



**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA PETUGAS  
KESEHATAN DALAM PELAYANAN MANAJEMEN  
TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) PUSKESMAS  
DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Indriany Maya Ariusta  
NIM 122110101221**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**



**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA PETUGAS  
KESEHATAN DALAM PELAYANAN MANAJEMEN  
TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) PUSKESMAS  
DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat  
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Indriany Maya Ariusta  
NIM 122110101221**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibu dan bapak saya yang telah membesarkan, mendidik, membimbing serta mencurahkan kasih sayangnya dan memberikan semangat serta mengajari saya tentang arti kehidupan untuk melangkah kejalan kesuksesan
2. Kakak, almarhum adik serta seluruh keluarga besar yang telah menyemangati untuk menjadi lebih baik
3. Guru- guru yang telah mendidik mulai dari TK sampai dengan perguruan tinggi yang telah mengajari banyak ilmu untuk menjadi orang yang sukses
4. Pembimbing- pembimbing yang telah banyak mengajari dan mengarahkan serta memberikan semangat
5. Agama, bangsa serta almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

**MOTTO**

Sesungguhnya penolongmu hanyalah Allah, Rasul-Nya, dan orang-orang yang beriman, yang melaksanakan shalat dan menunaikan zakat, seraya tunduk (kepada Allah).\*)



---

\*) QS. Al-Ma'idah ayat 55. 2006. *Al-Qur'an Al-Kariim dan Terjemah Bahasa Indonesia*. Kudus: Menara Kudus.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Indriany Maya Ariusta

NIM : 122110101221

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul "Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 07 Januari 2015

Yang menyatakan

Indriany Maya Ariusta

NIM. 122110101221

**PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA PETUGAS  
KESEHATAN DALAM PELAYANAN MANAJEMEN  
TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) PUSKESMAS  
DI KABUPATEN JEMBER**

Oleh:

**Indriany Maya Ariusta  
NIM. 122110101221**

**Pembimbing**

**Dosen Pembimbing Utama : Nuryadi, S.KM, M.Kes**  
**Dosen Pembimbing Anggota : Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes**

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul "Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember" telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yaitu:

Hari : Kamis  
Tanggal : 15 Januari 2015  
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Tim Penguji:

Ketua

Sekretaris

Anita Dewi P.S, S.KM, M.Sc  
NIP. 19780710 200312 2 001

Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes  
NIP.19820723 201012 1 003

Anggota I

Anggota II

Nuryadi, S.KM, M.Kes  
NIP. 19720916 200112 1 001

dr. Lilik Lailiyah, M. Kes  
NIP. 19651028 199602 2 001

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat,  
Universitas Jember

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.  
NIP. 19560810 198303 1 003

## RINGKASAN

**Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember Tahun 2014;** Indriany Maya Ariusta; 122110101221; 83 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Salah satu target dalam pembangunan *Millennium Development Goals* (MDGs) yaitu menurunkan angka kematian anak. Pada umumnya angka kematian yang cukup tinggi tersebut bisa ditangani dengan perawatan yang baik, dengan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). MTBS bertujuan meningkatkan derajat kesehatan serta kualitas pelayanan kesehatan anak. Namun terdapat 26 Puskesmas di Kabupaten Jember yang memiliki cakupan MTBS yang belum memenuhi target MDGs (85%). Berdasarkan hasil studi pendahuluan di empat puskesmas Kabupaten Jember pada bulan Agustus tahun 2014 dengan empat petugas kesehatan tentang kinerja petugas kesehatan dalam tatalaksana pelayanan didapatkan hasil kinerja petugas kesehatan dengan kategori kurang memiliki persentase sebesar 25%, kategori cukup memiliki persentase sebesar 75%, hasil ini cenderung menunjukkan bahwa rendahnya kinerja petugas kesehatan memiliki pengaruh atau hubungan dengan petugas kesehatan yang kurang memenuhi target cakupan MTBS, untuk itu perlu untuk menganalisa faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel digunakan teknik *multistage random sampling*. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 54 responden. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan, motivasi, sikap dan kepemimpinan. Sedangkan variabel terikat dalam penelitian ini adalah kinerja petugas kesehatan

dalam pelayanan MTBS. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara dengan kuesioner, dan lembar observasi kemudian data yang telah terkumpul dianalisis dengan teknik statistik yaitu uji *Spearman Rank* dengan tingkat signifikansi  $= 0,05$ .

Hasil penelitian ini diantaranya adalah terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember, hal ini dikarenakan pengetahuan yang dimiliki petugas kesehatan tidak diterapkan dalam pelayanan MTBS. Adanya hubungan antara motivasi dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS dikarenakan petugas kesehatan memiliki motivasi yang tinggi dalam diri untuk memberikan pelayanan MTBS sehingga mendorong petugas MTBS untuk bekerja lebih giat, tidak adanya hubungan antara sikap dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS disebabkan karena sikap memiliki 4 tingkatan yang terdiri dari menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab yang dimana pada tingkatan merespon responden belum dapat merespon dengan baik, dan ada hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS karena dengan adanya kepemimpinan yang baik maka akan semakin meningkatkan kinerja petugas, sehingga dari hasil penelitian ini disarankan untuk membuat komitmen bersama antara pelaksana MTBS dengan manajemen puncak (Kepala Puskesmas) berupa peraturan yang mendukung pelayanan MTBS di Puskesmas.

## PRAKATA

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember*”. Skripsi ini disusun guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Nuryadi, S.KM., M.Kes, dan Bapak Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya penulis sampaikan kepada:

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Erdi Istiaji, S.Psi, M.Psi, Psikolog selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
4. Anita Dewi P.S, S.KM, M.Sc, selaku ketua tim penguji yang telah memberikan kritik dan sarannya dalam ujian skripsi;
5. dr. Lilik Lailiyah, M.Kes, selaku penguji dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang telah memberikan kritik dan sarannya dalam ujian skripsi;

6. Kedua orang tuaku Bapak Rudhy K dan Ibu Martik, terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala doa, cinta, kasih sayang, perhatian, dukungan serta pengorbanan yang telah dicurahkan. Semoga Allah SWT membalas semuanya dengan memberikan kemuliaan kepada Bapak dan Ibu.
7. Kakak-kakakku dan keluarga besarku, terima kasih atas doa dan dukungannya selama ini;
8. Mas Arif Mustaqim serta keluarga, terimakasih atas kasih sayangnya, kesabaran, bantuan, dan dukungannya selama ini;
9. Seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi bagi terselesainya skripsi ini.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang membacanya.

Jember, 07 Januari 2015

Penulis

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMBUNG</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PEMBIMBING</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>RINGKASAN</b> .....	viii
<b>PRAKATA</b> .....	x
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	4
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	5
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
<b>2.1 Puskesmas</b> .....	7
2.1.1 Definisi Puskesmas .....	7
2.1.2 Pelaksanaan Kegiatan Upaya Puskesmas.....	7
2.1.3 Tujuan Upaya Kesehatan Ibu, Anak dan KB .....	8
<b>2.2 Indikator-Indikator MTBS</b> .....	9
2.2.1 Sejarah Manajemen Terpadu Balita Sakit.....	9
2.2.2 Definisi Manajeen Terpadu Balita Sakit .....	9
2.2.3 Komponen Dalam Penerapan MTBS .....	10

2.2.4 Tujuan MTBS.....	11
2.2.5 Langkah-langkah MTBS .....	11
<b>2.3 Kinerja .....</b>	<b>23</b>
2.3.1 Definisi Kinerja .....	23
2.3.2 Pengertian Evaluasi dan Penilaian Kinerja .....	24
2.3.3 Tujuan Evaluasi dan Penilaian Kinerja .....	25
2.3.4 Sasaran Evaluasi Kinerja.....	26
2.3.5 Persyaratan Penilaian Kinerja .....	27
2.3.6 Faktor- faktor yang Mempengaruhi Pencapaian Kinerja .....	31
<b>2.4 Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja .....</b>	<b>37</b>
<b>2.5 Kerangka Konsep Penelitian .....</b>	<b>44</b>
<b>2.6 Hipotesis Penelitian .....</b>	<b>45</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian .....</b>	<b>47</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>47</b>
<b>3.3 Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>47</b>
<b>3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....</b>	<b>52</b>
<b>3.5 Data dan Sumber Data.....</b>	<b>56</b>
<b>3.6 Teknik Pengolahan Data dan Instrumen Penelitian .....</b>	<b>57</b>
<b>3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data.....</b>	<b>58</b>
<b>3.8 Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen Penelitian .....</b>	<b>60</b>
<b>3.9 Kerangka Operasional .....</b>	<b>62</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>63</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>63</b>
4.1.1 Karakteristik Responden .....	63
4.1.2 Pengetahuan Responden.....	64
4.1.3 Motivasi Responden .....	64
4.1.4 Sikap Responden .....	65
4.1.5 Kepemimpinan Responden .....	66

