlah penduduk 1.258.947 jiwa. Luas wilayah Kabupaten Kebumen sebesar 128.111,50 hektar atau 1.281,115 km<sup>2</sup>, dengan kondisi beberapa wilayah merupakan daerah pantai dan perbukitan sedangkan sebagian besar merupakan dataran rendah (KBA, 2010)

Sarana kesehatan di wilayah Kabupaten Kebumen yaitu (1) Puskesmas, terdapat 35 Puskesmas dengan 7 puskesmas adalah puskesmas perawatan serta didukung oleh 77 Puskesmas Pembantu (2) Rumah Sakit 10 buah (milik pemerintah dan swasta) (3) Sarana Kesehatan Bersumber daya Masyarakat yakni 304 Poskesdes yang sudah mempunyai bangunan sendiri, 44 Poskesdes masih menggunakan bangunan milik pemerintah desa (Profil Kesehatan Kabupaten Kebumen, 2010)

Tabel 5.1 Data Keberadaan Bidan PNS Dan Bidan PTT Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen Tahun 2011

Bidan PNS di Puskesmas	Bidan PNS di Desa	Bidan PTT di Puskesmas	Bidan PTT di Desa	Jumlah Bidan Keseluruhan
141	238	0	256	635

Sumber : Bagian Kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen Tahun 2011

Distribusi tenaga kesehatan di Kabupaten Kebumen secara keseluruhan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.2 Distribusi Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kebumen Tahun 2011

No	Unit Kerja	Medis	Perawat & Bidan	Farmasi	Gizi	Teknisi Medis	Sanitasi	Kesmas	Jml
1.	Puskesmas (termasuk Pustu & Poskesdes)	82	872	39	42	71	45	14	1165
2.	Rumah Sakit	130	578	38	86	62	8	7	909
3.	Institusi Diklat/ Diknakes	0	27	0	0	0	0	2	29
4.	Sarana Kesehatan Lain	0	7	0	0	0	0	0	7
5.	Dinkes Kab/Kota	4	4	2	3	2	7	18	40
	Jumlah	216	1488	79	131	135	60	41	2150

Sumber : Sekretariat Dinkes Kabupaten Kebumen

Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Kebumen Tahun 2011 adalah sebesar 2.150 orang yang tersebar di puskesmas 1.165 orang, Dinas Kesehatan 40 orang, Rumah Sakit (termasuk Rumah Sakit swasta yang melaporkan datanya ke Dinas Kesehatan) 909 orang serta 33 orang di sarana kesehatan lain dan institusi diknakes lain. Adapun jumlah tenaga kesehatan dibedakan menurut 7 kelompok yaitu medis, perawat-bidan, farmasi, gizi, teknis medis, sanitasi dan kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan terbanyak adalah perawat-bidan yang jumlahnya mencapai 1488 orang.

## 5.2 Hasil Analisis Univariat

Kuesioner yang dibagi dalam penelitian ini sejumlah 110 kuesioner, akan tetapi pada saat dilakukan *editing* ternyata ada 2 kuesioner yang tidak valid dikarenakan kuesioner yang dikumpulkan tidak lengkap 11 lembar sehingga uraian hasil penelitian berikut adalah berdasarkan 108 kuesioner.

### 5.2.1 Variabel Dependen (Kinerja Bidan di Desa)

Gambaran Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen, dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Kinerja	Jumlah	Persentase
Kurang	53	49,1
Baik	55	50,9
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Hasil analisis menunjukkan 50,9 % responden memiliki kinerja baik, sedangkan 49,1 % responden memiliki kinerja kurang dalam mengelola program Desa Siaga, hal tersebut memperlihatkan bahwa bidan di desa yang memiliki kinerja baik lebih banyak dibanding dengan yang memiliki kinerja kurang dalam mengelola program Desa Siaga.

### 5.2.2 Variabel Individu

#### 5.2.2.1 Umur

Hasil penelitian menunjukkan bidan di desa yang berumur lebih atau sama dengan 25 tahun sebesar 91,7% dan yang berumur kurang dari 25 tahun hanya 8,3%, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Umur

<b>Umur</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
< 25 tahun	9	8,3
≥ 25 tahun	99	91,7
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa responden sebagian besar berumur lebih atau sama dengan 25 tahun, batasan umur 25 tahun menunjukkan kematangan dan stabilnya kepribadian (Muklas, 1994 dalam Hernawati, 2006)

#### 5.2.2.2 Domisili

Bidan di desa wajib berdomisili di wilayah kerjanya (Depkes RI, 1994), distribusi responden berdasarkan domisili adalah sebagai berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Domisili

<b>Domisili</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Beda dengan wilayah kerja	20	18,5
Sama dengan wilayah kerja	88	81,5
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang berdomisili sama dengan wilayah kerjanya adalah 81,5% serta yang berdomisili berbeda dengan wilayah kerjanya adalah 18,5%, artinya sebagian besar responden tinggal di desa yang sama dengan wilayah kerjanya.

### 5.2.2.3 Pendidikan

Tingkat pendidikan responden berdasarkan pendidikan terakhir yang ditempuh dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

<b>Pendidikan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Kurang = D1 Kebidanan	19	17,6
Baik = > D1 Kebidanan	89	82,4
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki pendidikan baik yaitu yang memiliki pendidikan terakhir lebih tinggi dari Diploma I Kebidanan yaitu Diploma III kebidanan atau Diploma IV Kebidanan adalah 82,4% lebih besar jika dibanding dengan yang berpendidikan kurang yaitu yang berpendidikan terakhir Diploma I Kebidanan yaitu sebesar 17,6%.

### 5.2.2.4 Status Perkawinan

Distribusi responden berdasarkan status perkawinan, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan

<b>Status Kawin</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persen(%)</b>
Tidak menikah/Janda	8	7,4
Menikah	100	92,6
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Status perkawinan adalah keterikatan perkawinan secara hukum. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa 92,6% responden telah menikah serta 7,4% tidak menikah/janda, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden berstatus menikah.



#### 5.2.2.5 Lama Kerja

Lama kerja responden adalah lama waktu kerja sebagai bidan di desa di wilayah Kabupaten Kebumen, distribusinya dapat dilihat pada tabel 5.8 :

Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Kerja

Lama Kerja	Jumlah	Persentase
Baru	54	50
Lama	54	50
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Berdasarkan nilai median, *cut off point* lama kerja adalah 59,5 bulan. Lama kerja dikategorikan baru bila memiliki lama kerja kurang dari 59 bulan, sedangkan dikategorikan lama bila memiliki lama kerja lebih dari 59 bulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang lama kerjanya tergolong baru sama banyaknya dengan responden yang lama kerjanya tergolong lama yaitu masing-masing sebesar 50%.

#### 5.2.2.6 Pengetahuan

Hasil analisis pengetahuan tentang program Desa Siaga tertera dalam tabel berikut :

Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan

Pengetahuan	Jumlah	Persentase
Kurang baik	46	42,6
Baik	62	57,4
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Pengetahuan yang dimaksud adalah pemahaman tentang pengelolaan program Desa Siaga oleh responden dengan memberikan bobot nilai 1 pada setiap jawaban yang benar. Dinilai kurang baik jika nilai kurang dari median 9 dan dinilai baik jika nilai lebih dari median 9. Hasil penelitian menunjukkan bahwa

responden yang memiliki pengetahuan baik adalah 57,4% lebih besar dibanding dengan yang memiliki pengetahuan kurang yaitu 42,6%.

### 5.2.3 Variabel Psikologi (Motivasi)

Distribusi responden berdasarkan motivasi terlihat pada tabel berikut :

Tabel 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Motivasi

Motivasi	Jumlah	Persentase
Kurang baik	41	38
Baik	67	62
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Analisis motivasi responden didapat dari pertanyaan yang diajukan terdiri dari 6 pertanyaan yang diberi skala 1 – 4 dan dijumlahkan seluruh hasil pertanyaan tentang motivasi, untuk keperluan analisis responden dibuat 2 kategori yaitu motivasi kurang baik dan motivasi baik berdasarkan nilai median. Hasil analisis menunjukkan responden yang mempunyai motivasi baik adalah 62% sedangkan yang mempunyai motivasi kurang baik adalah 38%, artinya sebagian besar bidan di desa memiliki motivasi yang baik dalam mengelola program Desa Siaga.

### 5.2.4 Variabel Organisasi

#### 5.2.4.1 Sarana dan Prasarana Kerja

Hasil analisis sarana dan prasarana kerja dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Sarana dan Prasarana Kerja

Sarana Prasarana	Jumlah	Persentase
Tidak Lengkap	53	49,1
Lengkap	55	50,9
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Hasil analisis sarana dan prasarana kerja dilakukan dengan cara memberi bobot nilai 1 pada setiap sarana dan prasarana kerja yang ada dan dalam kondisi yang baik, kemudian hasil dijumlahkan dari 14 pertanyaan yang diajukan kemudian dikategorikan lengkap dan tidak lengkap berdasarkan nilai median. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki sarana dan prasarana kerja lengkap adalah sebesar 50,9% sedangkan yang memiliki sarana dan prasarana kerja tidak lengkap sebesar 49,1%, dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki sarana dan prasarana kerja lengkap lebih banyak daripada yang tidak lengkap.

#### 5.2.4.2 Supervisi

Distribusi responden berdasarkan supervisi yang dilakukan oleh Kepala Puskesmas atau bidan koordinator atau Dinas Kesehatan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.12 Distribusi Responden Berdasarkan Supervisi

<b>Supervisi</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
Kurang baik	51	47,3
Baik	57	52,8
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Hasil analisis supervisi adalah dengan memberikan bobot nilai 1 pada jawaban ya, yang artinya responden mendapatkan supervisi berkaitan dengan pengelolaan program Desa Siaga oleh Kepala Puskesmas, bidan koordinator atau Dinas Kesehatan. Hasil jawaban kemudian dijumlahkan dan dikategorikan mendapat supervisi baik dan supervisi kurang baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mendapatkan supervisi baik lebih besar yaitu 52,8% dibanding dengan responden yang mendapat supervisi kurang baik yaitu 47,3%.

#### 5.2.4.3 Dukungan Masyarakat

Dukungan masyarakat dalam hal ini adalah dapat perseorangan ataupun organisasi yang ada di masyarakat dimana responden bertugas, distribusi responden yang mendapat dukungan masyarakat terlihat pada tabel berikut :

Tabel 5.13 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Masyarakat

Dukungan	Jumlah	Persentase
Kurang	53	49,1
Baik	55	50,9
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Dukungan masyarakat dikategorikan mendapat dukungan masyarakat baik dan mendapat dukungan masyarakat kurang berdasarkan hasil jawaban responden pada jawaban nomer 1,4,5,6 dengan memberikan bobot nilai 1 pada setiap jawaban ya kemudian dijumlahkan dan dikategorikan berdasarkan nilai median. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mendapat dukungan masyarakat baik adalah 50,9% lebih banyak dibandingkan dengan responden yang mendapat dukungan masyarakat kurang yaitu 49,1%, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan masyarakat yang baik. Bentuk dukungan dalam hal ini adalah peraturan desa yang mengatur pengelolaan program Desa Siaga, dukungan dana serta dukungan perumahan/lahan untuk Poskesdes maupun tempat tinggal.

#### 5.3 Hasil Analisis Bivariat

Pada analisis bivariat dapat dilihat hubungan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah meliputi umur, domisili, pendidikan, status perkawinan, pendidikan, pengetahuan, motivasi, sarana dan prasarana kerja, supervisi dan dukungan masyarakat serta dengan variabel dependen kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga.

Uji statistik yang dilakukan adalah uji beda proporsi dengan *chi Square* untuk melihat hubungan yang bermakna atau tidak bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen pada batas kemaknaan  $\alpha = 0,05$  dengan pengertian apabila  $p\text{-value} = < 0,05$  berarti ada hubungan bermakna, sedangkan apabila  $p\text{-value} = > 0,05$  berarti tidak ada hubungan.

### 5.3.1 Hubungan Umur dengan Kinerja Bidan di Desa

Tabel 5.14 Hubungan Umur dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Variabel	Kinerja Bidan di Desa						P value	OR 95% CI (lower-upper)
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	n	%	N	%		
<b>Umur</b>								
- < 25 tahun	5	55,6	4	44,4	9	100	0,685	1,328 (0,337-5,240)
- $\geq$ 25 tahun	48	48,5	51	51,5	99	100		
<b>Jumlah</b>	53	49,1	55	50,9	108	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang berumur  $\geq 25$  tahun sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 51,5%. Sedangkan responden yang berumur  $< 25$  tahun sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 55,6%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,685$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai OR= 1,328 artinya responden yang berumur  $\geq 25$  tahun akan cenderung memiliki kinerja yang baik 1,328 kali dibandingkan bidan yang berumur  $<25$  tahun.

### 5.3.2 Hubungan Domisili dengan Kinerja Bidan di Desa

Tabel 5.15 Hubungan Domisili dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Variabel	Kinerja Bidan di Desa						P value	OR 95% CI (lower-upper)
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	n	%	N	%		
<b>Domisili</b>								
- Beda	12	60	8	40	20	100	0,404	1,720 (0,640-4,617)
- Sama	41	46,6	47	53,4	88	100		
<b>Jumlah</b>	53	49,1	53	50,9	108	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang tempat tinggalnya sama dengan wilayah kerjanya sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 53,4%. Sedangkan responden yang tempat tinggalnya berbeda dengan wilayah kerjanya sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 60%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value} = 0,404$  ( $p > 0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara domisili dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai  $OR = 1,720$  artinya responden yang tempat tinggalnya sama dengan wilayah kerjanya akan cenderung memiliki kinerja yang baik 1,720 kali dibandingkan bidan yang tempat tinggalnya beda dengan wilayah kerjanya

### 5.3.3 Hubungan Pendidikan dengan Kinerja Bidan di Desa

Tabel 5.16 Hubungan Pendidikan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Variabel	Kinerja Bidan di Desa						P value	OR 95% CI (lower-upper)
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	N	%	N	%		
<b>Pendidikan</b>								
- Kurang	12	63,2	7	36,8	19	100	0,271	2,007 (0,723-5,572)
- Baik	41	46,1	48	53,9	89	100		
<b>Jumlah</b>	53	49,1	55	50,9	108	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang berlatar belakang pendidikan baik sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 53,9%. Sedangkan responden yang berlatar belakang pendidikan kurang sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 63,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,271$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 2,007$  artinya bidan yang berpendidikan baik akan cenderung memiliki kinerja yang baik 2,007 kali dibandingkan bidan yang berpendidikan kurang.

### 5.3.4 Hubungan Status Perkawinan dengan Kinerja Bidan di Desa

Tabel 5.17 Hubungan Status Perkawinan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Variabel	Kinerja Bidan di Desa						P value	OR 95% CI (lower-upper)
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	n	%	N	%		
<b>Status Perkawinan</b>								
- Tidak Menikah/Janda	2	25	6	75	8	100	0,157	0,320 (0,062-1,664)
- Menikah	51	51	49	49	100	100		
<b>Jumlah</b>	53	49,1	55	50,9	108	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang telah menikah sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 51%. Sedangkan responden yang tidak menikah atau janda sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 75%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,157$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai OR= 0,320 artinya bidan yang telah menikah akan cenderung memiliki kinerja yang baik 0,320 kali dibandingkan bidan yang tidak menikah atau janda.



### 5.3.5 Hubungan Lama Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa

Tabel 5.18 Hubungan Lama Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Variabel	Kinerja Bidan di Desa						P value	OR 95% CI (lower-upper)
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	n	%	N	%		
<b>Lama Kerja</b>								
- Baru	23	42,6	31	57,4	54	100	0,248	0,594 (0,277-1,270)
- Lama	30	55,6	24	44,4	54	100		
<b>Jumlah</b>	53	49,1	55	50,9	108	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang telah lama bekerja sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 55,6%. Sedangkan responden yang baru bekerja sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 57,4%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,248$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai  $OR=0,594$  artinya bidan yang telah lama bekerja akan cenderung memiliki kinerja yang baik 0,594 kali dibandingkan bidan yang baru bekerja.

### 5.3.6 Hubungan Pengetahuan dengan Kinerja Bidan di Desa

Tabel 5.19 Hubungan Pengetahuan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Variabel	Kinerja Bidan di Desa						P value	OR 95% CI (lower-upper)
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	n	%	N	%		
<b>Pengetahuan</b>								
- Kurang	22	47,8	24	52,2	46	100	0,977	0,917 (0,427-1,966)
- Baik	31	50	31	50	62	100		
<b>Jumlah</b>	53	49,1	55	50,9	108	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang berpengetahuan baik memiliki kinerja yang baik dan kurang baik yaitu masing-masing sebesar 50%, sedangkan responden yang berpengetahuan kurang sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 52,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,977$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 0,917$  artinya bidan yang berpengetahuan baik akan cenderung memiliki kinerja yang baik 0,917 kali dibandingkan bidan yang berpengetahuan kurang.

### 5.3.7 Hubungan Motivasi dengan Kinerja Bidan di Desa

Tabel 5.20 Hubungan Motivasi dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Variabel	Kinerja Bidan di Desa						P value	OR 95% CI (lower-upper)
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	N	%	N	%		
<b>Motivasi</b>								
- Kurang	22	53,7	19	46,3	41	100	0,584	1,345 (0,617-2,931)
- Baik	31	46,3	36	53,7	67	100		
<b>Jumlah</b>	53	49,1	55	50,9	108	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang bermotivasi baik sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 53,7%. Sedangkan responden yang mempunyai motivasi kurang sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 53,7%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,584$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 1,345$  artinya bidan yang bermotivasi baik akan cenderung memiliki kinerja yang baik 1,345 kali dibandingkan bidan yang bermotivasi kurang.

### 5.3.8 Hubungan Sarana dan Prasarana Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa

Tabel 5.21 Hubungan Sarana dan Prasarana Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Variabel	Kinerja Bidan di Desa						P value	OR 95% CI (lower-upper)
	Kurang		Baik		Total			
	N	%	N	%	N	%		
<b>Sarana Prasarana</b>								
- Tidak Lengkap	34	64,2	19	35,8	53	100	0,004	3,391 (1,539-7,471)
- Lengkap	19	34,5	36	65,5	55	100		
<b>Jumlah</b>	53	49,1	55	50,9	108	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang tempat kerjanya memiliki sarana dan prasarana yang lengkap sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 65,5%. Sedangkan responden yang tempat kerjanya memiliki sarana dan prasarana yang tidak lengkap sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 64,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,004$  ( $p<0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana kerja dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 3,391$  artinya bidan yang memiliki sarana dan prasarana lengkap akan cenderung memiliki kinerja yang baik 3,391 kali dibandingkan bidan yang memiliki sarana dan prasarana yang tidak lengkap.

### 5.3.9 Hubungan Supervisi dengan Kinerja Bidan di Desa

Tabel 5.22 Hubungan Supervisi dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Variabel	Kinerja Bidan di Desa						P value	OR 95% CI (lower-upper)
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	N	%	N	%		
<b>Supervisi</b>								
- Kurang	29	56,9	22	43,1	51	100	0,181	1,813 (0,844-3,891)
- Baik	24	42,1	33	57,9	57	100		
<b>Jumlah</b>	53	49,1	55	50,9	108	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang mendapatkan supervisi yang baik sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 57,9%, sedangkan responden yang mendapatkan supervisi yang kurang sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 56,9%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,181$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai OR= 1,813 artinya bidan yang mendapat supervisi baik akan cenderung memiliki kinerja yang baik 1,813 kali dibandingkan bidan yang mendapat supervisi kurang.

### 5.3.10 Hubungan Dukungan Masyarakat dengan Kinerja Bidan di Desa

Tabel 5.23 Hubungan Dukungan Masyarakat dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Variabel	Kinerja Bidan di Desa						P value	OR 95% CI (lower-upper)
	Kurang		Baik		Total			
	n	%	N	%	N	%		
<b>Dukungan Masyarakat</b>								
- Kurang	36	67,9	17	32,1	53	100	0,0005	4,734 (2,101-10,664)
- Baik	17	30,9	38	69,1	55	100		
<b>Jumlah</b>	53	49,1	55	50,9	108	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang mendapatkan dukungan masyarakat yang baik sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 69,1%, sedangkan responden yang mendapatkan dukungan masyarakat kurang sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 67,9%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,0005$  ( $p<0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan masyarakat dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai OR= 4,734 artinya bidan yang mendapat dukungan baik akan cenderung memiliki kinerja yang baik 4,734 kali dibandingkan bidan yang mendapat dukungan kurang.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dibahas mengenai keterbatasan dalam melaksanakan penelitian yang dilanjutkan mengenai pembahasan hasil penelitian.

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, yaitu :

##### **1. Pengumpulan Data**

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 110 bidan di desa serta menyebar di seluruh wilayah Kabupaten Kebumen, mengingat keterbatasan waktu maka proses pengumpulan data dilakukan dengan cara bekerjasama dengan bidan koordinator di 35 puskesmas, kuesioner dititipkan kepada bidan koordinator untuk diisi oleh bidan di desa yang terpilih menjadi sampel. Hal tersebut menjelaskan bahwa peneliti tidak datang langsung ke desa tempat responden bertugas, maka cara ini mempunyai kelemahan karena hanya berdasarkan pengakuan dan tidak melihat secara langsung data maupun kegiatan yang ada di wilayah kerja responden, untuk mengurangi kesalahan maka peneliti melakukan *cross check* dengan bidan koordinator juga data yang ada di bagian Kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.

##### **2. Kualitas Data Penelitian**

Pada pengumpulan data primer terdapat beberapa keterbatasan misalnya data yang diperoleh dari kuesioner yang dibagikan kepada responden hasil jawabannya sangat subyektif karena berdasarkan apa yang diingat oleh responden dan tergantung dari kejujuran responden serta dalam menjawab pertanyaan pengisian kuesioner yang kurang benar dapat disebabkan karena tidak sengaja yaitu kurangnya pemahaman terhadap petunjuk pengisian kuesioner maupun pertanyaan itu sendiri. Pengisian kuesioner yang kurang benar dapat disengaja karena adanya perasaan takut, khawatir akan berpengaruh terhadap prestasi bidan di desa sebagai

pegawai juga perasaan malu sehingga akan menyebabkan kemungkinan bias terhadap hasil yang didapat. Upaya untuk mengurangi hal tersebut dengan memberi pemahaman pada responden dengan menulis pernyataan di kuesioner bahwa data yang diberikan hanya untuk kepentingan penelitian semata dan tidak mempengaruhi nama baik responden sebagai pegawai.

### 3. Penilaian kinerja

Penilaian kinerja berdasarkan pengisian kuesioner oleh responden, hal ini dimungkinkan validitasnya rendah, penilaian kinerja yang tepat adalah menggunakan sistem penilaian 360 derajat (atau 360 *degree feedback*). Seperti namanya, proses ini mencakup penilaian dari beragam titik, yakni penilaian dari diri sendiri, dari atasannya, kemudian dari dua rekan kerjanya, serta juga penilaian dari bawahan (bagi karyawan yang punya bawahan). Dengan penilaian dari beragam sumber ini, maka diharapkan akan muncul gambaran yang lebih obyektif mengenai aspek kinerja dan kompetensi dari karyawan tersebut.

## 6.2 Pembahasan Hasil Penelitian

### 6.2.1 Kinerja Bidan di Desa

Kinerja mempunyai makna luas, bukan hanya menyatakan sebagai hasil kerja, tetapi juga bagaimana proses kerja berlangsung, kinerja adalah tentang apa yang dikerjakan dan bagaimana cara mengerjakannya (Armstrong dan Baron, 1998 : 15 dalam Wibowo, 2010). Kinerja bidan di desa sesuai dengan definisi operasional dalam penelitian ini adalah kegiatan yang dikerjakan oleh bidan di desa sesuai dengan kompetensi bidan dalam pengembangan Desa Siaga (memfasilitasi pelaksanaan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan, membimbing pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan kesehatan sehari-hari dan bencana, membimbing masyarakat dalam menghadapi bencana/*Safe Community*, melaksanakan pelayanan kesehatan dasar) (Depkes RI, 2006)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari responden yang berjumlah 108 bidan di desa, sebanyak 55 bidan di desa (50,9 %) memiliki kinerja yang baik, sedangkan sebanyak 53 bidan di desa (49,1%) memiliki kinerja yang kurang. Itu artinya bidan di desa yang memiliki kinerja yang baik lebih banyak dari yang memiliki kinerja yang kurang dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Dalam hal pengembangan program Desa Siaga seharusnya seluruh bidan di desa (100%) memiliki kinerja yang baik yg artinya semua bidan di desa melakukan kegiatan pengembangan Desa Siaga sehingga Desa/Kelurahan Siaga Aktif mudah terwujud.

Kinerja bidan di desa yang baik juga di tunjukkan pada penelitian Surani (2007) bahwa kinerja bidan di desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan kategori baik lebih banyak (55,22%) daripada yang berkinerja kurang baik yaitu 44,78%. Kinerja bidan di desa juga di nilai baik berdasarkan penelitian Guswanti (2008) bahwa sebanyak 53,7% bidan di desa memiliki kinerja yang baik serta 46,3% memiliki kinerja yang kurang dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir.

Di sisi lain dari beberapa penelitian yang menyebutkan bahwa kinerja bidan di desa dinilai kurang baik yaitu pada penelitian yang dilakukan oleh Harswati (2011) di Wonosobo bahwa ada 73,3% bidan di desa yang memiliki kinerja kurang, penelitian oleh Hermita (2011) juga menyimpulkan bahwa bidan di desa sebanyak 54,93% mempunyai kinerja jelek dalam pelaksanaan kunjungan nifas di Kota Pariaman, Sumatera Barat dan penelitian Kristinawati (2011) yang menyatakan ada 69,3% bidan desa memiliki kinerja yang kurang di Kabupaten Bantul.

Menurut Sutisna (2009) salah satu tugas dan tanggungjawab bidan di desa adalah mengelola Program Desa Siaga, yang tidak saja dapat memberikan pelayanan kesehatan namun juga mampu bersama 2 (dua) kader melakukan fasilitasi dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan (Depkes RI, 2007). Menurut pendapat peneliti bahwa tanggung jawab bidan di desa mengelola program Desa Siaga memang bukan merupakan tugas pokok dari bidan di desa akan tetapi bidan di desa juga harus melaksanakan tanggung jawab tersebut



sebaik-baiknya sebab memiliki sebuah sumber bahwa di samping tugas pokoknya bidan melaksanakan tugas lain yang diberikan atasannya sesuai dengan program pemerintah, pendidikan serta pelatihan yang didapatnya (Depkes RI, 1994) sedangkan telah diketahui bahwa program Desa Siaga adalah salah satu program pemerintah. Keberhasilan pengembangan program Desa Siaga juga sangat membantu target-target cakupan yang harus dicapai oleh bidan di desa.

Bidan di desa diharapkan mempunyai kinerja yang baik dengan melaksanakan kegiatan dalam rangka pengembangan Desa Siaga sesuai dengan kompetensinya dalam pengembangan Desa Siaga yaitu harus mampu (1) Memfasilitasi pelaksanaan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan (2) Membimbing pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan kesehatan sehari-hari dan bencana (3) Membimbing masyarakat dalam menghadapi bencana (*Safe Community*) (4) Melaksanakan pelayanan kesehatan dasar (Depkes RI, 2006)

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan di desa yang memiliki kinerja baik adalah lebih besar dibanding dengan bidan di desa yang memiliki kinerja kurang, akan tetapi perbedaannya tidak jauh yaitu hanya 2 orang (1,8 %), hal itu memperlihatkan bahwa masih cukup banyak bidan di desa yang memiliki kinerja kurang dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Kenyataan itu seharusnya mendorong pihak-pihak terkait seperti Dinas Kesehatan, puskesmas dan bidan di desa sendiri untuk melakukan upaya agar kinerja bidan di desa dapat meningkat dikaitkan dengan hasil penelitian ini bahwa faktor yang berhubungan dengan kinerja adalah sarana prasarana kerja serta dukungan masyarakat/desa.