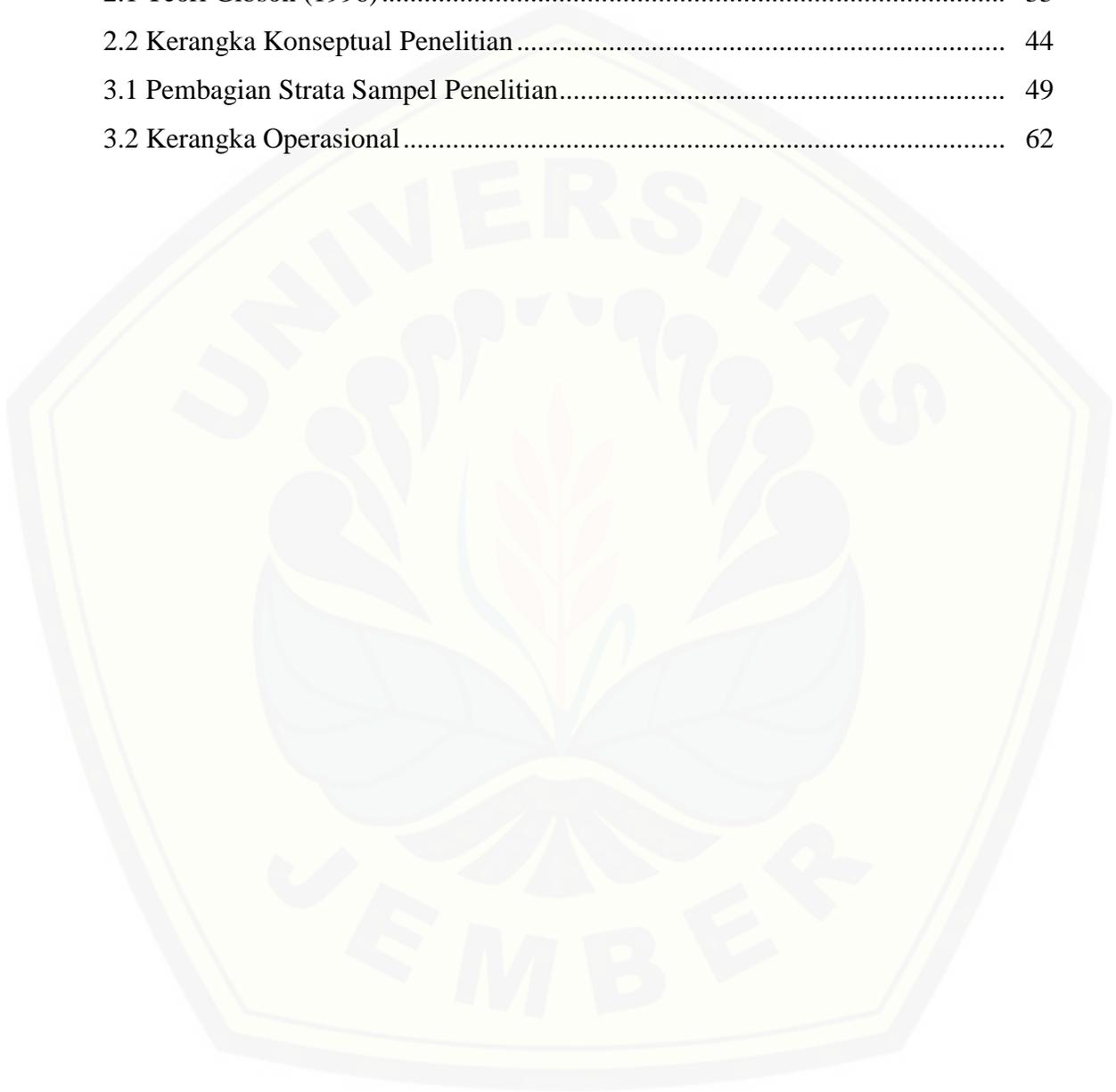
4.1.6 Kinerja Responden .....	67
4.1.7 Hubungan Pengetahuan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember .....	68
4.1.8 Hubungan Motivasi dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember .....	70
4.1.9 Hubungan Sikap dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Pusksmas di Kabupaten Jember .....	71
4.1.10 Hubungan Kepemimpinan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Pusksmas di Kabupaten Jember .....	72
<b>4.2 Pembahasan .....</b>	<b>73</b>
4.2.1 Hubungan antara Pengetahuan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelyanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember.....	73
4.2.2 Hubungan antara Motivasi dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember ...	75
4.2.3 Hubungan antara Sikap dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember.....	77
4.2.4 Hubungan antara Kepemimpinan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelyanan MTBS di Puskesmas Kabupaten Jember.....	79
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>81</b>
<b>5.1 Kesimpulan .....</b>	<b>81</b>
<b>5.2 Saran .....</b>	<b>81</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>83</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>88</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Status imunisasi bila bayi lahir dirumah.....	20
2.2 Status imunisasi bila bayi lahir di RS/RB/Bidan praktek.....	20
3.1 Pembagian sampel ditap-tiap Puskesmas .....	52
3.2 Definisi Operasional Penelitian .....	52
4.1 Distribusi Karakteristik Responden.....	63
4.2 Distribusi Responden berdasarkan Pengetahuan .....	64
4.3 Distribusi Responden berdasarkan Motivasi .....	65
4.4 Distribusi Responden berdasarkan Sikap .....	66
4.5 Distribusi Responden berdasarkan Kepemimpinan.....	66
4.6 Distribusi Responden berdasarkan Kinerja .....	68
4.7 Tabulasi Silang antara Pengetahuan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember .....	69
4.8 Tabulasi Silang antara Motivasi dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember.....	70
4.9 Tabulasi Silang antara Sikap dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember.....	71
4.10 Tabulasi Silang antara Kepemimpinan dengan Kinerja Petugas Kesehatan dalam Pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember .....	72

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Teori Gibson (1996).....	33
2.2 Kerangka Konseptual Penelitian.....	44
3.1 Pembagian Strata Sampel Penelitian.....	49
3.2 Kerangka Operasional.....	62



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Lembar Persetujuan ( <i>Informed Consent</i> .....	88
B. Kuesioner Penelitian .....	89
C. Data Cakupan MTBS .....	96
D. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	98
E. Rekapitulasi Hasil Kuesioner.....	103
F. Hasil Uji Analisa Data .....	106
G. Dokumentasi .....	108
H. Surat Ijin Penelitian.....	109

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Salah satu target dalam pembangunan *millennium development goals* (MDGs) yaitu menurunkan angka kematian anak. Target yang ingin dicapai adalah menurunkan angka kematian balita 2/3 pada tahun 2015 dari kondisi tahun 1990, sehingga angka kematian balita menjadi 23/1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Rekawati, 2011). Pada tahun 2007, di Indonesia terdapat kematian balita sebesar 44/1.000 kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2012 angka kematian balita sebesar 40/1.000 kelahiran hidup. Sedangkan pada wilayah Jawa Timur pada tahun 2012 angka kematian balita sebesar 34/1.000 kelahiran hidup (SDKI, 2012).

Menurut laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember angka kematian balita pada tahun 2010 sebesar 0,65/1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2011 mengalami peningkatan menjadi 12,65/1000 kelahiran hidup dan pada tahun 2012 mengalami penurunan menjadi 12,46/1.000 kelahiran hidup, sedangkan salah satu data kesakitan balita yaitu (Pneumonia) pada tahun 2010 sebesar 2,99%, pada tahun 2011 sebesar 17,65%, pada tahun 2012 sebesar 19, 89% (Dinkes, 2014).

Pada umumnya angka kematian yang cukup tinggi tersebut bisa ditangani dengan perawatan yang baik, pendekatan program perawatan balita sakit pada waktu dulu dengan menggunakan program intervensi secara terpisah, yaitu pendekatan yang menggunakan panduan intervensi secara terpisah dan bukan merupakan sebuah kesatuan. Intervensi secara terpisah tersebut tentunya akan menimbulkan kesulitan bagi para petugas karena harus mengumpulkan pedoman yang terpisah untuk menangani anak yang menderita berbagai penyakit. Oleh sebab itu maka diperlukan intervensi yang lebih sistematis dan efektif. Dalam hal ini yang lebih sistematis dan efektif yaitu dengan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). MTBS merupakan bentuk pengelolaan balita yang mengalami sakit dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan serta kualitas pelayanan kesehatan anak.

Upaya ini merupakan salah satu cara yang efektif untuk menurunkan angka kematian dan angka kesakitan bayi dan anak (Hidayat dalam Febrikurni, 2012). Peningkatan keterampilan perawat dan bidan dalam tatalaksana balita sakit secara komprehensif dilaksanakan dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit atau lebih dikenal dengan MTBS. Kegiatan ini dilaksanakan secara *pre- service* dan atau *in- service training*. Manajemen terpadu balita sakit merupakan standar pelayanan bagi balita sakit dan dinilai *cost effective* serta berkontribusi sangat besar untuk menurunkan angka kematian neonatus, bayi dan balita bila dilaksanakan secara luas, baik dan benar (Depkes RI, 2011).

Kinerja atau *performance* merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksana suatu program kegiatan atau kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi dan misi organisasi yang dituangkan melalui perencanaan strategis suatu organisasi. Kinerja dapat diketahui dan diukur jika individu atau sekelompok karyawan telah mempunyai kriteria atau standar keberhasilan tolak ukur yang ditetapkan oleh organisasi. Oleh karena itu, jika tanpa tujuan dan target yang ditetapkan dalam pengukuran, maka kinerja pada seseorang atau kinerja organisasi tidak mungkin dapat diketahui bila tidak ada tolak ukur keberhasilannya (Moeheriono, 2012). Banyak faktor yang mempengaruhi kinerja karyawan yaitu kemampuannya, usaha yang dicurahkan, dan dukungan organisasi yang diterimanya. Sebagai unit SDM dalam organisasi ada yang untuk menganalisis dan menyampaikan bidang ini. Peran sebenarnya dari unit SDM dalam organisasi seharusnya tergantung pada yang diharapkan oleh manajemen atas. Sehubungan dengan fungsi manajemen, aktifitas SDM harus dikembangkan, dievaluasi, dan diubah bila perlu sehingga mereka dapat memberikan kontribusi pada kinerja kompetitif organisasi dan individu ditempat kerja (Mathis, 2006).

Kabupaten Jember memiliki 49 puskesmas, 46 puskesmas diantaranya memiliki pelayanan MTBS (data terlampir). Namun terdapat 26 puskesmas yang memiliki cakupan MTBS yang belum memenuhi target MDGs (85%). Persentase cakupan MTBS ini didapat dengan menggunakan perhitungan jumlah anak balita

sakit yang memperoleh pelayanan sesuai tatalaksana MTBS di puskesmas di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah seluruh anak balita sakit yang berkunjung ke puskesmas disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun kemudian dikalikan dengan 100. Puskesmas yang belum memenuhi target MDGs (85%) yaitu Puskesmas Cakru (52,05%), Puskesmas Gumukmas (59,54%), Puskesmas Kasiyan (11,52%), Puskesmas Lojejer (60,06%), Puskesmas Sabrang (65,64%), Puskesmas Tempurejo (76,01%), Puskesmas Silo I (58,01%), Puskesmas Silo II (52,03%), Puskesmas Mayang (80,05%), Puskesmas Ajung (77,95%), Puskesmas Umbulsari (17,16%), Puskesmas Jombang (53,76%), Puskesmas Rowotengah (64,26%), Puskesmas Bangsalsari (76,45%), Puskesmas Sukorejo (83,79%), Puskesmas Sukorambi (10,17%), Puskesmas Pakusari (70,71%), Puskesmas Kalisat (51,47%), Puskesmas Sukowono (41,42%), Puskesmas Jelbuk (79,82%), Puskesmas Kaliwates (76,28%), Puskesmas Mangli (68,99%), Puskesmas Jember Kidul (42,02%), Puskesmas Sumpersari (75,45%), Puskesmas Gladak Pakem (50,06%), Puskesmas Patrang (69,23%) (Dinkes Jember, 2014). Berdasarkan hasil studi pendahuluan di empat puskesmas Kabupaten Jember pada bulan Agustus tahun 2014 dengan empat petugas kesehatan tentang kinerja petugas kesehatan dalam tatalaksana pelayanan didapatkan hasil kinerja petugas kesehatan dengan kategori kurang memiliki persentase sebesar 25%, kategori cukup memiliki persentase sebesar 75%. Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS sebgian masih kurang. Hasil ini cenderung menunjukkan bahwa rendahnya kinerja petugas kesehatan memiliki pengaruh atau hubungan dengan petugas kesehatan yang kurang memenuhi target cakupan MTBS.

Menurut beberapa pendapat terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja. Handayani (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa berbagai permasalahan yang muncul akibat kinerja petugas kesehatan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya adalah faktor individu yang meliputi masa kerja, faktor psikologis yang meliputi motivasi, sedangkan untuk faktor organisasi yang mempengaruhi kinerja meliputi kepemimpinan dan fasilitas yang tersedia. Penelitian

Hasmoko (2008) menyatakan faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu pengetahuan, sikap, motivasi, dan monitoring. Berdasarkan penelitian Sumiyati (2006) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu individu yang meliputi pengetahuan, faktor psikologis yang meliputi persepsi dan motivasi. Penelitian Widjanarko, dkk (2012) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu pendidikan dan ketrampilan. Sulistyowati (2012) dalam penelitiannya menyatakan faktor yang mempengaruhi kinerja adalah umur, tingkat pendidikan dan kepemimpinan. Menurut James L Gibson (1996) perilaku dan prestasi individu memerlukan pertimbangan 3 variabel yang mempengaruhi perilaku individu dan hal yang dikerjakan pegawai bersangkutan, ketiga variabel itu adalah: variabel individu meliputi kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografi; variabel psikologis meliputi persepsi, sikap, belajar, motivasi dan kepribadian; dan variabel organisasi yang meliputi sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

Berdasarkan permasalahan di atas serta mengacu pada penelitian sebelumnya, teori yang ada serta permasalahan mendasar yang terjadi dilapangan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja dalam pelayanan MTBS dalam penelitian ini meliputi pengetahuan, motivasi, sikap dan kepemimpinan. Analisis tentang kinerja petugas kesehatan dalam MTBS perlu untuk dilakukan untuk pengembangan pelayanan kesehatan di masa mendatang, untuk itu perlu dilakukan penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember.