## **6.2.2 Hasil Analisis Faktor Individu dengan Kinerja Bidan di Desa**

### **6.2.2.1 Hubungan Umur dengan Kinerja Bidan di Desa**

Distribusi responden pada kategori umur  $\geq 25$  tahun (91,7%) lebih banyak jika dibandingkan yang berumur  $< 25$  tahun (8,3%). Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang berumur  $\geq 25$  tahun sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 51,5%. Sedangkan responden yang berumur  $< 25$  tahun

sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 55,6%. Menurut Muklas (1994) dalam Hernawati (2006) umur menunjukkan kematangan dan stabilnya kepribadian dengan batas 25 tahun.

Ada kecenderungan bidan di desa yang berumur muda atau  $< 25$  tahun lebih banyak yang memiliki kinerja kurang baik dan bidan di desa yang berumur  $\geq 25$  tahun lebih banyak yang memiliki kinerja baik dalam mengelola program Desa Siaga, hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa pada dasarnya semakin bertambah usia seseorang akan bertambah kedewasaannya dan semakin banyak menyerap informasi yang akan mempengaruhi kinerjanya (Gibson dalam Ilyas, 1999)

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,685$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 1,328$  artinya bidan yang berumur  $\geq 25$  tahun akan cenderung memiliki kinerja yang baik 1,328 kali dibandingkan bidan yang berumur  $< 25$  tahun. Tidak bermaknanya umur dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen dimungkinkan karena jumlah responden sebagian besar berumur lebih dari 25 tahun sehingga tidak bervariasi, telah diketahui bahwa perekrutan bidan di desa, baik yang berstatus Pegawai Negeri Sipil maupun yang Pegawai Tidak Tetap adalah berdasarkan minat bidan sendiri untuk mendaftar. Pendidikan bidan minimal saat ini adalah Diploma III Kebidanan sehingga saat lulus telah berusia kurang lebih 22-23 tahun. Berbeda dengan penempatan bidan di desa pada awal program bahwa perekrutan bidan di desa adalah ikatan dinas, bidan yang lulus Program Pendidikan Bidan (Diploma I Kebidanan) yang berumur kurang lebih 19-21 tahun langsung di tempatkan sebagai bidan di desa yang pada awal penempatan bidan di desa adalah berstatus Pegawai Negeri Sipil, mulai tahun 1994 berstatus Pegawai Tidak Tetap. Uraian tersebut menggambarkan bahwa bidan di desa saat ini kebanyakan berumur lebih dari 25 tahun.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Surani (2007) bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kinerja bidan desa

pelaksana PKD di Kabupaten Kendal juga penelitian oleh Kristinawati (2011) bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Bantul. Berbeda dengan hasil penelitian Guswanti (2008) yang menyatakan ada hubungan umur dengan kinerja bidan desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir, Sumatera Selatan.

Teori yang menyebutkan bahwa umur berhubungan dengan kinerja seseorang diungkapkan oleh Robbins (2008) yang menyatakan bahwa hubungan antara usia dan kinerja pekerjaan kemungkinan akan menjadi masalah lebih penting selama dekade mendatang, terdapat kepercayaan yang luas bahwa kinerja pekerjaan menurun seiring bertambahnya usia. Telah diketahui pula bahwa terdapat korelasi antara kepuasan kerja dengan usia seorang karyawan, artinya kecenderungan yang sering terlihat ialah bahwa semakin lanjut usia karyawan tingkat kepuasan kerjanya pun biasanya semakin tinggi (Siagian, 2008)

#### **6.2.2.2 Hubungan Domisili dengan Kinerja Bidan di Desa**

Dari 108 orang bidan di desa, sebanyak 88 orang atau 81,5 % berdomisili di wilayah kerjanya dan sebanyak 20 orang atau 18,5 % berdomisili berbeda dengan wilayah kerjanya, itu artinya bahwa sebagian besar bidan di desa berdomisili sama dengan wilayah kerjanya. Hasil penelitian Istiarti (1998) di Kabupaten Semarang menyatakan dari 30 responden 80 % sudah menetap dan bertempat tinggal di wilayah desa, sedangkan yang tempat tinggalnya di luar desa sebanyak 20 persen. Hal itu sesuai dengan literatur yang menyebutkan bahwa bidan di desa adalah bidan yang ditempatkan, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya (Depkes RI, 1994). Alasan bidan di desa harus bertempat tinggal di wilayah kerjanya yaitu bidan di desa akan lebih mudah memberikan pelayanan dibandingkan dengan bidan di desa yang tinggal di luar wilayah desa tempat di tugaskan (Guswanti, 2008)

Bidan di desa yang berdomisili sama dengan wilayah kerjanya sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu 53,4 %, sedangkan bidan di desa yang berdomisili berbeda dengan wilayah kerjanya lebih banyak yang memiliki kinerja kurang baik yaitu sebanyak 60 %. Menurut pendapat peneliti berkaitan dengan

program Desa Siaga, bidan di desa harus bertempat tinggal di wilayah kerjanya karena bidan di desa harus memberikan pelayanan kesehatan dasar setiap hari di Poskesdes juga memberikan pelayanan kegawatdaruratan dan bencana setiap saat bila diperlukan, hal itu sesuai dengan teori yang menuliskan bahwa tenaga kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan di Poskesdes minimal seorang bidan serta diharapkan tenaga kesehatan yang akan membantu Poskesdes berdomisili di desa/kelurahan setempat (Depkes RI, 2007) sebab bidan diharapkan bisa menjadi ujung tombak di desa-desa Indonesia sehingga para bidan seharusnya memahami bahwa area kerja mereka adalah di desa (Sinar Kesehatan, 2008)

Hasil analisis menggunakan uji *chi-square* diperoleh nilai *p-value* = 0,404 ( $p > 0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara domisili dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai OR= 1,720 artinya bidan yang tempat tinggalnya sama dengan wilayah kerjanya akan cenderung memiliki kinerja yang baik 1,720 kali dibandingkan bidan yang tempat tinggalnya beda dengan wilayah kerjanya.

Tidak adanya hubungan domisili dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen disebabkan karena sebagian responden telah berdomisili di wilayah kerjanya sehingga data yang diperoleh tidak bervariasi. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Erlina (2011) bahwa tempat tinggal bidan di desa tidak berhubungan dengan kinerjanya, juga penelitian oleh Hermita (2011) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tempat tinggal dengan kinerja bidan di desa dalam pelaksanaan kunjungan nifas. Penelitian dengan hasil berbeda ditunjukkan oleh Kristinawati (2011) bahwa ada hubungan antara tempat tinggal dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Bantul, Yogyakarta. Teori yang mendukung bahwa tempat tinggal atau domisili merupakan faktor demografi yang mempengaruhi kinerja seseorang di kemukakan oleh Gibson (1996) dikutip dalam Guswanti (2008)

### 6.2.2.3 Hubungan Pendidikan dengan Kinerja Bidan di Desa

Hasil analisis menunjukkan mayoritas responden berpendidikan terakhir lebih tinggi dari Diploma I Kebidanan yaitu sebanyak 89 orang atau 82,4 %, di sisi lain responden yang berpendidikan Diploma I Kebidanan adalah 19 orang atau 17,6 %. Hasil tersebut memperlihatkan bahwa mayoritas responden pendidikannya telah sesuai dengan Permenkes RI No 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.

Mayoritas bidan di desa yang telah memiliki pendidikan lebih tinggi dari Diploma I Kebidanan didorong oleh kebijakan yang di keluarkan oleh organisasi Ikatan Bidan Indonesia Cabang Kebumen bahwa mulai tahun 2012 bagi bidan yang belum berpendidikan Diploma III Kebidanan tidak diperbolehkan mengurus Surat Ijin Praktek Bidan (SIPB), akan tetapi secara kedinasan di Kabupaten Kebumen bidan di desa yang berpendidikan Diploma I Kebidanan masih dianggap layak untuk menjadi bidan pelaksana.

(Sofyan *et al*, 2001) upaya yang bertujuan meningkatkan kinerja bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas yang dilakukan IBI adalah senantiasa berjalan bersama dan mendukung berbagai program pemerintah, mendukung pendidikan formal program DIII dan DIV kebidanan yang dirancang dan diselenggarakan oleh pemerintah, melaksanakan pendidikan non formal melalui program pelatihan, magang, semiloka/lokakarya serta mengembangkan program mentorship dimana bidan senior membimbing bidan junior dalam konteks profesionalisme kebidanan. Di sisi lain masih ada bidan di desa yang berpendidikan Diploma I Kebidanan di Kabupaten Kebumen, namun saat ini sebagian besar bidan yang berpendidikan Diploma I sedang dalam masa pendidikan Diploma III Kebidanan sebab program pendidikan bidan di desa yang dilakukan hanya dalam waktu satu tahun dirasakan masih kurang untuk memberikan bekal ketrampilan kepada bidan dengan fungsi dan peran bidan yang cukup besar (Widayatun, 1999)

Dengan kualifikasi pendidikan bidan minimal adalah Diploma III Kebidanan harapannya bidan di desa lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan, sesuai dengan pendapat Mangkunegara (2008) yang menuliskan

**Universitas Indonesia**

bahwa dengan pendidikan yang memadai untuk suatu jabatan dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan.

Pendapat Mangkunegara tersebut juga didukung oleh pendapat Siagian (2008) yang menyebutkan bahwa secara umum dapat dikatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang dan pelatihan yang pernah diikutinya mencerminkan kemampuan intelektual dan jenis ketrampilan yang dimiliki oleh orang yang bersangkutan, namun masih menurut Siagian (2008) bahwa tidak mustahil seseorang yang sesungguhnya memiliki tingkat kemampuan intelek yang cukup tinggi tidak mengecap pendidikan yang tinggi.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,271$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai  $OR=2,007$  artinya bidan yang berpendidikan baik akan cenderung memiliki kinerja yang baik 2,007 kali dibandingkan bidan yang berpendidikan kurang. Tidak adanya perbedaan kinerja dalam mengelola Desa Siaga pada bidan di desa yang berpendidikan Diploma I Kebidanan dan yang berpendidikan lebih tinggi dari Diploma I Kebidanan dimungkinkan karena bidan di desa yang berpendidikan Diploma I Kebidanan sudah pernah mengikuti pelatihan Desa Siaga maupun pelatihan bidan pengelola poskesdes sehingga walaupun belum menempuh pendidikan Diploma III Kebidanan namun pemahaman tentang mengelola program Desa Siaga telah cukup.

Hasil tersebut mendukung penelitian yang dilakukan oleh Yatino (2005) bahwa tidak ada hubungan pendidikan dengan kinerja bidan di desa hubungannya dengan keberhasilan program perbaikan gizi dan kesehatan di Lampung Barat juga sejalan dengan penelitian Hermita (2011) di Kota Pariaman dan Kristinawati (2011) di Kabupaten Bantul.

#### 6.2.2.4 Hubungan Status Perkawinan dengan Kinerja Bidan di Desa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bidan di desa yang menjadi responden sebagian besar telah menikah yaitu sebanyak 100 orang atau 92,6% dan 8 orang atau 7,4 % tidak menikah/janda. Perkawinan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting, dengan jumlah responden mayoritas telah menikah dapat diartikan bahwa mayoritas bidan di desa di Kabupaten Kebumen selayaknya menganggap bahwa mengelola program Desa Siaga adalah hal yang penting.

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan di desa yang telah menikah sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 51%. Sedangkan bidan di desa yang tidak menikah atau janda sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 75%. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa bidan di desa yang telah menikah mayoritas memiliki kinerja yang kurang baik, hal itu sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa individu memasuki organisasi dengan karakteristik utuh tertentu yang akan mempengaruhi perilaku mereka di tempat kerja, karakteristik yang paling jelas adalah karakteristik pribadi atau karakteristik yang berkaitan dengan biografi, seperti usia, gender dan status marital (Robbins, 2008)

Hasil analisis juga memperlihatkan nilai  $OR = 0,320$  artinya bidan yang telah menikah akan cenderung memiliki kinerja yang baik 0,320 kali dibandingkan bidan yang tidak menikah atau janda, sejalan dengan teori yang menyebutkan bahwa karyawan yang berstatus kawin ternyata lebih sedikit angka absen kerjanya, lebih jarang pindah kerja dan lebih mengekspresikan kepuasan kerja. Hal ini mungkin karena perkawinan itu menuntut tanggung jawab keluarga yang lebih besar, sehingga peningkatan posisi dalam pekerjaan menjadi sangat penting (Mangkunegara, 2006 di kutip dalam Surani, 2007)

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value} = 0,157$  ( $p > 0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Peneliti berasumsi bahwa tidak bermaknanya status perkawinan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola

program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen dikarenakan bidan di desa yang telah menikah lebih disibukkan oleh urusan rumah tangga seperti mengurus anak misalnya sehingga bidan di desa kurang memiliki waktu untuk melakukan kegiatan yang berkaitan dengan pengembangan Desa Siaga yang dianggap bukan sebagai tugas pokok. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Surani (2007) tentang Analisis Karakteristik Individu dan Faktor Intrinsik yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Pelaksana Poliklinik Kesehatan Desa dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007 serta penelitian Kristinawati (2011) bahwa status perkawinan tidak berhubungan dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Bantul, Yogyakarta.

Berbeda dengan penelitian oleh Haslinda (1994) dalam Ilyas (2002) di Kabupaten Subang, Jawa Barat yang menunjukkan adanya hubungan antara variabel individu (umur, status perkawinan, asal) dengan prestasi kerja bidan desa yang didukung oleh penelitian Hartita (2010) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan antara status perkawinan dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Bogor.

#### **6.2.2.5 Hubungan Lama Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama kerja bidan di desa yang menjadi responden di Kabupaten Kebumen didapatkan masing-masing sama antara yang mempunyai lama kerja baru dan lama kerja lama yaitu 54 orang atau 50%. Yang dimaksud memiliki lama kerja baru adalah yang lama kerja menjadi bidan di desa adalah kurang atau sama dengan 59 bulan, sedangkan yang dimaksud memiliki lama kerja lama adalah yang lama kerja menjadi bidan di desa lebih dari 59 bulan berdasarkan hasil penghitungan median dari seluruh umur responden.

Hasil analisis menyimpulkan bahwa bidan di desa yang telah lama bekerja sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 55,6%, sedangkan bidan di desa yang baru bekerja sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 57,4%. Hasil tersebut dapat diartikan bahwa bidan di desa yang telah lama bekerja justru memiliki kinerja yang kurang baik, hal itu bertentangan dengan



pendapat Robbins (2008) yang menyatakan adanya hubungan positif antara senioritas dan produktifitas pekerjaan juga pendapat Green dan Kreuter (2005) yang menyebutkan lama kerja seseorang berkaitan erat dengan pengalaman kerja yang merupakan bekal yang sangat baik untuk memperbaiki kinerja seseorang, dengan demikian semakin lama seseorang melakukan suatu pekerjaan maka semakin banyak pengalaman yang dapat dijadikan pedoman untuk memperbaiki kinerjanya.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,248$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Ketidakbermaknaan tersebut dapat disebabkan karena bidan di desa yang memiliki lama kerja yang telah lama justru jenuh dengan rutinitas yang harus dilakukan sebagai bidan di desa. Hasil tersebut tidak mendukung pendapat bahwa kinerja personel kesehatan berhubungan dengan faktor-faktor jenis tenaga, lama kerja, pendidikan tambahan dan motivasi (Ilyas, 2002) serta hasil penelitian oleh Hutapea (2006) bahwa ada hubungan antara variabel lama kerja dengan kompetensi bidan dan penelitian Setiadi (2000) bahwa ada hubungan yang signifikan antara lama kerja dengan kinerja bidan di desa dalam penemuan kasus ISPA di Kabupaten Tasikmalaya.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya oleh Yatino (2005) bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja bidan desa dalam keberhasilan perbaikan gizi dan kesehatan di Lampung Barat yang juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Erlina (2011) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan lama kerja dengan kinerja bidan di desa dalam pencapaian target cakupan K4 di Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah.

#### **6.2.2.6 Hubungan Pengetahuan dengan Kinerja Bidan di Desa**

Dari 108 responden ternyata yang mempunyai pengetahuan baik tentang pengelolaan program Desa Siaga lebih banyak yaitu 62 orang atau 57,4 % dibanding dengan bidan di desa yang memiliki pengetahuan kurang baik yaitu 46 orang atau 42,6 %. Pengetahuan yang baik tentang pengelolaan program Desa

Siaga diharapkan akan mendukung bidan di desa secara bertahap mengembangkan wilayah kerjanya menjadi Desa/Kelurahan Siaga Aktif, seperti yang disebutkan Notoatmodjo (2007) bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan di desa yang berpengetahuan baik memiliki kinerja yang baik dan kurang baik yaitu masing-masing sebesar 50%. Hal ini menunjukkan bahwa tidak semua bidan di desa yang memiliki pengetahuan yang baik tentang pengelolaan program Desa Siaga memiliki kinerja yang baik pula walaupun menurut pendapat Mangkuprawira (2011) pengetahuan merupakan sebuah derajat di mana karyawan disyaratkan untuk mengetahui secara teknis apa yang dikerjakannya. Adapun bidan di desa yang berpengetahuan kurang namun sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 52,2% di mungkinkan karena bidan di desa tersebut telah cukup pengalaman dalam menjalankan tugas, menurut teori Gibson (1995) salah satu yang dapat mempengaruhi kinerja individu adalah pengalaman, apabila pengalaman individu makin banyak maka akan semakin tinggi pula kinerjanya.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,977$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Menurut peneliti hal tersebut terjadi, walaupun bidan di desa secara teknis memiliki pengetahuan tentang pengelolaan Desa Siaga artinya mengetahui apa yang harus dikerjakan namun belum semua mengerjakan apa yang diketahuinya atau mungkin ada faktor lain yang mempengaruhi kinerja seperti sebuah teori yang disampaikan oleh Robert L.Mathis dan John H. Jackson dalam Hafizzuracman (2009) yang tidak mencantumkan pengetahuan sebagai faktor yang mempengaruhi kinerja. Kecenderungan tersebut mendukung penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Andrian (2008) bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kinerja bidan di desa dalam melakukan otopsi verbal maternal di Kabupaten Bogor juga penelitian Hermita (2011) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang

bermakna antara pengetahuan dengan kinerja bidan di desa dalam pelaksanaan kunjungan nifas di Kota Pariaman, Sumatera Barat.

Hasil penelitian tersebut tidak sejalan dengan hasil penelitian Kristinawati (2011) yang menyimpulkan ada hubungan antara pengetahuan dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Bantul dan penelitian Setiadi (2000) bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang sangat erat dengan kinerja bidan di desa dalam penemuan Kasus ISPA di Kabupaten Tasikmalaya.

Selain itu, diketahui nilai  $OR = 0,917$  artinya bidan yang berpengetahuan baik akan cenderung memiliki kinerja yang baik 0,917 kali dibandingkan bidan yang berpengetahuan kurang. Hasil penelitian Guswanti (2008) di Kabupaten Ogan Ilir menyebutkan bidan yang mempunyai pengetahuan kurang mempunyai peluang 3,327 kali untuk mempunyai kinerja kurang dibanding bidan yang pengetahuan baik. Hasil penelitian Kristinawati (2011) menyatakan responden pada kelompok yang mempunyai pengetahuan kurang 13,2 kali untuk berkinerja kurang dibandingkan dengan yang mempunyai pengetahuan baik. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan yang baik memang penting dimiliki oleh bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen, peningkatan pengetahuan dapat dilakukan dengan kegiatan refreshing tentang materi program Desa Siaga.

### **6.2.3 Hasil Analisis Faktor Psikologi (Motivasi) dengan Kinerja Bidan di Desa**

Motif atau motivasi berasal dari kata latin *movere* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku, oleh sebab itu motivasi adalah suatu alasan (reasoning) seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya (Notoatmodjo, 2009). Hasil penelitian memperlihatkan bahwa bidan di desa yang memiliki dorongan untuk mengembangkan program Desa Siaga di wilayah kerjanya adalah lebih banyak yaitu sebanyak 67 orang atau 62 % dibanding yang tidak memiliki dorongan untuk mengembangkan Desa Siaga di wilayah kerjanya yaitu 41 orang atau 38 %.

Motivasi bidan di desa yang baik diperlukan dalam pengelolaan program Desa Siaga sebab dengan adanya motivasi akan mendorong bidan di desa melakukan upaya agar wilayah kerjanya menjadi Desa/Kelurahan Siaga Aktif. Menurut Siagian (2008) motivasi yang tepat para karyawan akan terdorong untuk berbuat semaksimal mungkin dalam melaksanakan tugasnya karena meyakini bahwa dengan keberhasilan organisasi mencapai tujuan dan berbagai sasarnya, kepentingan-kepentingan pribadi para anggota organisasi tersebut akan terpelihara pula.

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan di desa yang bermotivasi baik sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 53,7%, sedangkan bidan di desa yang mempunyai motivasi kurang sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 53,7%. Hasil analisis tersebut sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Sutisna (2009) bahwa motivasi dapat digunakan sebagai strategi untuk meningkatkan kinerja pegawai Puskesmas, sebab efektifitas kinerja pegawai antara lain tergantung pada motivasinya.

Wibowo (2010) menyatakan bahwa motivasi adalah keinginan untuk bertindak walaupun hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,584$  ( $p>0,05$ ) yang artinya  $H_0$  gagal ditolak dan memperlihatkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen akan tetapi menurut Stoner dalam Notoatmodjo (2009) bahwa motivasi adalah merupakan faktor yang berpengaruh dalam kinerja seorang karyawan atau tenaga kerja. Tidak bermaknanya motivasi dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen menurut pendapat peneliti disebabkan karena tidak adanya reward bagi bidan di desa yang telah mewujudkan wilayah kerjanya menjadi Desa/Kelurahan Siaga Aktif dan juga pendapat bidan di desa bahwa kinerja mereka dalam mengembangkan Desa Siaga tidak akan mempengaruhi gaji yang diterima karena baik yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) maupun yang Pegawai Tidak Tetap (PTT) mendapatkan gaji sesuai dengan peraturan yang telah ada.

Kecenderungan tidak adanya hubungan antara motivasi dengan kinerja bidan di desa juga ditunjukkan pada penelitian yang dilakukan oleh Yatino (2005)

juga penelitian oleh Rahayu (2008) yang menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi kinerja antara bidan di desa yang mempunyai motivasi kurang dengan bidan di desa yang mempunyai motivasi baik dalam pelayanan antenatal di Kabupaten Karawang. Berbeda dengan hasil penelitian Hermita (2011) yang menyatakan ada hubungan yang signifikan antara motivasi dengan kinerja bidan di desa dalam pelaksanaan kunjungan nifas di Kota Pariaman, Sumatera Barat dan hasil penelitian Surani (2007) yaitu ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kinerja bidan desa pelaksana Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) di Kabupaten Kendal.

Selain itu, diketahui nilai  $OR = 1,345$  artinya bidan yang bermotivasi baik akan cenderung memiliki kinerja yang baik 1,345 kali dibandingkan bidan yang bermotivasi kurang, bidan di desa yang memiliki motivasi yang baik akan berusaha melakukan tindakan agar wilayah kerjanya menjadi Desa/Kelurahan Siaga Aktif sesuai dengan teori yang menyatakan motivasi sebagai suatu kondisi yang menggerakkan manusia kearah suatu tujuan tertentu (Fillmore H. Stanford 1969 dalam Mangkunegara, 2009)

#### **6.2.4 Hasil Analisis Faktor Organisasi dengan Kinerja Bidan di Desa**

##### **6.2.4.1 Hubungan Sarana dan Prasarana Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa**

Sarana dan prasarana merupakan sumber daya non manusia yang dibutuhkan dan digunakan oleh manajemen untuk menghasilkan barang dan/atau jasa (Sutisna, 2009). Hasil analisis memperlihatkan bahwa bidan di desa yang memiliki sarana dan prasarana kerja yang lengkap lebih banyak yaitu sebanyak 55 orang atau 50,9 % dibanding yang memiliki sarana dan prasarana kerja kurang lengkap yaitu 53 orang atau 49,1 %.

Memang selainnya bidan di desa memiliki sarana dan prasarana kerja yang lengkap untuk mendukung kinerjanya, seperti yang tertulis dalam literatur yaitu pelaksanaan tugas puskesmas harus didukung oleh sumber daya yang mencukupi, dukungan dana operasional, peralatan kerja seperti alat kesehatan, obat-obatan, vaksin dan sebagainya bertujuan untuk meningkatkan kinerja pegawai dan

memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan memuaskan pelanggan (Sutisna, 2009). Bidan di desa yang mengelola Poskesdes seharusnya memiliki sarana dan prasarana kerja yang lengkap seperti teori yang menyebutkan bahwa dalam penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa diperlukan tempat pelayanan serta pelaksanaan pelayanan kesehatan di dalam Poskesdes diperlukan ruangan dan gedung Poskesdes, peralatan (peralatan medis dan peralatan non medis) dan obat-obatan (Depkes RI, 2007) sarana komunikasi (telepon, ponsel atau kurir) (Depkes RI, 2006)

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan di desa yang tempat kerjanya memiliki sarana dan prasarana kerja yang lengkap sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 65,5%, sedangkan bidan di desa yang tempat kerjanya memiliki sarana dan prasarana yang tidak lengkap sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 64,2%, dari 14 sarana prasarana kerja yang perlu menjadi perhatian adalah kepemilikan bidan kit. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa dari 108 bidan di desa hanya 63,9% yang memiliki bidan kit droping dari pemerintah sedangkan 36,1% memiliki bidan kit dengan membeli sendiri, sebagai bidan di desa bidan kit merupakan peralatan yang mutlak diperlukan untuk melaksanakan tugas pokok dalam menolong persalinan. Pendapat Green dan Kreuter (2005) seperti yang dikutip dalam Guswanti (2008) kelengkapan alat merupakan kebutuhan vital bagi bidan di desa dalam melaksanakan tugasnya, bantuan dan dukungan alat yang lengkap akan berakibat pada peningkatan kinerja.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,004$  ( $p<0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana kerja dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Diketahui nilai  $OR= 3,391$  artinya bidan yang memiliki sarana dan prasarana kerja lengkap akan cenderung memiliki kinerja yang baik 3,391 kali dibandingkan bidan di desa yang memiliki sarana dan prasarana kerja yang tidak lengkap.

Tetelepta (2011) menyebutkan program Desa Siaga belum terlaksana maksimal, salah satunya disebabkan ketersediaan sarana dan prasarana masih bergantung pada bantuan pemerintah. Hasil penelitian ini juga mendukung

penelitian yang dilakukan oleh Setiawan (2007) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara peralatan dengan kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan, begitu pula penelitian Andrian (2008) yang menyatakan bahwa ketersediaan sarana secara statistik berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam melakukan otopsi verbal maternal di Kabupaten Bogor. Berbeda dengan hasil penelitian oleh Rumisis (2003) yang menjelaskan bahwa sarana dan prasarana tidak mempengaruhi kinerja bidan di desa Kabupaten Indragiri Hilir. Begitu pula penelitian oleh Hartita (2010) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Bogor.