## **1.2 Rumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah penelitian ini adalah faktor apa saja yang berhubungan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember?

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisa faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS Puskesmas di Kabupaten Jember.

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

- a. Menganalisa hubungan antara pengetahuan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember
- b. Menganalisa hubungan antara motivasi dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember
- c. Menganalisa hubungan antara sikap dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember
- d. Menganalisa hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Bagi Pengembang Ilmu Pengetahuan**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan tentang faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS. Selain itu, di harapkan dapat memberikan referensi bagi pengembangan penelitian yang terkait di masa yang akan datang

#### 1.4.2 Bagi Puskesmas

Sebagai bahan masukan bagi Puskesmas baik dalam evaluasi pelaksanaan MTBS maupun mencari solusi untuk meningkatkan kinerja petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan MTBS pada balita sakit dan sebagai bahan informasi mengenai faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan MTBS yang lebih baik

#### 1.4.3 Bagi Dinas Kesehatan

Sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk membuat kebijakan dalam pelaksanaan MTBS sehingga dapat menurunkan angka kematian dan kesekitan balita sesuai dengan tujuan yang ditetapkan

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Puskesmas

#### 2.1.1 Definisi Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota (UPTD). Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Sulastomo, 2007).

#### 2.1.2 Pelaksanaan Kegiatan Upaya Puskesmas

Tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui puskesmas, yakni terwujudnya Kecamatan Sehat Menuju Indonesia Sehat, puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang keduanya jika ditinjau dari sistem kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni:

##### a. Upaya Kesehatan Wajib Puskesmas

- 1) Upaya promosi kesehatan
- 2) Upaya kesehatan lingkungan
- 3) Upaya perbaikan gizi
- 4) Upaya pencegahan & pemberantasan penyakit menular
- 5) Upaya kesehatan ibu, anak & KB
- 6) Upaya pengobatan

##### b. Upaya Kesehatan Pengembangan Puskesmas

Dilaksanakan sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang ada dan kemampuan Puskesmas. Bila ada masalah kesehatan, tetapi Puskesmas tidak

mampu menangani, maka pelaksanaan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Upaya Laboratorium (medis dan kesehatan masyarakat) dan Perkesmas serta Pencatatan Pelaporan merupakan kegiatan penunjang dari tiap upaya wajib atau pengembangan (Kepmenkes, 2004).

### 2.1.3 Tujuan dari upaya kesehatan ibu, anak dan KB

Tujuan Umum dari upaya kesehatan ibu, anak dan KB meliputi beberapa aspek yaitu:

- a. Menurunkan angka kematian dan kejadian sakit di kalangan ibu
- b. Meningkatkan derajat kesehatan anak, melalui pemantauan status gizi dan pencegahan sedini mungkin berbagai penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi dasar sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara maksimal.

Peningkatan mutu pelayanan program KIA diharapkan menjadi kegiatan prioritas ditingkat Kabupaten/ Kota. Peningkatan mutu program KIA juga dinilai dari besarnya cakupan program dimasing-masing wilayah kerja, untuk itu besarnya cakupan pelayanan KIA disuatu wilayah kerja perlu dipantau secara terus-menerus agar diperoleh gambaran yang jelas mengenai kelompok mana dalam wilayah kerja tersebut yang paling rawan yang disebut dengan sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anka (PWS-KIA). Indikator pemantauan program KIA meliputi:

- 1) Cakupan pelayanan antenatal pertama kali (K1)
- 2) Cakupan pelayanan antenatal minimal 4 kali (K4)
- 3) Cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan (Pn)
- 4) Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (Kf 3)
- 5) Cakupan pelayanan neonatus pertama kali (KN 1)
- 6) Cakupan pelayanan neonatus lengkap (KN Lengkap)
- 7) Deteksi faktor risiko dan komplikasi maternal oleh masyarakat
- 8) Cakupan penanganan komplikasi maternal (PK)
- 9) Cakupan penanganan komplikasi neonatus (NK)

- 10) Cakupan pelayanan kesehatan bayi (K Bayi)
- 11) Cakupan pelayanan kesehatan anak balita (K Balita): Kematian bayi dan balita merupakan salah satu parameter derajat kesejahteraan suatu negara. Sebagian besar penyebab kematian bayi dan balita dapat dicegah dengan teknologi sederhana di tingkat pelayanan kesehatan dasar, salah satunya adalah dengan menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), di tingkat pelayanan kesehatan dasar
- 12) Cakupan pelayanan kesehatan anak balita sakit yang dilayani dengan MTBS
- 13) Cakupan peserta KB aktif (*contraceptive prevalence rate*, CPR) (Depkes, 2010).

## **2.2 Indikator-Indikator MTBS**

### **2.2.1 Sejarah Manajemen Terpadu Balita Sakit**

MTBS telah diadaptasi pada tahun 1997 atas kerjasama antara Kementerian Kesehatan RI, WHO, Unicef dan IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia). Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) adalah suatu pendekatan terpadu dalam tatalaksana balita sakit. MTBS bukan merupakan program kesehatan, tetapi suatu standar pelayanan dan tatalaksana balita sakit secara terpadu di fasilitas kesehatan tingkat dasar. WHO memperkenalkan konsep pendekatan MTBS yang merupakan strategi upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan bayi dan anak balita di negara-negara berkembang (Kesehatan Anak, 2011).

### **2.2.2 Definisi Manajemen Terpadu Balita Sakit**

Menurut Departemen Kesehatan Manajemen Terpadu Balita Sakit adalah manajemen untuk menangani balita sakit yang bersifat terpadu yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Terpadu berarti mencari dan mengobati dengan

dipandu buku bagan MTBS untuk beberapa penyakit yang menyebabkan kematian bayi dan balita seperti pneumonia, diare, malaria, campak, gizi buruk dan masalah lainnya ke dalam satu episode pemeriksaan. Dimulai dari penilaian berupa pemeriksaan gejala dan tanda-tanda yang muncul, pembuatan klasifikasi, pemberian tindakan dan kemudian diakhiri dengan melakukan konseling. Pemberian intervensi pun terpadu pula dengan melibatkan tiga komponen utama yaitu promosi (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif). Keterlibatan beberapa program inilah yang membedakan dengan strategi yang lain yang bersifat terkotak-kotak secara vertikal seperti manajemen ISPA, program pemberantasan malaria, program pemberantasan diare, penanganan gizi buruk dan lain sebagainya.

Menurut WHO-UNICEF (2003), Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) sebagai strategi yang penting untuk memperbaiki kesehatan anak. MTBS ini memusatkan pada penanganan anak bawah lima tahun (balita), tidak hanya mengenai status kesehatannya namun juga penyakit-penyakit yang menyerang mereka. Fokusnya memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan pada fasilitas tingkat pelayanan dasar (balai pengobatan dan pelayanan rawat jalan) dengan menggunakan standar serta pendekatan yang terintegrasi untuk pelayanan kesehatan. Menurut WHO (1998), ide keterpaduan ini didasari pada kenyataan di lapangan bahwa sebagian besar balita sakit yang datang seringkali menunjuk gejala klinis yang saling tumpang tindih dan bahkan tidak spesifik sehingga menimbulkan kesulitan dalam menegakkan diagnosis tunggal dan atau melakukan pendekatan penyakit secara spesifik sehingga berdampak pada membengkaknya biaya pengobatan (Kesehatan anak, 2011).

### 2.2.3 Komponen Dalam Penerapan MTBS

Terdapat tiga komponen dalam penerapan strategi Manajemen Terpadu Balita Sakit yaitu:

- a. Komponen I : meningkatkan keterampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit (dokter, perawat, bidan)

- b. Komponen II : Memperbaiki sistem kesehatan agar penanganan penyakit pada balita lebih efektif
- c. Komponen III : Memperbaiki praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dan upaya pencarian pertolongan kasus balita sakit (meningkatkan pemberdayaan keluarga dan masyarakat, yang dikenal sebagai “Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis masyarakat”).

Untuk keberhasilan penerapan MTBS, proporsi penekanan pada ketiga komponen harus sama besar (Kesehatan anak, 2011).

#### 2.2.4 Tujuan MTBS

Adapun tujuan dari Manajemen Terpadu Balita Sakit yaitu meliputi:

- a. Menurunkan secara bermakna angka kematian dan kesakitan yang terkait penyakit tersering pada balita.
- b. Memberikan kontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan kesehatan anak (Kesehatan anak, 2011).

#### 2.2.5 Langkah-Langkah MTBS

Langkah- langkah penilaian dan klasifikasi anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun (Kesehatan RI, 2010), yaitu:

- a. Menyambut ibu dengan baik dan dipersilahkan duduk bersama anaknya. Tanyakan umur anak, periksa apakah BB, PB/TB dan suhu badan anak telah diukur dan dicatat. Jika belum, timbang dan ukur PB/TB serta suhu badan anak pada saat saudara menilai dan mengklasifikasikan gejala-gejala utama anak. Catat juga jenis kelaminnya (jangan membuka pakaian/melakukan tindakan apapun pada anak itu sekarang).
- b. Menanyakan kepada ibu mengenai masalah anaknya.
- c. Menentukan apakah kunjungan ini merupakan kunjungan pertama atau kunjungan ulang
- d. Memeriksa tanda bahaya umum meliputi:

- 1) Tidak bisa minum atau menyusu
- 2) Memuntahkan semuanya
- 3) Kejang
- 4) Letargis atau tidak sadar

e. Pemeriksaan Pneumonia

Langkah-langkah yang dilakukan meliputi:

Menanyakan apakah anak menderita batuk atau sukar bernafas

- 1) Menanyakan: berapa lama
- 2) Melihat dan Mendengar: hitung nafas dalam 1 menit, perhatikan adakah tarikan dinding dada kedalam, dengar adanya stridor
- 3) Mengklasifikasi tindakan
- 4) Memeriksa tanda bahaya umum apabila terdapat tarikan dinding dada kedalam, atau stridor merupakan gejala pneumonia berat/penyakit sangat berat, beri dosis pertama antibiotik yang sesuai, rujuk segera
- 5) Memeriksa pernafasan, apabila terdapat nafas cepat merupakan gejala pneumonia beri antibiotik yang sesuai, beri pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman, jika batuk >3 minggu rujuk untuk pemeriksaan lanjutan, nasehati kapan kembali segera.
- 6) Melakukan pemeriksaan apabila tidak ada tanda-tanda pneumonia berat atau penyakit sangat berat dan batuk tetapi bukan pneumonia maka berikan pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman, jika batuk >3 minggu rujuk untuk pemeriksaan lanjutan, nasihati kapan kebalik segera dan kunjungan ulang 5 hari jika tidak ada perbaikan

f. Pemeriksaan penyakit diare

Langkah-langkah dalam pemeriksaan diare meliputi:

Menanyakan apakah anak menderita diare

- 1) Menanyakan: berapa lama, dan adakah darah dalam tinja
- 2) Melihat dan meraba: lihat keadaan umum anak, apakah letargis atau tidak sadar, gelisah dan rewel, mudah marah