#### **6.2.4.2 Hubungan Supervisi dengan Kinerja Bidan di Desa**

Supervisi menurut definisi operasional dalam penelitian ini adalah kunjungan terhadap bidan di desa yang dilakukan oleh Kepala Puskesmas atau bidan koordinator atau Dinas Kesehatan Kabupaten untuk memberikan arahan cara mengatasi masalah dan melakukan rencana perbaikan dalam pengembangan Desa Siaga. Penelitian menunjukkan bidan di desa yang mendapatkan supervisi yang baik yaitu sebanyak 57 orang atau 52,8 % lebih banyak bila dibanding yang mendapatkan supervisi kurang baik ada sebanyak 51 orang atau 47,3 %. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa bidan di desa yang mendapatkan supervisi yang baik sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 57,9%, sedangkan bidan di desa yang mendapatkan supervisi yang kurang sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 56,9%.

Menurut pendapat peneliti adalah wajar jika bidan di desa yang tidak mendapatkan supervisi berkinerja kurang baik mengingat supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Azwar, 1980) artinya bidan di desa yang mendapat supervisi yang baik akan terbantu dalam memecahkan masalah sehingga akan mudah dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Menurut beberapa sumber, supervisi atau

monitoring dan evaluasi dalam rangka pengembangan Desa Siaga dilakukan oleh Dinas Kesehatan bersama puskesmas yang dalam hal ini adalah Kepala Puskesmas serta melibatkan bidan koordinator sebagai bagian dari tim Puskesmas atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Depkes RI, 2007 ; Depkes RI, 2008)

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,181$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 1,813$  artinya bidan yang mendapat supervisi baik akan cenderung memiliki kinerja yang baik 1,813 kali dibandingkan bidan yang mendapat supervisi kurang, sedangkan berdasarkan teori pada negara-negara berkembang seperti Indonesia, variabel supervisi dan kontrol sangat penting pengaruhnya dengan kinerja individu (Ilyas, 2002). Tidak adanya hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen, menurut pengalaman peneliti kemungkinan supervisi tersebut tidak memberikan manfaat yang besar terhadap masalah yang dihadapi oleh bidan di desa berkaitan dengan pengelolaan program Desa Siaga.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Yatino (2005) di Kabupaten Lampung Barat menyatakan tidak terdapat hubungan faktor eksternal (supervisi) dengan kinerja bidan di desa dengan keberhasilan program perbaikan gizi. Bertentangan dengan penelitian Halim (2003) di Kabupaten Batang hari Propinsi Jambi yang menyatakan variabel yang memiliki hubungan yang signifikan dengan kinerja bidan di desa dalam kegiatan pelayanan antenatal adalah motivasi, kompensasi, supervisi Dinas Kesehatan, supervisi Puskesmas dan iklim kerja dan juga penelitian yang dilakukan oleh Rumisis (2003) bahwa ada hubungan supervisi dengan kinerja bidan di Desa di Kabupaten Indragiri Hilir.

#### **6.2.4.3 Hubungan Dukungan Masyarakat dengan Kinerja Bidan diDesa**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian bidan di desa mendapat dukungan yang baik dari masyarakat dalam mengelola program Desa Siaga dimana bidan di desa bertugas, bidan di desa yang mendapat dukungan



masyarakat yang baik yaitu sebanyak 55 orang atau 50,9% serta yang mendapat dukungan masyarakat kurang sebanyak 53 orang atau 49,1%. Dari uraian di atas dapat dijelaskan bahwa bidan di desa di Kabupaten Kebumen sebagian telah mendapatkan dukungan masyarakat yang baik dalam mengelola program Desa Siaga, hal itu penting karena mengingat inti kegiatan Desa Siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat (Depkes RI, 2007).

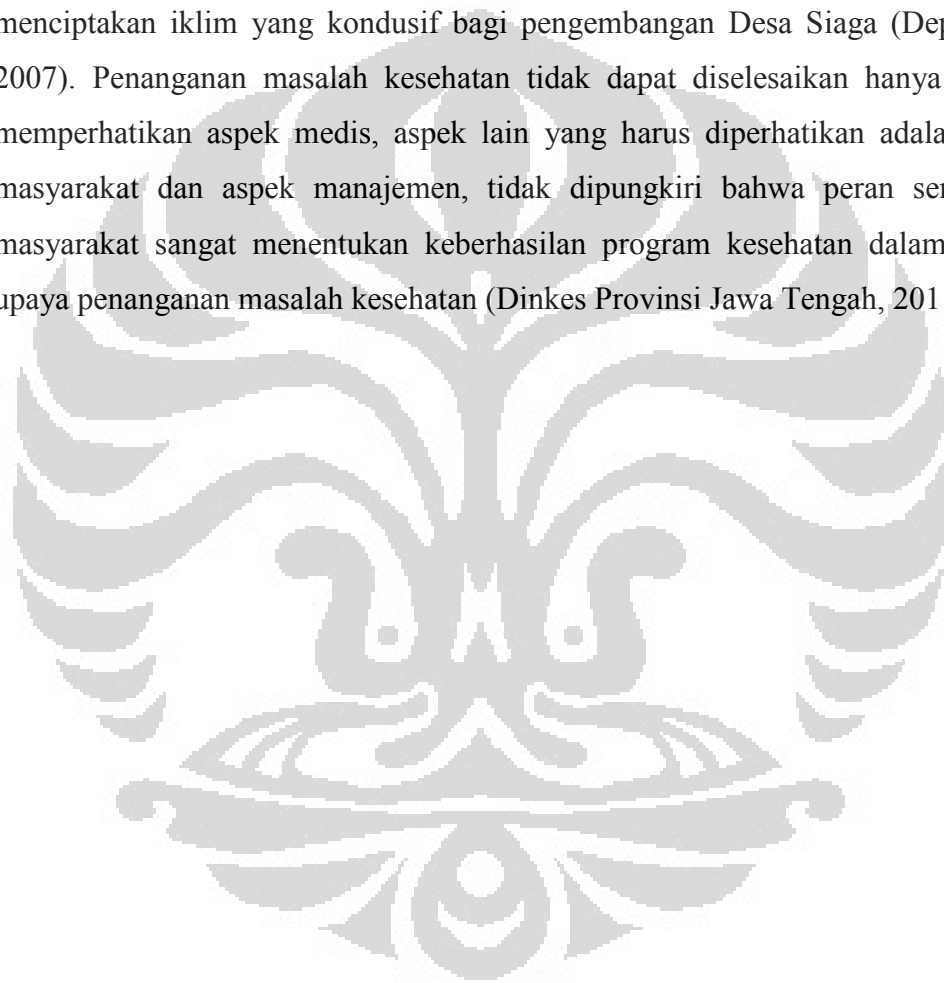
Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan di desa yang mendapatkan dukungan masyarakat yang baik sebagian besar memiliki kinerja yang baik yaitu sebesar 69,1%, sedangkan bidan di desa yang mendapatkan dukungan masyarakat kurang sebagian besar memiliki kinerja yang kurang baik yaitu sebesar 67,9%. Menurut pendapat peneliti, dengan adanya dukungan dari masyarakat dimana bidan di desa bertugas baik itu berupa bangunan poskesdes maupun alokasi dana APBDes untuk membangun Poskesdes menunjukkan bahwa bidan di desa diterima di desa tersebut juga merasa dibutuhkan oleh masyarakat seperti juga yang dikemukakan oleh Widayatun (1999) keberhasilan bidan desa menjalankan fungsinya dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satu diantaranya adalah adanya penerimaan yang baik oleh masyarakat di mana bidan ditempatkan serta bidan dapat menjalin hubungan dan kerjasama yang baik dengan pamong desa dan tokoh masyarakat, diharapkan tugas bidan desa dalam melayani masyarakat akan lebih terbantu.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,0005$  ( $p<0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan masyarakat dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 4,734$  artinya bidan yang mendapat dukungan masyarakat baik akan cenderung memiliki kinerja yang baik 4,734 kali dibandingkan bidan yang mendapat dukungan masyarakat kurang.

Kecenderungan tersebut mendukung penelitian yang dilakukan oleh Guswanti (2008) yang menyebutkan ada hubungan antara dukungan masyarakat dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten

Ogan Ilir, akan tetapi tidak sejalan dengan hasil penelitian Hartita (2010) dan Kristinawati (2011) yang menyatakan tidak ada hubungan bermakna antara dukungan masyarakat dengan kinerja bidan di desa.

Kinerja bidan di desa berhubungan erat dengan dukungan masyarakat karena inti dari Desa Siaga adalah pemberdayaan masyarakat, dukungan tokoh-tokoh masyarakat khususnya bertujuan dalam membentuk opini publik guna menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangan Desa Siaga (Depkes RI, 2007). Penanganan masalah kesehatan tidak dapat diselesaikan hanya dengan memperhatikan aspek medis, aspek lain yang harus diperhatikan adalah aspek masyarakat dan aspek manajemen, tidak dipungkiri bahwa peran serta aktif masyarakat sangat menentukan keberhasilan program kesehatan dalam rangka upaya penanganan masalah kesehatan (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2011)



## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisa data dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Bidan di desa yang memiliki kinerja baik (50,9%) dan yang memiliki kinerja kurang (49,1 %) dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012
2. Hasil penelitian menunjukkan hubungan faktor independen dengan dependen sebagai berikut :
  - a) Faktor Individu : menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur, domisili, pendidikan, status perkawinan, lama kerja dan pengetahuan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola Desa Siaga di Kabupaten Kebumen.
  - b) Faktor Psikologi : menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen.
  - c) Faktor Organisasi : menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara sarana prasarana kerja dan dukungan masyarakat dengan kinerja bidan di desa, sedangkan supervisi tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen.

## 7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan, untuk meningkatkan kinerja bidan di desa dalam mengelola program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen, perlu dilakukan hal-hal sebagai berikut:

### 7.2.1 Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

1. Berkaitan dengan variabel sarana dan prasarana kerja, Dinas Kesehatan diharapkan secara bertahap melengkapi sarana dan prasarana poskesdes yang belum lengkap. Khususnya bidan kit harus dalam kondisi baik, mengingat salah satu tugas pokok bidan di desa adalah menolong persalinan sehingga bidan kit mutlak harus dimiliki oleh seorang bidan di desa.
2. Berkaitan dengan variabel dukungan masyarakat, bidan di desa perlu memiliki kemampuan dalam pemberdayaan masyarakat. Perlu penyegaran materi Desa Siaga khususnya tentang strategi penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan bidan di desa dalam menumbuhkembangkan kemampuan masyarakat dan menumbuhkan peran serta masyarakat dalam pengembangan program Desa Siaga.

### 7.2.2 Puskesmas se Kabupaten Kebumen

1. Berkaitan dengan variabel dukungan masyarakat, perlu kerjasama petugas Promosi Kesehatan (promkes) dengan bidan di desa dalam hal melakukan kegiatan untuk meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam rangka pengembangan Desa Siaga, contoh : petugas promosi kesehatan bersama bidan di desa hadir di setiap kegiatan yang diadakan oleh pemerintah desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga dengan memberikan penyuluhan tentang pentingnya pengembangan Desa Siaga juga memfasilitasi Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)
2. Berkaitan dengan variabel dukungan masyarakat, puskesmas menjalin kerjasama secara lintas sektoral mulai dari kecamatan sampai ke desa guna memberi informasi program Desa Siaga dan pentingnya peran serta

masyarakat dalam mendukung program Desa Siaga, contoh : menghadiri konferensi Kepala Desa di tingkat kecamatan, menghadiri pertemuan-pertemuan tingkat desa.

### 7.2.3 Bidan di Desa

1. Bidan di desa perlu melakukan pendekatan kepada Kepala Desa dan Badan Perwakilan Desa (BPD) agar ada kebijakan pengalokasikan dana, baik dari dana APBDes maupun dari PNPM Mandiri dalam rangka pembangunan poskesdes bagi desa yang belum memiliki bangunan, menyempurnakan bangunan poskesdes yang telah ada, melengkapi peralatan kesehatan maupun obat-obatan yang diperlukan serta untuk biaya operasional poskesdes.
2. Berkaitan dengan dukungan masyarakat, bidan di desa perlu melakukan pendekatan kepada kepala desa maupun Badan Perwakilan Desa (BPD) sehingga terbentuk peraturan desa tentang pengelolaan Desa Siaga.
3. Bidan di desa wajib tinggal di wilayah kerjanya agar dekat dengan masyarakat sehingga akan mudah mendapatkan dukungan masyarakat di wilayah kerjanya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, Abu. Haji. (2009). *Psikologi Umum*, Jakarta : Rineka Cipta
- Andrian, Ramli. (2008). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Melakukan Otopsi Verbal Maternal di Kabupaten Bogor*
- Ariawan, Iwan. (1998). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*, Depok : Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Azwar, Azrul. (1980). *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta : Binarupa Aksara
- Depkes, RI. (1990). *Pembangunan Masyarakat di Indonesia*, Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat
- Depdikbud (1995). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Jakarta : Balai Pustaka
- Depkes, RI. (1994). *Panduan Bidan Tingkat Desa*, Jakarta : Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Kesehatan
- Depkes, RI. (2002). *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pengangkatan Bidan sebagai Pegawai Tidak Tetap*
- Depkes, RI. (2004). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas*
- Depkes, RI. (2006). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga*, Depkes RI : Pusat Promosi Kesehatan
- Depkes, RI. (2006). *Kurikulum Pelatihan bagi Bidan Poskesdes untuk Mewujudkan Desa Siaga*, Jakarta
- Depkes, RI. (2007). *Rencana Pelaksanaan Pencapaian Sasaran VI Khususnya Bidan*, Jakarta : Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Depkes, RI. (2007). *Kurikulum dan Modul Pelatihan Bidan Poskesdes dalam Pengembangan Desa Siaga*, Jakarta

Depkes, RI. (2008). *Pedoman Bidan Koordinator Tingkat Puskesmas*

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2010). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010*

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2011). *Standarisasi Pemberdayaan Masyarakat*

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (2011). *Pedoman Penentuan Strata Desa/Kelurahan Siaga Aktif Provinsi Jawa Tengah*

Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen. (2010). *Profil Kesehatan Kebumen Tahun 2010*

Elfindri, NS. dkk. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Baduose Media

Erlina (2011). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pencapaian Target Cakupan K4 di Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah*

Gibson, James. *et al.* (1987). *Organisasi dan Manajemen Perilaku, Struktur, Proses*, Jakarta : Erlangga

Gibson, James., L. Jhon. M.Ivancevich., J.H. Doelly. (1995). *Organization Behavior Structure and Process, Fifth Edition*, Texas : Bussiness Publications

Green, Lawrence W., & Kreuter, Marshall. (2005). *Health Program Planning an Educational and Ecological/ 4<sup>th</sup> end*, Boston : Mc Graw

Hafizurrachman, H.M. (2009). *Manajemen Pendidikan dan Kesehatan*, Jakarta : Sagung Seto

Halim (2003). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Desa dalam Kegiatan Pelayanan Antenatal di Kabupaten Batanghari Provinsi Jambi*

Harswati (2011). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa di Kabupaten Wonosobo Jawa Tengah*

Hartita, Iska. (2010). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa di Kabupaten Bogor*

Hastono, Sutanto Priyo. (2006). *Analisa Data*, Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Hermita, Wiwit. (2011). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pelaksanaan Kunjungan Nifas di Kota Pariaman Provinsi Sumatera Barat*

Hernawati, Nining. (2006). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pelayanan Antenatal dan Pertolongan Persalinan di Kabupaten Bekasi*

Hutapea, Ronald. (2006). *Determinan Kinerja dan Kompetensi Bidan di Provinsi Sumatera Utara, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat dan Sulawesi Selatan*

Ilyas, Yaslis. (2002). *Kinerja Teori, Penilaian dan Penelitian*, Depok : Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Institute Women Research, (2008). *Akses dan Pemanfaatan fasilitas dan Pelayanan Kesehatan Pada Perempuan Miskin* dalam Seminar Hasil Penelitian, Jakarta

Istiarti, Tinuk. (1998). *Pemanfaatan Tenaga Bidan Desa*, Yogyakarta : Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada

Kemenkes, RI. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan No 741/Menkes/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*

Kemenkes, RI. (2008). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/SK/LX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*

Kemenkes, RI. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*



Kemenkes, RI. (2010). *Rencana Strategik Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014*

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang *Standar Profesi Bidan*

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1529/Menkes/SK/2010 tentang *Pedoman Umum Pengembangan Desa Siaga Aktif*, Kerjasama antara Kemenkes RI dengan Kemendagri RI

Kristinawati, Dina. (2011). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta*

Lameshow, Stanley. et. al. (1997). *Adequacy of Sample Size in Helath Studies*, Yogyakarta : Gadjah Mada University Press

Mangkunegara, Anwar Prabu. (2009). *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*, Bandung : Remaja Rosdakarya Offset

Mangkuprawira, Sjafri. (2011). *Manajemen Sumber Daya Manusia Strategik*, Bogor : Ghalia Indonesia

Muninjaya, A.A.Gde. (1999). *Manajemen Kesehatan*, Jakarta : EGC

Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta : Rineka Cipta

Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta : Rineka Cipta

Notoatmodjo, Soekidjo. (2009). *Pengembangan Sumber Daya Manusia*, Jakarta : Rineka Cipta

Notoatmodjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1464/MENKES/X/2010 tentang *Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*

Prasetyo, Bambang. (2007). *Metode Penelitian Kuantitatif : Teori dan Aplikasi*, Jakarta : Raja Grafindo Persada

Rahayu, Yayuk Sri. (2008). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pelayanan Antenatal di Kabupaten Karawang*

Robbins, Stephen. P. (2008). *Perilaku Organisasi Organizational Behavior Buku 1*, Jakarta : Salemba Empat

Robbins, Stephen. P. (2011). *Perilaku Organisasi Buku 2*, Jakarta : Salemba Empat

Rumisis (2003). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa di Kabupaten Indragiri Hilir*

Sarwono, Sarlito. W. (2003). *Pengantar Ilmu Psikologi*, Jakarta : PT. Bulan Bintang

Setiawan, Wawan. (2007). *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pertolongan Persalinan di Kabupaten Tasikmalaya*

Setiadi, Dedi. (2000). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penemuan Kasus ISPA di Kabupaten Tasikmalaya*

Siagian, Sondang. P. (2008). *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta : Bumi Aksara

Sinar Kesehatan (2008). *Mempersiapkan Bidan di Era Otonomi*, Edisi Februari/II/2008 Halaman 17-19

Sobur, Alex. Drs. M.si. (2003). *Psikologi Umum dalam Lintas Sejarah*, Bandung : Pustaka Setia

Soeprihanto, John. Drs. (2001). *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan*, Yogyakarta : BPFE

Sofyan, Mustika. *et. al.* (2001). *Bidan Menyongsong Masa Depan*, Jakarta : PP IBI

Surani, Endang. (2007). *Analisis Karakteristik Individu dan Faktor Intrinsik yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Pelaksana Poliklinik Kesehatan Desa dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal*

Sutisna, Endang. (2009). *Manajemen Kesehatan, Teori dan Praktik di Puskesmas*, Yogyakarta : Gajahmada University Press

Tetelepta, Denicell. (2011). *Implementasi Program Desa Siaga di Tinjau dari Perspektif Provider di Wilayah Kerja Puskesmas Layeni Kecamatan Teon Nila Serua (TNS) Kabupaten Maluku Tengah*

Timpe, A. Dale. (1992). *Kinerja seri Ilmu dan Seni Manajemen Bisnis*, Jakarta : Gramedia Asri Media

Thoha, Miftah. (2003). *Perilaku Organisasi : Konsep Dasar dan Aplikasinya*, Jakarta : Raja Grafindo Persada

Wibowo (2010). *Manajemen Kinerja*, Jakarta : Rajawali Press

Widayatun, dkk. (1999). *Bukan Dukun atau Dokter Tinjauan tentang Program Bidan di Desa di Kawasan Timur Indonesia*, Jakarta : PPT LIPI

Winardi (2000). *Kepemimpinan dalam Manajemen*, Jakarta : Rineka Cipta

Yatino (2005). *Analisis Kinerja Bidan Desa dan Hubungannya dengan Keberhasilan Program Perbaikan Gizi dan Kesehatan di Kabupaten Lampung Barat*



**PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN**  
**BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH**  
**( BAPPEDA )**

Jl. Veteran No. 2 Telp.(0287) 381570 Kebumen - 54311

Kebumen, 05 Maret 2012

Nomor : 071 – 1 / 078 / 2012  
Lampiran : -  
Hal : Ijin Pelaksanaan  
**Penelitian / Survey**

Kepada Yth:  
Kepala Puskesmas (Terlampir)

Di

**KEBUMEN**

Berdasarkan surat Bupati Kebumen Nomor 072/614/2012 tanggal 05 Maret 2012, tentang Rekomendasi Ijin Penelitian/Survey, maka dengan ini diberitahukan bahwa pada Instansi/wilayah Saudara akan dilaksanakan Magang/ penelitian oleh :

1. Nama / NIM : Kusrini / 1006820423
2. Pekerjaan : Mahasiswi Universitas Indonesia
3. Alamat : Desa Lugurejo, RT.02 / RW.IV, Butuh, Purworejo
4. Penanggung Jawab : Drg. Wahyu Sulistiadi, MARS
5. Judul Penelitian : Studi Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

- a. Pelaksanaan survey/penelitian tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah.
- b. Setelah survey/penelitian selesai diharuskan melaporkan hasil-hasilnya kepada BAPPEDA Kabupaten Kebumen.

Surat ijin ini berlaku mulai tanggal 05 Maret 2012 s/d 30 Mei 2012

Demikian surat ijin ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

A.n. KEPALA BAPPEDA KABUPATEN KEBUMEN  
Kabid Litbang, Statistik dan Pengendalian

  
**SUKAMTO, S.Sos. MT**

Penata Tingkat I  
NIP. 19691224 199001 1 001

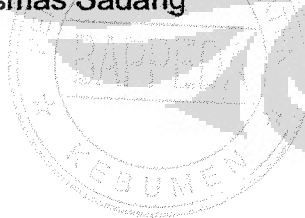
**Tembusan** : disampaikan kepada Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Kebumen
2. Yang Bersangkutan
3. Arsip

Lampiran Surat No. 071-1/078/2012

Puskesmas Kabupaten Kebumen:

1. Puskesmas Prembun
2. Puskesmas Bonorowo
3. Puskesmas Mirit
4. Puskesmas Padureso
5. Puskesmas Ambal I
6. Puskesmas Ambal II
7. Puskesmas Kutowinangun
8. Puskesmas Poncowarno
9. Puskesmas Alian
10. Puskesmas Kebumen I
11. Puskesmas Kebumen II
12. Puskesmas Kebumen III
13. Puskesmas Pejagoan
14. Puskesmas Sruweng
15. Puskesmas Karanggayam I
16. Puskesmas Karanggayam II
17. Puskesmas Karanganyar
18. Puskesmas Gombang I
19. Puskesmas Gombang II
20. Puskesmas Sempor I
21. Puskesmas Sempor II
22. Puskesmas Rowokele
23. Puskesmas Ayah I
24. Puskesmas Ayah II
25. Puskesmas Buayan
26. Puskesmas Kuwarasan
27. Puskesmas Buluspesantren I
28. Puskesmas Buluspesantren II
29. Puskesmas Petanahan
30. Puskesmas Puring
31. Puskesmas Klirong I
32. Puskesmas Klirong II
33. Puskesmas Adimulyo
34. Puskesmas Karangsambung
35. Puskesmas Sadang





**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH**  
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jl. A. Yani No. 160 Telp. (024) 8414205, 8454990 fax. (024) 8313122  
SEMARANG

**SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET**

**Nomor : 070 / 0507 / 2012**

- I. DASAR : Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah.  
Nomor 070 / 265 / 2004. Tanggal 20 Februari 2004.
- II. MEMBACA : Surat dari Gubenur Jawa Barat. Nomor 070 / 201 / MHS / HAL. Tanggal 22 Februari 2012.
- III. Pada Prinsipnya kami TIDAK KEBERATAN / Dapat Menerima atas Pelaksanaan Penelitian / Survey di Kabupaten Kebumen.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : KUSRINI.
  2. Kebangsaan : Indonesia.
  3. Alamat : Kampus Baru UI Depok.
  4. Pekerjaan : Mahasiswa.
  5. Penanggung Jawab : Drg. Wahyu Sulistiadi, MARS
  6. Judul Penelitian : Studi Kinerja Bidan Di Desa Dalam Mengelola Program Desa Siaga Di Kabupaten Kebumen 2012.
  7. Lokasi : Kabupaten Kebumen.
- V. KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat / Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.
  2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana dari sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan / atau agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.

3. Surat Rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
4. Setelah survey / riset selesai, supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesbangpol Dan Linmas Provinsi Jawa Tengah.

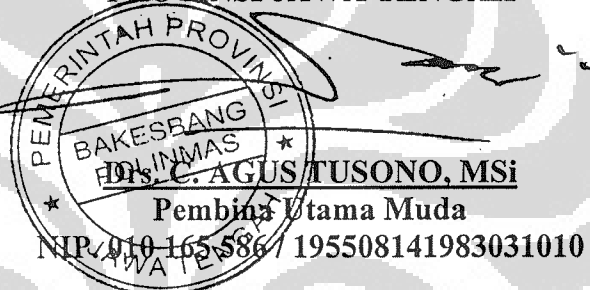
VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :

Februari s.d. Mei 2012.

VII. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

Semarang, 2 Februari 2012

an. GUBERNUR JAWA TENGAH  
KEPALA BADAN KESBANGPOL DAN LINMAS  
PROVINSI JAWA TENGAH



## Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

## I. Pengetahuan

**Reliability****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.747	11

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pengetahuan1	26.10	59.266	.656	.729
pengetahuan2	26.00	57.379	.655	.720
pengetahuan3	26.10	60.438	.603	.735
pengetahuan4	25.90	56.369	.672	.715
pengetahuan5	25.93	54.340	.774	.703
pengetahuan6	26.07	57.030	.730	.717
pengetahuan7	26.03	58.999	.448	.732
pengetahuan8	25.87	57.844	.524	.725
pengetahuan9	25.03	61.895	.093	.757
pengetahuan10	26.00	58.207	.565	.726
pengetahuantotal	13.63	16.033	1.000	.795



## II. Motivasi

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.688	11

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
motivasi1	63.33	35.057	.229	.683
motivasi2	63.07	33.720	.367	.669
motivasi3	63.77	34.392	.231	.682
motivasi4	62.67	37.333	-.087	.702
motivasi5	63.10	34.231	.301	.676
motivasi6	62.83	34.075	.513	.666
motivasi7	63.30	33.597	.427	.665
motivasi8	63.80	32.303	.467	.655
motivasi9	62.77	33.013	.786	.650
motivasi10	63.53	30.878	.638	.634
motivasi total	33.17	9.040	.966	.614

## III. Sarana dan prasarana kerja

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.726	17

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
saranaprasarana1	20.33	43.264	.505	.713
saranaprasarana2	20.77	44.530	.134	.727
saranaprasarana3	20.73	42.409	.456	.710
saranaprasarana4	20.40	43.145	.444	.713
saranaprasarana5	20.57	44.185	.193	.724
saranaprasarana6	20.53	42.602	.455	.711
saranaprasarana7	20.53	41.637	.617	.702
saranaprasarana8	20.30	42.907	.671	.710
saranaprasarana9	20.33	42.161	.758	.704
saranaprasarana10	20.27	43.513	.629	.714
saranaprasarana11	20.97	42.999	.443	.713
saranaprasarana12	20.67	42.851	.388	.713
saranaprasarana13	20.77	43.013	.365	.715
saranaprasarana14	20.33	43.678	.412	.717
saranaprasarana15	20.43	42.806	.478	.711
saranaprasarana16	20.67	42.575	.430	.711
saranaprasaranatotal	10.60	11.421	1.000	.783

## IV. Supervisi

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.853	5

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
supervisi1	3.27	11.857	.903	.818
supervisi3	3.37	11.757	.942	.813
supervisi4	3.33	11.609	.984	.807
supervisi5	3.33	11.609	.984	.807
supervisitotal	1.90	3.817	1.000	.975