- 3) Melihat apakah matanya cekung
- 4) Memberikan minum anak, apakah tidak bisa minum atau malas minum, apakah haus dan minum dengan lahap
- 5) Mencubit kulit perut untuk mengetahui turgor kulit, apakah kembalinya sangat lambat lebih dari 2 detik atau lambat
- 6) Mengklasifikasikan gejala, klasifikasi penyakit, dan tindakan/ pengobatan
- 7) Memeriksa apakah terdapat letargis/tidak sadar, mata cekung, tidak bisa minum/malas minum, cubitan kulit perut kembali sangat lambat merupakan gejala diare dehidrasi berat. Jika tidak ada klasifikasi berat lain, beri cairan dehidrasi berat (rencana terapi C) dan tablet zinc, jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lain maka rujuk segera, jika masih bisa minum beri ASI dan larutan oralit selama perjalanan, jika ada kolera di daerah tersebut beri antibiotik untuk kolera.
- 8) Memeriksa apakah terdapat 2 atau lebih tanda-tanda berikut: gelisah, rewel/mudah marah, mata cekung, haus, minum dengan lahap, cubitan kulit perut lebih lambat merupakan gejala diare dehidrasi ringan/ sedang maka berikan cairan dan makanan (rencana terapi B) dan tablet zinc (10 hari berturut- turut), jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lain maka, rujuk segera jika masih bisa minum berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan, nasihat kapan kembali segera, kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan
- 9) Melakukan pemeriksaan apabila tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat, ringan/ sedang merupakan gejala diare tanpa dehidrasi, beri cairan dan makanan sesuai rencana terapi A dan tablet zinc (10 hari berturut- turut), nasihat kapan kembali segera, kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan
- 10) Melakukan pemeriksaan apabila ada dehidrasi merupakan gejala diare persisten berat, atasi diare sebelum dirujuk kecuali ada klasifikasi berat lain segera rujuk

- 11) Menasehati pemberian makanan diare persisten, beri tablet zinc (10 hari berturut-turut), kunjungan ulang 5 hari apabila tanpa dehidrasi merupakan gejala diare persisten
- 12) Menasehati kapan kembali segera, kunjungan ulang 2 hari, apabila terdapat darah dalam tinja merupakan gejala disentri maka berikan antibiotik yang sesuai, beri tablet zinc (10 hari berturut-turut)

g. Pemeriksaan malaria

Langkah-langkah pemeriksaan untuk penyakit malaria meliputi:

Menanyakan apakah anak demam

- 1) Menanyakan: sudah berapa lama anak demam
- 2) Menanyakan jika lebih dari 7 hari, apakah demam setiap hari
- 3) Menanyakan apakah pernah mendapat obat anti malaria dalam 2 minggu terakhir
- 4) Menanyakan apakah anak menderita campak dalam 3 bulan terakhir?
- 5) Melihat dan meraba adanya kaku kuduk, lihat adanya pilek, lihat adanya tanda-tanda campak saat ini (ruam kemerahan dikulit yang menyeluruh, terdapat salah satu gejala batuk pilek, atau mata merah jika anak menderita campak saat ini atau 3 bulan terakhir maka lihat adanya luka dimulut (apakah dalam atau luas), lihat adanya nanah pada mata, lihat adanya kekeruhan pada kornea)
- 6) Mengklasifikasi demam resiko tinggi malaria: gejala, klasifikasi dan tindakan.
  - a) Melakukan pemeriksaan jika adanya tanda bahaya umum kaku kuduk merupakan gejala penyakit berat dengan demam jika hasil RDT/ mikroskopis untuk falsiparum atau *mixed*, beri dosis pertama suntikan artometer, jika hasil RDT/ mikroskopis negatif, tidak perlu diberi anti suntikan malaria, beri dosis pertama suntikan antibiotik, beri dosis pertama parasetamol jika demam tinggi  $38,5^{\circ}\text{C}$ , cegah agar gula darah tidak turun, rujuk segera

- b) Melakukan pemeriksaan apabila terdapat demam (pada anamnesis atau teraba panas atau suhu  $>37,5^{\circ}\text{C}$ ) RDT positif merupakan gejala malaria jika RDT positif falsiparum atau positif non falsiparum atau positif *mixed*, beri anti malaria oral yang sesuai, beri dosis pertama parasetamol jika demam tinggi ( $>38,5^{\circ}\text{C}$ ), nasihat kapan kembali segera, kunjungan ulang jika tetap demam setelah minum obat anti malaria 3 hari berturut-turut
  - c) Melakukan pemeriksaan apabila terdapat demam (pada anamnesis atau teraba panas atau suhu  $>37,5^{\circ}\text{C}$ ) RDT negatif merupakan gejala demam: mungkin bukan malaria, maka beri dosis pertama parasetamol jika demam tinggi ( $>38,5^{\circ}\text{C}$ ), obati penyebab lain dari demam, jika demam tiap hari selama  $>7$  hari, rujuk untuk pemeriksaan lanjutan, nasehat kapan kembali segera, kunjungan ulang 2 hari jika tetap demam
- 7) Resiko rendah malaria
- a) Melakukan pemeriksaan apabila terdapat kaku kuduk, kaku kuduk merupakan gejala penyakit berat dengan demam, jika hasil RDT/mikroskopis positif untuk falsiparum atau *mixed*, beri dosis pertama suntikan artometer, jika hasil RDT/mikroskopis negatif, tidak perlu diberi anti suntikan malaria, beri dosis pertama suntikan antibiotik, beri dosis pertama parasetamol jika demam tinggi  $>38,5^{\circ}\text{C}$ , cegah agar gula darah tidak turun, rujuk segera
  - b) Memeriksa apakah tidak ada pilek, tidak ada campak, tidak ada penyebab lain dari demam, RDT positif falsiparum atau positif non falsiparum atau positif *mixed*, beri anti malaria oral yang sesuai, beri dosis pertama parasetamol jika demam tinggi ( $>38,5^{\circ}\text{C}$ ), nasihat kapan kembali segera, kunjungan ulang jika tetap demam setelah minum obat anti malaria 3 hari berturut-turut
  - c) Melakukan pemeriksaan apabila terdapat pilek, campak, penyebab lain dari demam, RDT negatif merupakan penyakit demam mungkin bukan malaria, beri dosis pertama parasetamol, jika demam tinggi ( $>38,5^{\circ}\text{C}$ ),

obati penyebab lain dari demam, jika demam tiap hari selama >7 hari, rujuk untuk pemeriksaan lanjutan, nasehat kapan kembali segera, kunjungan ulang 2 hari jika tetap demam

8) Tanpa resiko malaria

a) Memeriksa apakah ada tanda bahaya umum, atau kaku kuduk merupakan gejala penyakit berat dengan demam, beri dosis pertama antibiotik yang sesuai, cegah agar gula darah tidak turun, beri dosis pertama parasetamol jika demam tinggi ( 38, 5C), rujuk segera

b) Menentukan tindaklanjut apabila tidak ada tanda bahaya umum atau tidak ada kaku kuduk merupakan penyakit demam bukan malaria, beri dosis pertama parasetamol, jika demam tinggi ( 38, 5C), obati penyebab lain dari demam, jika demam tiap hari selama >7 hari, rujuk untuk pemeriksaan lanjutan, nasehat kapan segera kembali, kunjungan ulang 2 hari jika tetap demam

9) Pemeriksaan penyakit campak

Klasifikasi campak meliputi:

a) Memeriksa apakah ada tanda bahaya umum, atau kekeruhan pada kornea mata, atau luka dimulut yang luas dan dalam merupakan gejala penyakit campak dengan komplikasi berat, beri 1 dosis pertama vitamin A, beri dosis pertama antibiotik yang sesuai, jika ada kekeruhan pada kornea atau mata bernanah, bubuhi salep/tetes mata kloramfenikol/tetrasiklin tanpa kortikosteroid, beri dosis pertama parasetamol jika demam ( 38,5C), rujuk segera

b) Memeriksa apakah mata bernanah atau luka dimulut merupakan gejala penyakit campak dengan kompliksi pada mata dan atau mulut, beri vitamin A, jika mata bernanah, bubuhi salep atau tetes mata kloramfeniko/tetrasiklin tanpa kortikosteroid, jika ada luka dimulut ajari cara mengobati dengan gentian violet, kunjungan ulang 2 hari

- c) Memberikan vitamin A apabila tidak ada tanda-tanda diatas merupakan penyakit campak

10) Pemeriksaan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

Klaisifikasi Demam Berdarah Dengue meliputi:

- a) Memeriksa apakah ada tanda-tanda syok atau gelisah, muntah bercampur darah seperti kopi, berak berwarna hitam, perdarahan dari hidung atau gusi, bintik- bintik perdarahan dikulit (*petekie*) dan uji *tourniquet* positif, sering muntah merupakan tanda gejala demam berdarah dengue (DBD) jika ada syok beri oksigen 2-4 liter/menit dan beri segera cairan intravena sesuai petunjuk, jika ada syok tetapi sering muntah atau malas minum, beri cairan infus *ringer laktat/ringer asetat*, jumlah cairan rumatan, jika tidak ada syok, tidak muntah dan masih mau minum, beri oralit atau cairan lain sebanyak mungkin dalam perjalanan kerumah sakit, jika demam tinggi (  $38,5^{\circ}\text{C}$ ) beri dosis pertama parasetamol, tidak boleh golongan salisilat dan ibu profen, rujuk segera
- b) Melakukan pemeriksaan tindaklanjut jika demam mendadak tinggi dan terus-menerus, atau nyeri ulu hati atau gelisah, atau bintik-bintik perdarahan kulit dan uji *tourniquet* (-), mungkin DBD, jika demam tinggi (  $38,5^{\circ}\text{C}$ ) beri dosis pertama paracetamol, tidak boleh golongan salisilat dan ibu profen, nasehat untuk lebih banyak minum (oralit/ cairan lain), nasehat kapan kembali segera, kunjungan ulang 1 hari jika tetap demam
- c) Memberikan pengobatan apabila tidak ada satupun gejala diatas demam: mungkin bukan DBD maka obati lain penyebab dari demam, jika demam tinggi (  $38,5^{\circ}\text{C}$ ) beri dosis pertama parasetamol tidak boleh golongan salisilat dan ibu profen, nasehat kapan kembali segera, kunjungan 2 hari jika tetap demam

h. Pemeriksaan penyakit telinga pada anak

Langkah-langkah pemeriksaan telinga pada anak meliputi:

Menanyakan apakah anak mempunyai masalah telinga

- 1) Menanyakan: apakah telinganya sakit
  - 2) Menanyakan adakah cairan/nanah keluar dari telinga, Jika ya berapa lama
  - 3) Melihat dan meraba, lihat adakah nanah/cairan keluar dari telinga, raba adakah pembengkakan yang nyeri dibelakang telinga
  - 4) Mengklasifikasikan masalah telinga berdasarkan gejala, klasifikasi penyakit, tindakan
  - 5) Melakukan pemeriksa apabila terdapat pembengkakan yang nyeri di belakang telinga merupakan gejala penyakit mastoiditis, beri dosis pertama antibiotik yang sesuai, beri dosis pertama parasetamol untuk mengatasi nyeri, rujuk segera
  - 6) Memberikan obat apabila tampak cairan/nanah keluar dari telinga dan telah terjadi kurang dari 14 hari, atau nyeri telinga merupakan infeksi telinga akut, beri antibiotik yang sesuai, beri parasetamol untuk mengatasi nyeri, keringkan telinga dengan bahan penyerap, kunjungan ulang 2 hari
  - 7) Melakukan tindaklanjut jika tampak cairan/nanah keluar dari telinga dan telah terjadi selama 14 hari atau lebih merupakan gejala infeksi telinga kronis, keringkan telinga dengan kain/kertas penyerap setelah dicuci dengan  $H_2O_2$  3%, beri tetes telinga yang sesuai, kunjungan ulang 5 hari
  - 8) Menentukan tindaklanjut apabila tidak ada sakit telinga dan tidak ada nanah keluar dari telinga maka tidak ada infeksi telinga, maka tidak perlu tindakan tambahan
- i. Memeriksa status gizi
- Langkah-langkah dalam pemeriksaan gizi meliputi:
- 1) Melihat dan meraba
  - 2) Melihat apakah anak tampak kurus atau sangat kurus
  - 3) Melihat dan raba adanya pembengkakan di kedua punggung kaki
  - 4) Menentukan berat badan menurut panjang badan atau tinggi badan, apakah:
    - a)  $BB/PB$  (TB)  $< -3$  SD
    - b)  $BB/PB$  (TB)  $-3$  SD  $- < -2$  SD

- c) BB/PB (TB)  $-2\text{ SD} - +2\text{ SD}$
- 5) Mengklasifikasi status gizi berdasarkan gejala, klasifikasi penyakit, dan tindakan
  - 6) Melakukan pemeriksaan berat badan, apabila badan sangat kurus, BB/PB (TB)  $<-3\text{ SD}$ , bengkak pada kedua punggung kaki menandakan kondisi sangat kurus dan atau edema, beri air gula, hangatkan badan, beri dosis pertama vitamin A sesuai umur, bila disertai diare, berikan cairan ReSoMal atau modifikasinya, bila syok berikan glukosa 10% IV dan infus, bila ada komplikasi pada mata, beri tetes/salep mata tanpa kortikosteroid, rujuk segera, selama dalam perjalanan jaga kehangatan badan dan bila masih menyusui, teruskan ASI
  - 7) Melakukan pemeriksaan selanjutnya apabila badan kurus atau BB/ PB (TB)  $-3\text{SD} - <-2\text{SD}$  maka anak kurus, lakukan penilaian pemberian makan pada anak, bila ada masalah pemberian makan, lakukan konseling gizi dan kunjungan ulang 5 hari, bila tidak ada masalah pemberian makan, nasehati sesuai anjuran makan anak sehat maupun sakit dan kunjungan ulang 14 hari, nasehati kapan kembali segera
  - 8) Melakukan pemeriksaan lanjutan apabila BB/PB (TB)  $-2\text{SD} - +2\text{ SD}$ , dan ditemukan tanda-tanda kelainan gizi diatas pertumbuhan normal, jika anak berumur kurang dari 2 tahun, lakukan penilaian pemberian makan dan nasehat sesuai anjuran makan untuk anak sehat maupun sakit, bila ada masalah pemberian makan, lakukan konseling gizi dan kunjungan ulang 5 hari, bila tidak masalah pemberian makan, anjurkan untuk menimbang berat badan secara teratur setiap bulan
- j. Pemeriksaan anemia
- Langkah-langkah pemeriksaan anemia pada anak meliputi:
- 1) Melihat tanda pucat pada telapak tangan, apakah: sangat pucat? Agak pucat?
  - 2) Mengklasifikasikan anemia berdasarkan gejala, klasifikasi penyakit dan tindakan

- 3) Memeriksa telapak tangan apabila sangat pucat merupakan anemia berat, rujuk segera bila masih menyusui, teruskan pemberian ASI
- 4) Menentukan tindakan selanjutnya apabila telapak tangan agak pucat merupakan anemia lakukan penilaian pemberian makan pada anak, bila ada masalah pemberian makan, lakukan konseling gizi, dan kunjungan ulang 5 hari, beri zat besi, beri obat cacing, jika daerah resiko tinggi malaria: beri anti malaria oral, nasehat kapan kembali segera, kunjungan ulang 4 minggu, apabila tidak ditemukan tanda keputihan pada telapak tangan maka tidak anemia, tidak perlu tindakan

k. Pemeriksaan status imunisasi

Tabel 2.1 Status imunisasi bila bayi lahir dirumah

Jadwal imunisasi	Umur	Jenis vaksin	Tempat
(Bayi lahir dirumah)	0-7 hari	HBo	Rumah
	1 bulan	BCG, Polio 1	Posyandu
	2 bulan	DPT/HB 1, Polio 2	Posyandu
	3 bulan	DPT/HB 2, Polio 3	Posyandu
	4 bulan	DPT/HB 3, Polio 4	Posyandu
	9 bulan	Campak	Posyandu

Sumber: Depkes RI, 2010

Tabel 2.2 Status imunisasi bila bayi lahir di RS/RB/Bidan praktek

Jadwal imunisasi	Umur	Jenis vaksin	Tempat
(Bayi lahir di RS/RB/ Bidan praktek)	0-7 hari	HBo	RS/RB/Bidan
	1 bulan	BCG, Polio 1	RS/RB/Bidan/Posyandu
	2 bulan	DPT/ HB 1, Polio 2	RS/RB/Bidan/Posyandu
	3 bulan	DPT/ HB 2, Polio 3	RS/RB/Bidan/Posyandu
	4 bulan	DPT/ HB 3, Polio 4	RS/RB/Bidan/Posyandu
	9 bulan	Campak	RS/RB/Bidan/Posyandu

Sumber: Depkes RI, 2010

l. Pemeriksaan pemberian vitamin A

Langkah-langkah yang perlu diketahui dalam pemberian vitamin A meliputi:

- 1) Jadwal suplementasi: setiap bulan februari dan agustus
- 2) Umur 6 sampai 11 bulan: 100.000 IU ( kapsul biru)
- 3) Umur 12 bulan sampai 59 bulan: 200.000 IU (kapsul merah) (Depkes RI, 2010).

- m. Menilai masalah/keluhan lain yang mungkin ada pada anak tetapi tidak dapat diklasifikasikan memakai bagan dari 4 keluhan utama, misalnya kencing berdarah, hernia, gatal- gatal, sukar berak, atau infeksi kulit
- n. Menentukan perlunya dilakukan rujukan segera meliputi:
- 1) Pneumonia berat/penyakit sangat berat
  - 2) Diare dehidrasi berat
  - 3) Diare persisten berat
  - 4) Penyakit berat dengan demam
  - 5) Campak dengan komplikasi berat
  - 6) Demam berdarah dengue
  - 7) Mastoiditis
  - 8) Sangat kurus dan atau edema
  - 9) Anemia berat
- o. Menentukan tindakan/pengobatan pra rujukan dan menentukan tindakan pra rujukan meliputi:
- 1) Beri dosis pertama antibiotik yang sesuai
  - 2) Beri dosis pertama suntikan artemeter untuk malaria berat (di daerah resiko tinggi/rendah malaria)
  - 3) Beri dosis pertama vitamin A
  - 4) Beri cairan intravena pada anak DBD dengan syok
  - 5) Cegah agar gula darah tidak menurun (termasuk memberi ASI, susu atau air gula)
  - 6) Beri dosis pertama suntikan antibiotik
  - 7) Beri dosis pertama obat malaria oral (daerah resiko tinggi dan rendah malaria)
  - 8) Beri dosis pertama parasetamol jika demam tinggi ( $38,5^{\circ}\text{C}$  atau lebih) atau nyeri akibat mastoiditis
  - 9) Beri tetes/salep mata tetrasiklin atau kloramfenikol tanpa kortikosteroid (bila ada kekeruhan kornea atau mata bernanah)
  - 10) Beri ASI dan larutan oralit selama perjalanan kerumah sakit

- p. Merujuk anak
- q. Menentukan tindakan dan pengobatan untuk anak yang tidak memerlukan rujukan meliputi:
- 1) Pneumonia
  - 2) Batuk bukan pneumonia
  - 3) Diare dehidrasi ringan/sedang
  - 4) Diare tanpa dehidrasi
  - 5) Diare persisten
  - 6) Disentri
  - 7) Malaria (resiko tinggi dan resiko rendah malaria)
  - 8) Demam mungkin bukan malaria (resiko rendah malaria)
  - 9) Demam bukan malaria (tanpa resiko malaria)
  - 10) Campak dengan komplikasi pada mata atau mulut
  - 11) Campak
  - 12) Mungkin DBD
  - 13) Demam mungkin bukan DBD
  - 14) Infeksi telinga akut
  - 15) Infeksi telinga kronis
  - 16) Kurus
  - 17) Anemia
- r. Kunjungan ulang
- s. Pemberian konseling meliputi:
- 1) Menggunakan keterampilan komunikasi yang baik
  - 2) Mengajari ibu cara pemberian obat oral dirumah
  - 3) Mengajari ibu cara mengobati infeksi lokal dirumah
  - 4) Mengajari ibu cara mencampur dan memberi oralit
  - 5) Mengajarkan makan untuk anak sehat maupun sakit
  - 6) Menilai cara pemberian makanan anak
  - 7) Menentukan masalah pemberian makan anak

- 8) Menasehati ibu tentang masalah pemberian makan anak
- 9) Menasehati ibu tentang pemberian cairan selama anak sakit
- 10) Menasehati ibu tentang penggunaan kelambu untuk pencegahan malaria
- 11) Menasehati ibu kapan harus kembali ke petugas kesehatan

## 2.3 Kinerja

### 2.3.1 Definisi Kinerja

Kinerja Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan istilah yang berasal dari kata *job performance* atau *actual performance* (prestasi kerja atau prestasi sesungguhnya yang dicapai seseorang). Definisi kinerja karyawan yang dikemukakan Kusriyanto dalam Mangkunegara (2005) adalah: “perbandingan hasil yang dicapai dengan peran serta tenaga kerja persatuan waktu (lazimnya per jam)”. Gomes dalam Mangkunegara (2005) mengemukakan definisi karyawan sebagai:” ungkapan seperti *output*, efisiensi serta efektivitas sering dihubungkan dengan produktivitas”. Selanjutnya, definisi kinerja karyawan menurut Mangkunegara (2005) bahwa kinerja karyawan (prestasi kerja) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya”. Oleh karena itu disimpulkan bahwa kinerja SDM adalah prestasi atau hasil kerja (*output*) baik kualitas maupun kuantitas yang dicapai SDM persatuan periode waktu dalam melaksanakan tugas kerjanya dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, 2005).

Pengertian kinerja atau *performance* merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu program kegiatan atau kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi, dan misi organisasi yang dituangkan melalui perencanaan strategis suatu organisasi (Moehariono, 2012). Kinerja (*performance*) adalah hasil pekerjaan yang dicapai seseorang berdasarkan persyaratan-persyaratan pekerjaan (*job performance*). Suatu pekerjaan mempunyai persyaratan tertentu untuk dapat

dilakukan dalam mencapai tujuan yang disebut juga sebagai standar pekerjaan (*job standard*) (Bangun, 2012).