## V. Dukungan masyarakat

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.672	5

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Dukungan1	5.33	3.264	.413	.630
Dukungan2	5.27	3.237	.436	.622
Dukungan3	4.97	3.482	.527	.621
Dukungan4	5.13	3.706	.200	.699
Dukungantotal	2.63	1.137	.888	.337

## VI. Kinerja badan di desa dalam mengelola Program Desa Siaga

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
kinerjabidan1	32.47	117.292	.543	.734
kinerjabidan2	32.40	115.490	.726	.729
kinerjabidan3	32.37	116.102	.679	.731
kinerjabidan4	32.43	115.151	.750	.728
kinerjabidan5	32.20	118.993	.491	.738
kinerjabidan6	32.23	116.737	.710	.732
kinerjabidan7	32.17	118.075	.643	.735
kinerjabidan8	32.07	119.857	.647	.739
kinerjabidan9	32.10	119.955	.519	.740
kinerjabidan10	32.10	119.403	.603	.738
kinerjabidan11	32.13	118.671	.627	.737
kinerjabidan12	32.47	120.051	.289	.741
kinerjabidan13	32.13	118.671	.627	.737
kinerjabidan14	32.43	116.668	.606	.733
kinerjabidan15	32.63	116.240	.666	.731
kinerjabidan16	32.67	117.402	.566	.734
kinerjabidan17	32.47	116.878	.582	.733
kinerjabidan18	32.63	115.826	.706	.730
kinerjabidan19	32.30	119.528	.370	.740
kinerjabidan20	32.03	121.275	.549	.743
kinerjabidan21	32.03	121.275	.549	.743
kinerjabidan22	32.03	121.275	.549	.743
kinerjabidan23	32.03	121.275	.549	.743
kinerjabidantotal	16.47	30.464	.998	.915

## Lampiran Output

## I. Univariat

**Kinerja**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	53	49,1	49,1	49,1
Baik	55	50,9	50,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**Umur**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <25 tahun	9	8,3	8,3	8,3
>= 25 tahun	99	91,7	91,7	100,0
Total	108	100,0	100,0	

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Beda dengan tempat kerja	20	18,5	18,5	18,5
sama dengan tempat kerja	88	81,5	81,5	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**pendidikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	19	17,6	17,6	17,6
baik	89	82,4	82,4	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**pengetahuan**

	Frekuensi	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	46	42,6	42,6	42,6
Baik	62	57,4	57,4	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**Statuskawin**

	Frekuensi	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak menikah/janda	8	7,4	7,4	7,4
Menikah	100	92,6	92,6	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**Lamakerja bulan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baru	54	50,0	50,0	50,0
Lama	54	50,0	50,0	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**Motivasi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	41	38,0	38,0	38,0
baik	67	62,0	62,0	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**Saranaprasarana**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak lengkap	53	49,1	49,1	49,1
Lengkap	55	50,9	50,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**Supervisi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	51	47,2	47,2	47,2
Baik	57	52,8	52,8	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**Dukungan masyarakat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	53	49,1	49,1	49,1
Baik	55	50,9	50,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**Domisili**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Beda dengan tempat kerja	20	18,5	18,5	18,5
sama dengan tempat kerja	88	81,5	81,5	100,0
Total	108	100,0	100,0	

**II. Bivariat**

Usia dengan kinerja

**Crosstab**

			kinerja		Total
			Kurang	Baik	
usia	<25 tahun	Count	5	4	9
		% within usia	55,6%	44,4%	100,0%
	>= 25 tahun	Count	48	51	99
		% within usia	48,5%	51,5%	100,0%
Total		Count	53	55	108



**Crosstab**

			kinerja		Total
			Kurang	Baik	
usia	<25 tahun	Count	5	4	9
		% within usia	55,6%	44,4%	100,0%
	>= 25 tahun	Count	48	51	99
		% within usia	48,5%	51,5%	100,0%
Total		Count	53	55	108
		% within usia	49,1%	50,9%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,165 <sup>a</sup>	1	,685		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,003	1	,954		
Likelihood Ratio	,165	1	,684		
Fisher's Exact Test				,740	,476
Linear-by-Linear Association	,164	1	,686		
N of Valid Cases	108				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,42.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for usia (<25 tahun / >= 25 tahun)	1,328	,337	5,240
For cohort kinerja = Kurang	1,146	,617	2,127
For cohort kinerja = Baik	,863	,405	1,836
N of Valid Cases	108		

Pendidikan dengan kinerja

**Crosstab**

		kinerja		Total
		Kurang	Baik	
pendidikan kurang	Count	12	7	19
	% within pendidikan	63,2%	36,8%	100,0%
baik	Count	41	48	89
	% within pendidikan	46,1%	53,9%	100,0%
Total	Count	53	55	108
	% within pendidikan	49,1%	50,9%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,830 <sup>a</sup>	1	,176		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,210	1	,271		
Likelihood Ratio	1,846	1	,174		
Fisher's Exact Test				,212	,136
Linear-by-Linear Association	1,813	1	,178		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,32.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan (kurang / baik)	2,007	,723	5,572
For cohort kinerja = Kurang	1,371	,909	2,067
For cohort kinerja = Baik	,683	,368	1,269
N of Valid Cases	108		

## Pengetahuan dengan kinerja

**Crosstab**

			kinerja		Total
			Kurang	Baik	
pengetahuan	Kurang	Count	22	24	46
		% within pengetahuan	47,8%	52,2%	100,0%
	Baik	Count	31	31	62
		% within pengetahuan	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Count	53	55	108
		% within pengetahuan	49,1%	50,9%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,050 <sup>a</sup>	1	,823		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,001	1	,977		
Likelihood Ratio	,050	1	,823		
Fisher's Exact Test				,848	,489
Linear-by-Linear Association	,049	1	,824		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,57.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan (Kurang / Baik)	,917	,427	1,966
For cohort kinerja = Kurang	,957	,647	1,415
For cohort kinerja = Baik	1,043	,719	1,514
N of Valid Cases	108		

Status kawin dengan kinerja

**Crosstab**

			kinerja		Total
			Kurang	Baik	
Status kawin	Tidak menikah/janda	Count	2	6	8
		% within statuskawin	25,0%	75,0%	100,0%
	Menikah	Count	51	49	100
		% within statuskawin	51,0%	49,0%	100,0%
Total		Count	53	55	108
		% within statuskawin	49,1%	50,9%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,004 <sup>a</sup>	1	,157		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,098	1	,295		
Likelihood Ratio	2,096	1	,148		
Fisher's Exact Test				,271	,147
Linear-by-Linear Association	1,985	1	,159		
N of Valid Cases	108				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,93.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for statuskawin (Tidak menikah/janda / Menikah)	,320	,062	1,664
For cohort kinerja = Kurang	,490	,145	1,653
For cohort kinerja = Baik	1,531	,979	2,394
N of Valid Cases	108		

Lama kerja dengan kinerja

**Crosstab**

		kinerja		Total	
		Kurang	Baik		
lamakerja_ bulan	Baru	Count	23	31	54
		% within lamakerja_ bulan	42,6%	57,4%	100,0%
	Lama	Count	30	24	54
		% within lamakerja_ bulan	55,6%	44,4%	100,0%
Total		Count	53	55	108
		% within lamakerja_ bulan	49,1%	50,9%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,815 <sup>a</sup>	1	,178		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,334	1	,248		
Likelihood Ratio	1,821	1	,177		
Fisher's Exact Test				,248	,124
Linear-by-Linear Association	1,799	1	,180		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for lamakerja_bulan (Baru / Lama)	,594	,277	1,270
For cohort kinerja = Kurang	,767	,519	1,133
For cohort kinerja = Baik	1,292	,886	1,882
N of Valid Cases	108		

Motivasi dengan kinerja

**Crosstab**

		kinerja		Total
		Kurang	Baik	
motivasi kurang	Count	22	19	41
	% within motivasi	53,7%	46,3%	100,0%
baik	Count	31	36	67
	% within motivasi	46,3%	53,7%	100,0%
Total	Count	53	55	108
	% within motivasi	49,1%	50,9%	100,0%



**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,556 <sup>a</sup>	1	,456		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,299	1	,584		
Likelihood Ratio	,556	1	,456		
Fisher's Exact Test				,553	,292
Linear-by-Linear Association	,551	1	,458		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,12.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for motivasi (kurang / baik)	1,345	,617	2,931
For cohort kinerja = Kurang	1,160	,790	1,703
For cohort kinerja = Baik	,862	,580	1,283
N of Valid Cases	108		

## Sarana dan prasarana kerja dengan kinerja

**Crosstab**

			Kinerja		Total
			Kurang	Baik	
Sarana dan prasarana kerja	Tidak lengkap	Count % within saranaprasarana	34 64,2%	19 35,8%	53 100,0%
	Lengkap	Count % within saranaprasarana	19 34,5%	36 65,5%	55 100,0%
Total		Count % within saranaprasarana	53 49,1%	55 50,9%	108 100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,466 <sup>a</sup>	1	,002		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8,318	1	,004		
Likelihood Ratio	9,608	1	,002		
Fisher's Exact Test				,004	,002
Linear-by-Linear Association	9,378	1	,002		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,01.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for sarana-prasarana (Tidak lengkap / Lengkap)	3,391	1,539	7,471
For cohort kinerja = Kurang	1,857	1,225	2,814
For cohort kinerja = Baik	,548	,364	,824
N of Valid Cases	108		

Supervisi dengan kinerja

**Crosstab**

		kinerja		Total
		Kurang	Baik	
supervisi Kurang	Count	29	22	51
	% within supervisi	56,9%	43,1%	100,0%
Baik	Count	24	33	57
	% within supervisi	42,1%	57,9%	100,0%
Total	Count	53	55	108
	% within supervisi	49,1%	50,9%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,346 <sup>a</sup>	1	,126		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,792	1	,181		
Likelihood Ratio	2,354	1	,125		
Fisher's Exact Test				,177	,090
Linear-by-Linear Association	2,324	1	,127		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,03.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for supervisi (Kurang / Baik)	1,813	,844	3,891
For cohort kinerja = Kurang	1,350	,917	1,989
For cohort kinerja = Baik	,745	,507	1,095
N of Valid Cases	108		

## Dukungan masyarakat dengan kinerja

## Crosstab

		kinerja		Total
		Kurang	Baik	
dukungan_ masyarakat	Kurang	Count 36	Count 17	Count 53
		% within dukungan_desa 67,9%	% within dukungan_desa 32,1%	% within dukungan_desa 100,0%
	Baik	Count 17	Count 38	Count 55
		% within dukungan_desa 30,9%	% within dukungan_desa 69,1%	% within dukungan_desa 100,0%
Total		Count 53	Count 55	Count 108
		% within dukungan_desa 49,1%	% within dukungan_desa 50,9%	% within dukungan_desa 100,0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,798 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	13,353	1	,000		
Likelihood Ratio	15,154	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	14,661	1	,000		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,01.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukungan_desa (Kurang / Baik)	4,734	2,101	10,664
For cohort kinerja = Kurang	2,198	1,421	3,400
For cohort kinerja = Baik	,464	,302	,714
N of Valid Cases	108		

Domisili dengan kinerja

**Domisili \* kinerja Crosstabulation**

			kinerja		Total
			Kurang	Baik	
domisili Beda dengan tempat kerja	Count	12	8	20	
	% within domisili	60,0%	40,0%	100,0%	
sama dengan tempat kerja	Count	41	47	88	
	% within domisili	46,6%	53,4%	100,0%	
Total	Count	53	55	108	
	% within domisili	49,1%	50,9%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

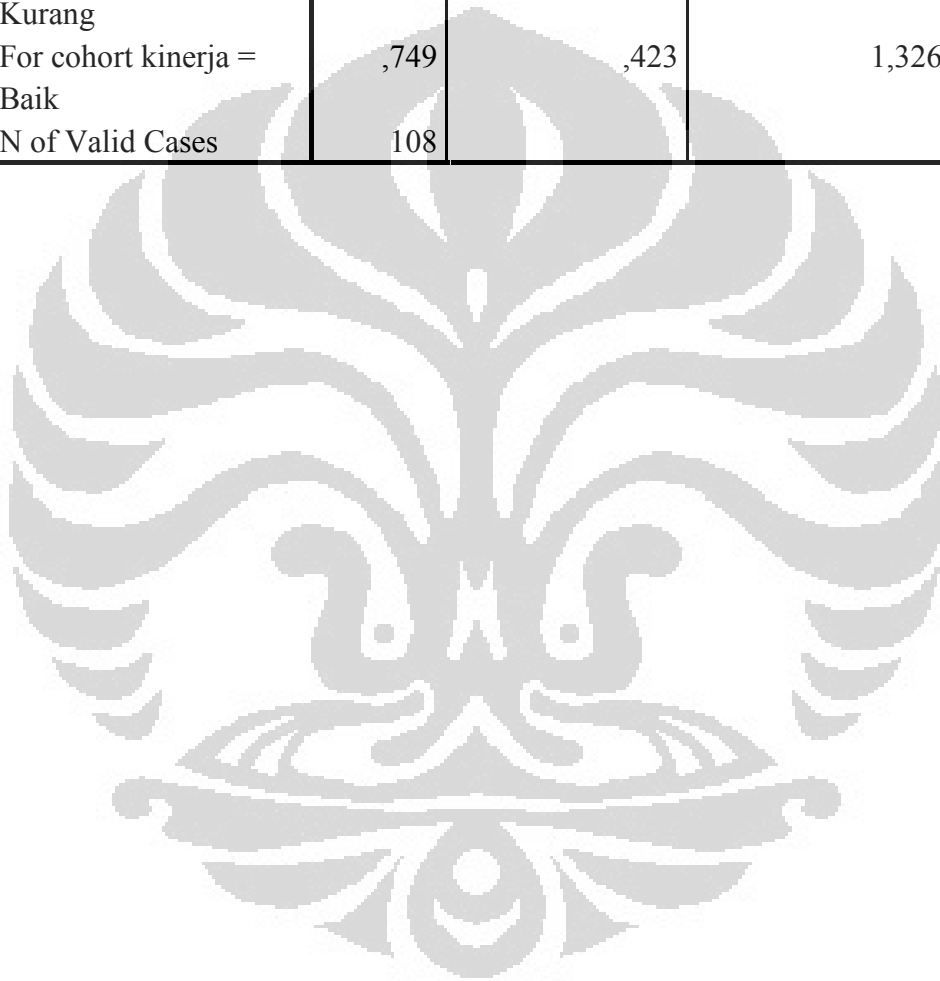
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,172 <sup>a</sup>	1	,279		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,697	1	,404		
Likelihood Ratio	1,178	1	,278		
Fisher's Exact Test				,327	,202
Linear-by-Linear Association	1,162	1	,281		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,81.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for domisili (Beda dengan tempat kerja / sama dengan tempat kerja)	1,720	,640	4,617
For cohort kinerja = Kurang	1,288	,844	1,964
For cohort kinerja = Baik	,749	,423	1,326
N of Valid Cases	108		



**PROGRAM SARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
TAHUN 2012**

---

Saya Kusri, NPM 1006820423, Mahasiswa Peminatan Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, sedang melakukan penelitian tentang “**Studi Kinerja Bidan di Desa dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Kebumen Tahun 2012**”. Penelitian ini semata-mata hanya untuk kepentingan akademik sehingga jawaban saudara tidak akan mempengaruhi prestasi anda dan nama saudara akan dirahasiakan, jadi diharapkan saudara dapat mengisi jawaban yang betul-betul sesuai dengan pendapat saudara. Atas bantuan saudara dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

**PENELITIAN TENTANG STUDI KINERJA BIDAN DI DESA DALAM  
MENGELOLA PROGRAM DESA SIAGA DI KABUPATEN  
KEBUMEN  
TAHUN 2012**

NOMOR RESPONDEN : .....