### 2.3.2 Pengertian Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Evaluasi kinerja atau prestasi karyawan yang dikemukakan Mengginson dalam Mangkunegara (2005) adalah sebagai berikut : “penilaian prestasi kerja (*performance appraisal*) adalah suatu proses yang digunakan pemimpin untuk menentukan apakah seseorang karyawan melakukan pekerjaannya sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya”. Selanjutnya Sikula yang dikutip Mangkunegara (2005) mengemukakan bahwa “penilaian pegawai merupakan evaluasi yang sistematis dari pekerjaan pegawai dan potensi yang dapat dikembangkan. Penilaian dalam proses penafsiran atau penentuan nilai, kualitas atau status dari beberapa obyek orang ataupun sesuatu (barang)”, dari beberapa pendapat ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa evaluasi kinerja adalah penilaian yang dilakukan secara sistematis untuk mengetahui hasil pekerjaan karyawan dan kinerja organisasi (Mangkunegara, 2005).

Penilaian Kinerja (*performance appraisal*) adalah proses evaluasi seberapa baik karyawan mengerjakan pekerjaan mereka ketika dibandingkan dengan satu set standar, dan kemudian mengkomunikasikannya dengan para karyawan (Mathis dan Jackson, 2002). Penilaian kinerja merupakan proses yang dilakukan perusahaan dalam mengevaluasi kinerja pekerjaan seseorang. Penilaian kinerja meliputi dimensi kinerja karyawan dan akuntabilitas, dalam dunia kompetitif yang mengglobal, perusahaan-perusahaan membutuhkan kinerja tinggi. Pada waktu yang sama, para karyawan membutuhkan umpan balik tentang kinerja mereka sebagai petunjuk untuk mempersiapkan perilaku masa depan (Mangkuprawira, 2002). Penilaian kinerja adalah proses yang dilakukan organisasi untuk mengevaluasi atau menilai keberhasilan karyawan dalam melaksanakan tugasnya. Penilaian dapat dilakukan dengan membandingkan hasil kerja yang dicapai karyawan dengan standar pekerjaan. Bila hasil kerja yang diperoleh sampai atau melebihi standar pekerjaan

dapat dikatakan kinerja seseorang karyawan termasuk kategori baik. Demikian sebaliknya, seorang karyawan yang hasil pekerjaannya tidak mencapai standar pekerjaan termasuk pada kinerja yang tidak baik atau berkinerja rendah (Bangun, 2012).

### 2.3.3 Tujuan Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Tujuan evaluasi kinerja adalah untuk memperbaiki atau meningkatkan kinerja organisasi melalui peningkatan kinerja dari SDM organisasi. Secara lebih spesifik, tujuan dari evaluasi kinerja sebagaimana dikemukakan Sunyoto dalam Mangkunegara (2005) adalah:

- a. Meningkatkan saling pengertian antara karyawan tentang persyaratan kinerja
- b. Mencatat dan mengakui hasil kerja seorang karyawan, sehingga mereka termotivasi untuk berbuat yang lebih baik, atau sekurang-kurangnya berprestasi sama dengan prestasi yang terdahulu
- c. Memberikan peluang kepada karyawan untuk mendiskusikan keinginan dan aspirasinya dan meningkatkan kepedulian terhadap karier atau terhadap pekerjaan yang diembannya sekarang
- d. Mendefinisikan atau merumuskan kembali sasaran masa depan, sehingga karyawan termotivasi untuk berprestasi sesuai dengan potensinya
- e. Memeriksa rencana pelaksanaan dan pengembangan yang sesuai dengan kebutuhan pelatihan, khusus secara diklat, dan kemudian menyetujui rencana itu jika tidak ada hal-hal yang perlu dirubah

Kegunaan penilaian prestasi kerja (kinerja) karyawan adalah:

- a. Sebagai dasar dalam pengambilan keputusan yang digunakan untuk prestasi, pemberhentian dan besarnya balas jasa
- b. Untuk mengukur sejauh mana seorang karyawan dapat menyelesaikan pekerjaannya
- c. Sebagai dasar untuk mengevaluasi efektivitas seluruh kegiatan dalam perusahaan

- d. Sebagai dasar untuk mengevaluasi program latihan dan keefektifan jadwal kerja, metode kerja, struktur organisasi, gaya pengawasan, kondisi kerja dan pengawasan
- e. Sebagai indikator untuk menentukan kebutuhan akan latihan bagi karyawan yang berada di dalam organisasi
- f. Sebagai alat untuk meningkatkan motivasi kerja karyawan sehingga dicapai *performance* yang baik
- g. Sebagai alat untuk dapat melihat kekurangan atau kelemahan dan meningkatkan kemampuan karyawan selanjutnya
- h. Sebagai kriteria menentukan, seleksi dan penempatan karyawan
- i. Sebagai alat untuk memperbaiki atau mengembangkan kecakapan karyawan
- j. Sebagai dasar untuk memperbaiki atau mengembangkan uraian tugas (*job description*) (Mangkunegara, 2005).

#### 2.3.4 Sasaran Evaluasi Kinerja

Sasaran-sasaran evaluasi kinerja karyawan yang dikemukakan Sunyoto dalam Mangkunegara (2005) sebagai berikut:

- a. Membuat analisis kinerja dari waktu yang lalu secara berkesinambungan dan periodik, baik kinerja karyawan maupun kinerja organisasi
- b. Membuat evaluasi kebutuhan pelatihan dari para karyawan melalui *audit* keterampilan dan pengetahuan sehingga dapat mengembangkan kemampuan dirinya. Atas dasar evaluasi kebutuhan pelatihan itu dapat menyelenggarakan program pelatihan dengan tepat
- c. Menentukan sasaran dari kinerja yang akan datang dan memberikan tanggung jawab perorangan dan kelompok sehingga untuk periode selanjutnya jelas apa yang harus dicapai, sarana dan prasarana yang diperlukan untuk meningkatkan kinerja karyawan
- d. Menentukan potensi karyawan yang berhak memperoleh promosi, dan kalau mendasarkan hasil diskusi antara karyawan dengan pemimpinnya itu untuk

menyusun suatu proposal mengenai sistem bijak dan sistem promosi lainnya, seperti imbalan

Evaluasi kinerja merupakan sarana untuk memperbaiki mereka yang tidak melakukan tugasnya dengan baik didalam organisasi. Banyak organisasi berusaha mencapai sasaran suatu kedudukan yang terbaik dan terpercaya dalam bidangnya.

### 2.3.5 Persyaratan Penilaian Kinerja

syarat-syarat penilaian kinerja ada beberapa aspek yang harus diperhatikan oleh penilai, karena persyaratan tersebut sangat menentukan hasil penilaian kinerja selanjutnya. Adapun persyaratan yang harus diperhatikan seperti yang dikemukakan oleh Moehariono (2012) adalah sebagai berikut:

#### a. Input (Potensi)

Agar penilaian kinerja tidak membias dan tercapai sasaran sesuai dengan yang dikehendaki oleh organisasi maka perlunya ditetapkan, disepakati, dan diketahui aspek-aspek yang akan dinilai atau dievaluasi sebelumnya, sehingga setiap karyawan sudah mengetahui dengan pasti aspek-aspek apa saja yang akan dinilai. Dengan demikian, akan tercipta ketenangan kerja selama penilaian pada karyawan. Tetapi perlu adanya kejelasan ruang lingkup pengukuran, seperti berikut.

- 1) *Who?* Pertanyaan ini mencakup: a) siapakah yang harus dinilai? apakah seluruh karyawan yang ada dalam perusahaan dari jabatan yang tertinggi sampai dengan yang terendah, b) siapakah yang harus menilai? Pelaksanaan evaluasi kinerja dapat dilakukan oleh atasan langsung atau atasan tidak langsung. Atau dapat ditunjuk orang tertentu yang menurut pimpinan perusahaan dianggap memiliki keahlian dalam bidangnya.
- 2) *What?* Apakah yang harus dinilai? pertanyaan ini mencakup: a) objek atau materi apa saja yang dinilai, hasil kerja, kemampuan sikap, kepemimpinan kerja dan motivasi kerja ataukah disesuaikan dengan kebutuhan perusahaan, b) dimensi waktu, yaitu kapan kinerja yang dicapai pada saat ini (*current*

*performance*), dan potensi apa saja yang dapat dikembangkan pada waktu yang akan datang (*future potencial*).

- 3) *Why?* Mengapa penilaian kinerja itu harus dilakukan? Hal ini digunakan untuk: a) memelihara potensi kerja karyawan, b) menentukan kebutuhan pelatihan, c) sebagai dasar untuk mengembangkan karier, d) sebagai dasar untuk promosi jabatan.
- 4) *When?* kapan waktu pelaksanaan penilaian kinerja dapat dilakukan secara formal dan informal a) kapan penilain kinerja secara formal dilakukan secara periodik, apakah setiap hari, minggu, bulan, triwulan, semester atau setiap tahun b) apakah penilaian kinerja secara informal dilakukan secara terus menerus dan setiap saat atau setiap hari kerja.
- 5) *Where?* dimanakah penilaian kinerja dapat dilakukan: a) di tempat kerja (*on the job evaluation*) pelaksanaan penilaian kinerja di tempat kerja yang bersangkutan, atau di tempat lain yang masih dalam lingkungan perusahaan sendiri, b) di luar tempat kerja (*off the job evaluation*) pelaksanaan penilaian kinerja dapat dilakukan di luar perusahaan sendiri.
- 6) *How?* bagaimanakah penilaian tersebut dilakukan yaitu dengan menggunakan metode tradisional ataukah metode modern. Penilaian dengan menggunakan metode tradisional ini, antara lain dengan metode *rating scale* dan metode *employee comparison*, sedangkan penilaian dengan menggunakan metode modern, antara lain dengan *Management By Objective/MBO* dan *assessment center*.

Setelah beberapa pertanyaan di atas dapat dijawab, maka akan semakin jelas baik bagi karyawan, atasan, supervisor, maupun perusahaan, bagaimana pengukuran kinerja seharusnya dilaksanakan, berikut ini adalah tahapan yang perlu diperhatikan dan dilakukan oleh atasan sebelum seorang karyawan akan dinilai.

- 1) Menetapkan ukuran-ukuran keberhasilan pekerjaan terlebih dahulu dengan tepat dan lengkap, serta menguraikan dalam bentuk perilaku yang dapat diamati dan diukur secara cermat dan tepat. Ukuran-ukuran keberhasilan tersebut sering

menggunakan ciri kepribadian dalam bentuk sifat, prakarsa, kemampuan dalam bekerja sama, dan prestasi kerja.

- 2) Menetapkan standar kerja yang dapat diterima karyawan, sebagai standar pekerjaan yang masuk akal, rasional dapat dicapai dengan upaya tertentu. Standar kerja tersebut ditetapkan bersama-sama antara atasan dan karyawan yang akan dinilai dan dilakukan secara berkala pada setiap periode. Selain itu, dalam menyusun formulir evaluasi dan aspek yang akan dinilai harus disesuaikan dengan bidang tugas dan tanggung jawab karyawan masing-masing. Jika ada ketidaksesuaian antara aspek yang dinilai, maka akan membingungkan karyawan, akibatnya hasil penilaian terjadi deviasi. Artinya akan timbul ketidaksesuaian antara yang dikerjakan karyawan dengan hasil evaluasi kinerja.

b. Proses (Pelaksanaan)

Dalam fase pelaksanaan ini, proses komunikasi dan konsultasi antara individu dan kelompok harus dilakukan sesering mungkin, supaya dapat menjamin seluruh aspek dalam system penilaian kinerja secara menyeluruh dari pokok-pokok yang berhubungan dengan praktik. Proses tersebut dapat dilakukan melalui beberapa tahapan berikut ini.

- 1) Memberikan *briefing* (penjelasan singkat), agar pelaksanaan sukses, maka persyaratan yang cukup penting adalah seluruh karyawan harus dilibatkan, penilai atau yang dinilai harus diberikan penjelasan secara menyeluruh mengenai cara dan sistem penilaiannya. Penjelasan yang baik harus: a) *face to face*, b) tersedianya buku panduan /pedoman yang berisi penjelasan yang dibutuhkan oleh penilai dan yang dinilai, c) suasana yang kondusif, d) tersedianya sebuah mekanisme dimana setiap karyawan mengetahui siapa yang harus didekati untuk menjawab pertanyaan, dalam hal ini briefing harus meliputi:

- (1) Tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang dicapai dari sistem penilaian kinerja.

- (2) Manfaat bagi kelompok utama, karyawan yang dinilai, penilai, dan perusahaan.
  - (3) Rincian yang lengkap mengenai putaran penilaian, berbagai elemen, termasuk metode dan dokumentasi.
  - (4) Apa saja yang diharapkan dari masing-masing kelompok pada tiap tahapan dalam putaran kinerja.
  - (5) Wawancara penilaian sesuai kepentingan pokoknya.
  - (6) Hasil penilaian.
  - (7) Penjelasan singkat harus diberikan kepada seluruh karyawan yang terlibat. Saat meluncurkan sistem penilaian kinerja baru juga dapat digunakan sebagai sarana pelatihan bagi karyawan.
- 2) Memberikan pelatihan, agar memberikan dampak yang baik dan lebih efektif daripada hanya wawancara saja. Salah satu kebiasaan atau kecenderungan zaman sekarang adalah memberikan pelatihan bagi karyawan yang dinilai sebagai kelompok yang selalu terabaikan atau malas bekerja. Biasanya, bila suatu perusahaan akan memperkenalkan suatu sistem penilaian baru atau memodifikasi sistem lama, maka pelatihan bagi para penilai akan terfokus pada: a) penilaian kebijakan perusahaan, 2) sistem dan dokumentasi, 3) keterampilan penilaian, dan 4) menambah kompetensi.
- c. Output (Hasil)
- Perlunya ada kejelasan hasil penilaian dari atasan, seperti manfaat, dampak, dan risiko, serta tindak lanjut dari rekomendasi penilaian. Selain itu, perlu diketahui pula apakah hasil penilaian tersebut berhasil meningkatkan kualitas kerja, motivasi kerja, etos kerja, dan kepuasan kerja karyawan, yang akhirnya akan direfleksikan pada peningkatan kinerja perusahaan (Moehariono, 2012)

### 2.3.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pencapaian Kinerja

Faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi. Hal ini sesuai dengan pendapat Davis dalam Mangkunegara (2005) yang merumuskan bahwa:

$$\text{Human Performance} = \text{Ability} \times \text{Motivation}$$

$$\text{Motivation} = \text{Attitude} \times \text{Situation}$$

$$\text{Ability} = \text{Knowledge} \times \text{Skill}$$

Penjelasan:

#### a. Faktor kemampuan (*Ability*)

Secara psikologis, kemampuan terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan *reality* (*knowledge + skill*). Artinya, pemimpin dan karyawan yang memiliki IQ di atas rata-rata (IQ 110- 120) apalagi IQ *superior*, *very superior*, *gifted* dan *genius* dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, maka akan lebih mudah mencapai kinerja maksimal, pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penginderaan, pendengaran, penciuman dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif, merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2007).

#### b. Faktor motivasi (*Motivation*)

Motivasi diartikan suatu sikap (*attitude*) pimpinan dan karyawan terhadap situasi kerja dilingkungan organisasinya. Mereka yang bersikap positif terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja tinggi dan sebaliknya jika mereka bersikap negatif terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja yang rendah. Situasi kerja, iklim kerja, kebijakan pimpinan, pola kepemimpinan kerja dan kondisi kerja

Menurut Simamora dalam Mangkunegara (2005), kinerja dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu:

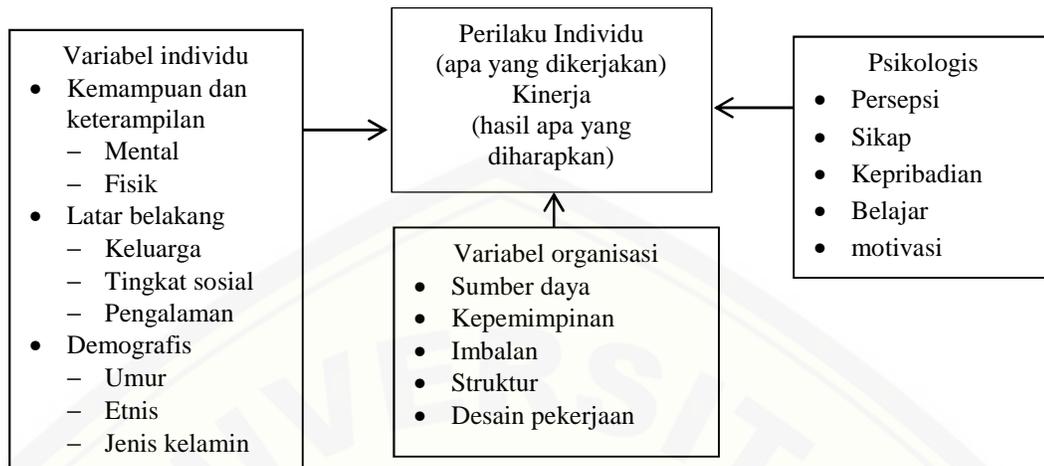
- a. Faktor individual meliputi kemampuan dan keahlian, latar belakang, demografi.
- b. Faktor psikologis meliputi persepsi, *Attitude, personality*, pembelajaran, motivasi
- c. Faktor organisasi meliputi sumberdaya, kepemimpinan, penghargaan, struktur, *job design*

Kinerja individu adalah hasil kerja karyawan baik dari segi kualitas maupun kuantitas berdasarkan standar kerja yang telah ditentukan. Kinerja individu ini akan tercapai apabila didukung oleh atribut individu, upaya kerja dan dukungan organisasi.

Menurut Timple dalam Mangkunegara (2005), faktor-faktor kinerja terdiri dari faktor internal dan aktor eksternal. Faktor internal yaitu faktor yang dihubungkan dengan sifat-sifat seseorang. Faktor eksternal yaitu, faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang yang berasal dari lingkungan (Mangkunegara, 2005). Menurut Bangun (2012) standar pekerjaan dapat ditentukan dari isi suatu pekerjaan, dapat dijadikan sebagai dasar penilaian setiap pekerjaan. Standar pekerjaan dapat diukur melalui jumlah, kualitas, ketepatan waktu mengerjakannya, kehadiran, kemampuan bekerjasama yang dituntut suatu pekerjaan tertentu.

Menurut Gibson (1996) bahwa perilaku dan prestasi individu memerlukan pertimbangan ketiga variabel yang langsung mempengaruhi perilaku individu dan hal yang dikerjakan pegawai bersangkutan. Ketiga variabel itu dikelompokkan:

- a. Variabel individu mencakup kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis
- b. Variabel psikologis mencakup persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi
- c. Variabel organisasi mencakup sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan



Gambar 2.1 Teori Gibson (1996)

## a) Variabel individu

## a) Keterampilan dan kemampuan fisik serta mental

Kemampuan adalah sebuah *trait* (bawaan atau dipelajari) yang mengijikan seseorang mengerjakan sesuatu mental atau fisik. Kemampuan bersifat biologikal dan bisa dipelajari yang memungkinkan seseorang melakukan sesuatu bersifat mental maupun fisik. Keterampilan adalah kompetensi yang berhubungan dengan tugas, seperti keterampilan berkomunikasi dengan jelas untuk tujuan dan misi kelompok. Kemampuan mental meliputi, kelenturan dan kecepatan penutupan, kefasihan, penalaran induktif, memori asosiatif, rentang memori, fasilitas nomor, kecepatan penyerapan, penalaran deduktif, orientasi spasial dan visualisasi, dan komprehensif verbal. Keterampilan fisik meliputi, kekuatan dinamis, kelenturan, koordinasi berat badan, keseimbangan berat badan stamina.

## b) Latar belakang (keluarga, tingkat sosial dan pengalaman)

Performansi seseorang sangat dipengaruhi bagaimana dan apa yang didapatkan dari lingkungan keluarga. Sebuah unit interaksi yang utama dalam mempengaruhi karakteristik individu adalah organisasi keluarga, karena keluarga berperan dan berfungsi sebagai pembentuk sistem nilai yang akan

dianut oleh masing-masing anggota keluarga. Hasil proses interaksi yang lama dengan anggota keluarga menjadikan pengalaman dalam diri anggota keluarga. Pengalaman (masa kerja) biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja dimana pengalaman kerja juga ikut menentukan kinerja seseorang. Semakin lama masa kerja maka kecakapan akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Seseorang akan mencapai kepuasan tertentu bila sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan. Semakin lama karyawan bekerja mereka cenderung lebih terpuaskan dengan pekerjaan mereka. Para karyawan yang relatif baru cenderung terpuaskan karena berbagai pengharapan yang lebih tinggi.

c) Demografis (umur, jenis kelamin, dan etnis)

Hasil kemampuan dan keterampilan seseorang seringkali dihubungkan dengan umur. Tingkat pematangan seseorang yang didapat dari bekerja berhubungan dengan penambahan umur, disisi lain pertumbuhan umur seseorang akan mempengaruhi kondisi fisik seseorang. Penelitian menunjukkan bahwa pria dan wanita adalah sama dalam hal kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreativitas, dan kecerdasan, dalam hal absensi wanita mempunyai tingkat absensi yang lebih tinggi tetapi lebih memperhatikan pada anak-anak, orang tua, dan pasangan didominasi wanita. Tingkat absensi lebih tinggi wanita disebabkan peran mengasuh mereka. Keanekaragaman ras dan budaya, merupakan variasi budaya, etnis, dan ras dalam suatu populasi. Banyaknya latar belakang keanekaragaman dan budaya di tempat kerja, membawa perbedaan-perbedaan utama dalam hal nilai, etika kerja, dan norma-norma perilaku. Persoalan komunikasi, ketidak pekaan, dan pengabaian. Terdapat perbedaan dalam bagaimana individu dari kebudayaan yang berbeda beraksi terhadap permintaan untuk bekerja lebih keras atau untuk memperbaiki produk yang cacat.

b) Psikologis

a) Persepsi

Persepsi adalah mengorganisasikan informasi dari lingkungan. Persepsi adalah proses dari seseorang dalam memahami lingkungannya yang melibatkan pengorganisasian dan penafsiran sebagai rangsangan dalam suatu pengalaman psikologis. Persepsi membantu individu dalam memilih, mengatur, menyimpan, dan menginterpretasikan rangsangan menjadi gambaran dunia yang utuh. Oleh karena setiap orang memberi arti sendiri terhadap rangsangan, individu berbeda dalam hal “melihat” hal yang sama dengan cara yang berbeda. Dengan kata lain, persepsi berperan dalam penerimaan rangsangan, mengaturnya, dan menerjemahkan atau menginterpretasikan rangsangan yang sudah teratur itu untuk mempengaruhi perilaku dan membentuk sikap.

b) Sikap dan Kepribadian

Sikap adalah determinan perilaku sebab, sikap berkaitan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sebuah sikap adalah perasaan kognitif atau negatif atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang, obyek-obyek, dan keadaan. Sikap yaitu kondisi kesiapan mental untuk perkembangan kebutuhan. Sikap adalah bagian instrinsik dari kepribadian seseorang. Teori selanjutnya menganggap bahwa seseorang mempunyai sikap yang terstruktur gabungan dari beberapa komponen afektif dan kognitif. Afeksi merupakan emosi atau perasaan yang terdapat pada komponen dari sikap dipelajari dari orang tua, guru, anggota kelompok sebayanya. Komponen kognisi dari sebuah sikap terdiri dari persepsi, pendapat, dan kepercayaan seseorang. Ini mengacu pada kepada proses berfikir, dengan penekanan khusus pada rasionalitas.