KECAMATAN : .....

PUSKESMAS : .....

TANGGAL WAWANCARA : .....

**I. Identitas Responden**

1. Nama kelurahan/desa tempat bekerja : .....
2. Alamat tempat tinggal : .....
3. Tempat dan tanggal lahir/umur : ...../.....Tahun
4. Status kepegawaian : .....
5. Tahun penempatan : .....



## II. Pendidikan

Lingkarilah jawaban yang sesuai dengan pendidikan anda

Jenis pendidikan formal terakhir yang saudara capai :

1. D1 Kebidanan
2. D3 Kebidanan
3. D4 Kebidanan
4. Sarjana (S1)

## III. Status Perkawinan

Lingkarilah jawaban yang sesuai dengan status perkawinan anda

Status perkawinan anda saat ini :

1. Tidak menikah
2. Menikah
3. Janda

## IV. Lama Kerja

Sudah berapa lama anda bekerja/bertugas sebagai tenaga kesehatan:

.....Tahun.....Bulan

## V. Pengetahuan

Lingkarilah jawaban yang anda anggap benar, setiap pertanyaan terdiri dari 4 pilihan jawaban

Jawaban yang dipilih boleh lebih dari satu

1. Apa tujuan didirikannya Desa Siaga?

1. Agar penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan.
2. Agar adanya upaya kesehatan berbasis masyarakat.
3. Agar penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawat daruratan kesehatan secara mandiri.

4. Agar upaya kesehatan lebih tercapai, lebih terjangkau, serta lebih berkualitas.
2. Apa manfaat diadakannya Poskesdes? 
  1. Masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau
  2. Permasalahan kesehatan di desa dapat terdeteksi secara dini.
  3. Kegiatan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan lebih efektif dan efisien
  4. Kader mendapatkan informasi awal di bidang kesehatan.
3. Apa peran kader dalam pengembangan Desa Siaga? 
  1. Sebagai penggerak kegiatan pemberdayaan masyarakat desa.
  2. Membimbing petugas mengidentifikasi penyakit.
  3. Membantu tugas bidan dalam penyelenggaraan kegiatan Poskesdes.
  4. Merencanakan kegiatan pemecahan masalah.
4. Apa tahap-tahap yang dilakukan dalam pemberdayaan masyarakat di desa? 
  1. Melakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat.
  2. Melakukan musyawarah dan mufakat masyarakat desa.
  3. Melakukan Pertemuan Tingkat Desa (PTD).
  4. Menjadikan balai desa sebagai tempat pertemuan masyarakat.
5. Apa tugas bidan sebagai tenaga kesehatan di Poskesdes? 
  1. Sebagai motivator penggerak kegiatan pemberdayaan masyarakat.
  2. Memberikan pelayanan medis dasar kepada masyarakat yang membutuhkan.
  3. Melakukan survey kesehatan untuk mendeteksi masalah kesehatan secara dini
  4. Memberikan pertolongan kegawat daruratan kepada korban bencana.

6. Musyawarah Masyarakat Desa adalah pertemuan seluruh warga desa untuk membahas hasil Survey Mawas Diri (SMD). Apa tujuan dilaksanakannya Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)?
1. Menetapkan kader yang bertugas membantu bidan di Poskesdes.
  2. Agar masyarakat sepakat untuk menanggulangi masalah kesehatan melalui pelaksanaan Desa Siaga.
  3. Agar masyarakat diharapkan mengenal masalah kesehatan di wilayahnya.
  4. Agar masyarakat menyusun rencana kerja untuk menanggulangi masalah kesehatan.
7. Apa saja cara untuk melaksanakan pembangunan sarana fisik Poskesdes?
1. Membangun baru, yaitu dengan pendanaan dari pemerintah (pusat atau daerah)
  2. Mengembangkan Polindes yang telah ada.
  3. Memanfaatkan bangunan yang sudah ada misalnya Balai Desa.
  4. Membangun dari swadaya masyarakat
8. Apa saja ruang lingkup kegiatan Poskesdes?
1. Upaya preventif.
  2. Upaya promotif
  3. Upaya kuratif
  4. Upaya rehabilitatif
9. Apa saja kegiatan yang bisa anda laksanakan di Poskesdes
1. Penanganan kegawat daruratan
  2. Kesiapsiagaan terhadap bencana
  3. Penggerakan dan pemberdayaan masyarakat
  4. Pelayanan kesehatan dasar

## VI. Motivasi

Pilihlah jawaban yang sesuai menurut anda

Berilah tanda (√) pada jawaban bila sangat sesuai dengan pendapat anda

SS : Sangat Setuju, bila anda merasa sangat setuju dengan pernyataan tersebut.

S : Setuju, bila anda merasa setuju dengan pernyataan tersebut.

TS : Tidak Setuju, bila anda merasa kurang setuju dengan pernyataan tersebut.

STS : Sangat Tidak Setuju, bila anda merasa tidak setuju dengan pernyataan tersebut

No	Pernyataan	STS (1)	TS (2)	S (3)	SS (4)
1.	Saya ingin menjadikan wilayah kerja saya menjadi Desa/Kelurahan Siaga Aktif				
2.	Dalam melaksanakan tugas sebagai bidan di desa yang mengelola Poskesdes perlu didukung dengan peralatan yang baik				
3.	Keselamatan kerja saya di desa sebagai bidan di desa merupakan hal utama dalam menjalankan tugas				
4.	Bidan di desa yang mengelola program Desa Siaga akan bekerja dengan baik jika ada jaminan masa depan				
5.	Dukungan pimpinan penting dalam mengelola program Desa Siaga				
6.	Imbalan/insentif yang cukup sebagai bidan di desa yang mengelola program Desa Siaga meningkatkan kinerja bidan				

## VII. Sarana dan Prasarana Kerja

Berilah tanda (√) pada salah satu kolom jawaban anda dari perlengkapan Poskesdes yang anda miliki di bawah ini.

1. Tidak ada, bila sarana prasarana kerja tersebut tidak tersedia/tidak lengkap/rusak/tidak bisa digunakan
2. Ada, bila sarana dan prasarana kerja tersedia dan lengkap serta dalam kondisi baik.

No.	Sarana dan prasarana kerja	Tidak ada	Ada
1.	Forum Kesehatan Desa (FKD)		
2.	Transportasi / ambulan desa		
3.	Listrik		
4.	Gedung Poskesdes		
5.	Bidan Kit		
6.	Tensimeter		
7.	Stetoskop		
8.	Obat-obatan		
9.	Sepeda/Motor Dinas		
10.	Sarana komunikasi (telpon, ponsel, kurir)		
11.	Alat Bedah Minor (Minor Surgery)		
12..	Buku/Modul pedoman Pelaksanaan Desa Siaga		
13.	Buku Pelaporan hasil kegiatan Poskesdes		
14.	Buku pelaporan hasil kegiatan Desa Siaga		

## VIII. Supervisi

Lingkarilah jawaban yang anda anggap sesuai

1. Apakah anda pernah mendapat kunjungan supervisi oleh Kepala Puskesmas atau bidan koordinator atau Dinas Kesehatan dalam satu tahun terakhir ini untuk melihat program kerja anda dalam mengelola program Desa Siaga?

1. Tidak pernah

2. Pernah

2. Kalau pernah, berapa kali rata-rata dalam satu bulan?
  1. 1 kali
  2. 2 kali
  3. 3 kali
  4. 4 kali
3. Apakah dalam supervisi memberikan arahan cara mengatasi masalah?
  1. Tidak
  2. Ya
4. Setelah memeriksa hasil pekerjaan, apakah melakukan rencana perbaikan?
  1. Tidak
  2. Ya
5. Apakah supervisi yang dilakukan tersebut ada manfaatnya?
  1. Tidak ada
  2. Ya, ada

#### IX. Dukungan masyarakat

Lingkarilah jawaban yang anda anggap sesuai

1. Apakah ada peraturan desa yang dikeluarkan oleh Kepala Desa tentang pengelolaan Desa Siaga?
  1. Tidak
  2. Ada
2. Selama anda bekerja di desa, apakah pernah mendapat bantuan dana dari masyarakat setempat untuk pengelolaan program Desa Siaga?
  1. Tidak pernah
  2. Pernah

Untuk pertanyaan ini jawaban boleh lebih dari satu

1. Dana pembelian perlengkapan administrasi Desa Siaga (buku, pena,dll)
  2. Dana bantuan perumahan/Poskesdes
  3. Dana transportasi
  4. Dana kegiatan SMD/MMD
  5. Lain-lain sebutkan.....
3. Apakah desa /masyarakat memberikan dukungan sarana perumahan dan atau lahan perumahan untuk Poskesdes?
    1. Tidak
    2. Ada

### X. Kinerja Bidan Dalam Mengelola Program Desa Siaga

Berilah tanda (√) pada salah satu kolom jawaban pilihan anda di bawah ini.

Apakah kegiatan dibawah ini sudah anda kerjakan sejak tahun 2011 sebagai bidan sampai sekarang?

- 0. Tidak ada, bila kegiatan tersebut tidak dilakukan
- 1. Ada, bila kegiatan tersebut dilaksanakan

#### A. Memfasilitasi pelaksanaan pergerakan dan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan

No.	Kegiatan	Tidak ada	Ada
1.	Menyusun rencana kegiatan dalam pengelolaan Program Desa Siaga		
2.	Melaksanakan Pertemuan Tingkat Desa (PTD) untuk melakukan sosialisasi tentang Desa Siaga, merencanakan SMD dan MMD		
3.	Membimbing kader dan tokoh masyarakat melakukan Survei Mawas Diri (SMD)		
4.	Memfasilitasi Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)		
5	Melakukan pembinaan terhadap kader Poskesdes		
6.	Melakukan kegiatan pengamatan secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan serta kondisi yang mempengaruhinya bersama kader dan tokoh masyarakat		
7	Melakukan promosi kesehatan kepada masyarakat tentang Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)		

8	Melakukan promosi kesehatan kepada masyarakat tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)		
9	Melakukan promosi kesehatan kepada masyarakat tentang lingkungan dan rumah yang sehat		
10	Memantau kesehatan ibu (hamil, bersalin, nifas) dan kesehatan anak (BBL, bayi, anak balita)		

B. Melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan sehari-hari dan bencana

No.	Kegiatan	Tidak ada	Ada
1.	Melakukan upaya perlindungan diri dan pencegahan infeksi dalam melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan sehari-hari dan atau saat terjadi bencana		
2.	Melakukan pelaporan cepat (kurang 24 jam) pada kejadian bencana dan masalah kesehatan yang berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB) ke Puskesmas		

C. Membimbing masyarakat dalam menghadapi bencana (*safe community*)

No.	Kegiatan	Tidak ada	Ada
1.	Bersama masyarakat melakukan pemetaan kondisi lingkungan desa dan peta kondisi yang berpotensi menimbulkan bencana/masalah kesehatan		
2.	Merekrut sukarelawan bencana		
3.	Memberi informasi dan demonstrasi kepada warga bila terjadi bencana		



(Lanjutan)

4.	Melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan (dokter dan perawat dari Puskesmas) serta kader kesehatan tentang penyelamatan masyarakat dalam menghadapi bencana		
5.	Memfasilitasi penyiapan posko pelayanan tanggap darurat bencana		

D. Melaksanakan pelayanan kesehatan dasar di Poskesdes

No.	Kegiatan	Tidak ada	Ada
1.	Melaksanakan pelayanan kesehatan setiap hari di Poskesdes		
2.	Melakukan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil		
3.	Melakukan pelayanan kesehatan untuk ibu menyusui		
4.	Melakukan pelayanan kesehatan untuk anak (BBL, bayi, balita)		
5.	Melakukan penemuan dan penanganan penderita penyakit sesuai kewenangan		

LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

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 hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya dan saya mengerti bahwa saya berhak mengundurkan diri dari penelitian ini setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya. Dengan ditandatanganinya lembar persetujuan ini, maka saya menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Saya mengetahui bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya sebagai peningkatan pengembangan program kesehatan di Kabupaten Kebumen.

Kebumen, 2012

Responden

(.....)