Kepribadian merupakan himpunan karakteristik dan kecenderungan yang stabil serta menentukan sifat umum dan perbedaan dalam perilaku seseorang.

Kepribadian dipengaruhi oleh keturunan, budaya, dan faktor sosial

c) Belajar

Belajar dibutuhkan seseorang untuk mencapai Tingkat kematangan diri. Kemampuan diri untuk mengembangkan aktivitas dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh usaha belajar, maka belajar merupakan sebuah upaya ingin mengetahui dan bagaimana harus berbuat terhadap apa yang dikerjakan. Proses belajar seseorang akan berpengaruh pada tingkat pendidikannya sehingga dapat memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang berpendidikan akan tinggi akan lebih rasional dan kreatif serta terbuka dalam menerima adanya bermacam usaha pembaharuan, ia juga akan lebih dapat menyesuaikan diri terhadap berbagai pembaharuan

d) Motivasi

Motivasi merupakan konsep yang kita gunakan untuk menggambarkan dorongan-dorongan yang timbul pada atau didalam seorang individu yang menggerakkan dan mengarahkan perilaku. Dengan kata lain, motivasi merupakan kekuatan yang mendorong seseorang karyawan yang menimbulkan dan mengarahkan perilaku.

3) Organisasi

a) Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah suatu usaha menggunakan suatu gaya mempengaruhi dan tidak memaksa untuk memotivasi individu dalam mencapai tujuan. Ketika seorang individu berusaha mempengaruhi perilaku lainnya dalam suatu kelompok tanpa menggunakan bentuk paksaan, kita menggambarkan usaha ini sebagai kepemimpinan. Kepemimpinan terjadi bila seseorang mempengaruhi pengikutnya untuk menerima permintaannya tanpa tampak adanya penggunaan kekuatan.

b) Struktur dan desain pekerjaan

Struktur merupakan konsep abstrak. Struktur merupakan pola dan kelompok pekerjaan dalam suatu organisasi. Suatu sebab penting perilaku individu dan kelompok. Desain pekerjaan merupakan proses dimana manajer memutuskan tugas-tugas dan wewenang.

c) Imbalan

Sasaran utama program imbalan adalah menarik orang yang berkualifikasi untuk bergabung dalam organisasi, mempertahankan karyawan untuk tetap bekerja, memotivasi karyawan mencapai prestasi tinggi

Menurut Mathis dan Jackson (2006) terdapat 3 faktor yang mempengaruhi bagaimana individu bekerja, faktor-faktor tersebut adalah:

a. Kemampuan individu

Kemampuan individual karyawan ini mencakup bakat, minat, dan faktor keperibadian. Tingkat keterampilan, merupakan bahan mentah yang dimiliki seorang karyawan berupa pengetahuan, pemahaman, kemampuan, kecakapan interpersonal dan kecakapan teknis. Dengan demikian kemungkinan seseorang karyawan akan mempunyai kinerja baik, jika karyawan tersebut memiliki tingkat keterampilan baik maka karyawan tersebut akan menghasilkan kinerja yang baik.

b. Usaha yang dicurahkan meliputi, motivasi, etika kerja, kehadiran, rancangan tugas.

c. Dukungan organisasi meliputi, pelatihan dan pengembangan, peralatan dan teknologi, standar kerja, manajemen dan rekan kerja. Dalam dukungan organisasi perusahaan menyediakan fasilitas bagi karyawan dasarnya adalah apa yang dilakukan karyawan. Kinerja karyawan adalah apa yang mempengaruhi sebanyak mereka memberikan kontribusi pada organisasi

#### **2.4 Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja**

Menurut Gibson (1996) faktor- faktor yang mempengaruhi kinerja terdapat tiga variabel yaitu, variabel individu (kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, demografis), variabel psikologis (persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi), dan variabel organisasi (sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan). Sedangkan menurut Mangkunegara (2005) faktor yang mempengaruhi

kinerja terdiri dari faktor kemampuan (pengetahuan dan ketrampilan) dan motivasi. Dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja, diantaranya ialah variabel individu (pengetahuan), variabel psikologis (sikap dan motivasi), variabel organisasi (kepemimpinan).

a. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terhadap obyek terjadi melalui panca indera manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pengetahuan yang cukup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

- 1) Tahu (*know*) adalah mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya
- 2) Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan dengan benar
- 3) Aplikasi merupakan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi sebenarnya (riil)
- 4) Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain
- 5) Sintesis adalah menunjukkan pada suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menggabungkan bagian-bagian di dalam suatu keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada
- 6) Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek

Menurut Rogers dalam Notoatmodjo (2007) perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia baik yang diamati langsung dari maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar, sedangkan sebelum mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu,

- 1) *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek)
- 2) *Interest* (merasa tertarik) dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang) individu akan mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya.
- 4) *Trial*, dimana individu mulai mencoba perilaku baru
- 5) *Adaption*, dan sikapnya terhadap stimulus

#### b. Motivasi

Motivasi mempunyai arti dorongan berasal dari Bahasa latin *movere* yang berarti mendorong/menggerakkan. Motivasi inilah yang mendorong seseorang untuk berperilaku beraktifitas dalam mencapai tujuan. Motivasi itu bersifat alami dan kebutuhan menurut Maslow bagai segitiga yang tergelar dari motif yang paling dasar dan tergelar panjang sampai kebutuhan yang berbentuk kerucut runcing dari yang paling tinggi, tentu dengan kualitas jumlah paling sedikit yaitu kebutuhan akan aktualisasi. Teori Maslow dalam Widayatun (1999) tentang kebutuhan manusia ini akan sangat mempengaruhi dorongan atau motivasi seseorang. Bentuk-bentuk motivasi yaitu, motivasi *instrinsik*, motivasi *ekstrinsik*, motivasi terdesak dan motivasi yang berhubungan dengan ideologi politik, ekonomi, sosial dan budaya.

#### c. Sikap

Znaniecki dalam Wawan (2010) menegaskan bahwa sikap adalah predisposisi untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu, sehingga sikap bukan hanya kondisi mental psikologis yang murni dari individu, tetapi sikap lebih merupakan proses kesadaran yang sifatnya individual. Artinya proses ini terjadi secara subyektif dan unik pada diri setiap individu. Keunikan ini dapat terjadi oleh adanya perbedaan individual yang berasal dari nilai-nilai dan norma yang ingin dipertahankan dan dikelola oleh individu. Sikap memiliki beberapa tingkatan yaitu,

- 1) Menerima (*receiving*), dapat diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan

- 2) Merespon (*responding*) memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan
- 3) Menghargai (*valuing*) yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga, misalnya seseorang mengajak ibu yang lain untuk menimbang anaknya ke posyandu atau mendiskusikan tentang gizi adalah suatu bukti bahwa ibu telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang tinggi.

#### d. Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan bagian dari proses pengembangan sumber daya manusia (SDM). SDM adalah aset yang dimiliki oleh sebuah organisasi yang perlu dikelola secara efektif agar dapat memberikan nilai tambah pada organisasi, untuk mengelolah SDM menjadi aset organisasi, diperlukan kepemimpinan yang efektif.

Kepemimpinan dalam pelaksanaannya diperlukan suatu strategi untuk mempengaruhi orang lain sehingga dapat memberikan kontribusi secara optimal dalam mencapai tujuan. Strategi dapat diartikan sebagai suatu cara tertentu dalam mengimplementasikan kemampuan untuk mempengaruhi orang lain sebagai anggota organisasi agar pikiran, perasaan, sikap dan perilakunya terarah pada pencapaian tujuan organisasi (Nawawi, 2003). Salah satu strategi yang dapat digunakan yaitu melalui pengimplementasian fungsi-fungsi kepemimpinan.

##### 1) Fungsi-Fungsi Kepemimpinan

Fungsi-fungsi kepemimpinan, meliputi: fungsi pengambil keputusan, fungsi instruktif, fungsi konsultatif, fungsi partisipatif, dan fungsi pengendalian (Nawawi, 2003).

##### a) Fungsi Pengambil Keputusan

Organisasi hanya akan bergerak secara dinamis apabila pemimpin memiliki kemampuan dalam melaksanakan kekuasaan atau wewenangnya sebagai pengambil

keputusan yang akan atau harus dilaksanakan oleh anggota organisasinya. Keputusan-keputusan itu harus dibuat oleh pimpinan agar anggota organisasi dapat melaksanakan berbagai kegiatan/pekerjaan sebagai tugas pokok organisasi dalam rangka mewujudkan, mempertahankan dan mengembangkan eksistensi organisasi. Untuk itu pemimpin seharusnya memahami teori pengambilan keputusan dan dapat mempraktekannya, agar keputusannya bermanfaat bagi kepentingan bersama (organisasi). Pengambilan keputusan memerlukan keberanian, karena setiap keputusan pasti memiliki resiko, terutama jika proses dan/atau mekanismenya tidak memenuhi tuntutan teori-teori pengambilan keputusan. Fungsi pengambilan keputusan sangat penting peranannya, karena tanpa kemampuan dan keberanian tersebut, pemimpin tidak mungkin menggerakkan anggota organisasinya. Dengan kata lain tanpa keberanian mengambil keputusan seorang pemimpin tidak mungkin mempengaruhi pikiran, perasaan, sikap dan perilaku anggota organisasinya. Keberanian mengambil keputusan, bagi anggota organisasi berarti pemimpinnya mengetahui cara mencapai tujuan organisasi yang akan memberikan manfaat pada semua anggota organisasi. Pada tahap berikutnya pemimpin harus mampu mengkomunikasikan keputusan yang telah ditetapkannya pada anggota organisasi untuk dilaksanakan. Kemampuan ini berarti juga pemimpin harus mampu menyampaikan keputusan secara jelas agar dapat dimengerti oleh anggota organisasi yang akan melaksanakannya.

#### b) Fungsi Instruktif

Perintah dari seorang pemimpin untuk mewujudkan organisasi yang efektif harus disampaikan secara jelas, baik mengenai isinya (apa yang harus dikerjakan) maupun dari segi bahasa yang harus disesuaikan dengan tingkat kemampuan/pendidikan atau kematangan anggota yang menerima perintah. Dengan demikian dapat dihindari kekeliruan dalam memahami dan melaksanakannya.

#### c) Fungsi Konsultatif

Setiap dan semua pimpinan organisasi atau unit kerja dinilai sebagai seseorang yang memiliki kelebihan dari anggota organisasi, baik oleh pihak yang

berwenang mengangkatnya sebagai pemimpin formal, maupun bagi anggota yang mendukung dan mengangkatnya menjadi pemimpin informal. Berdasarkan penilaian itu, maka pemimpin menjadi figur sentral dan tumpuan harapan anggota di lingkungan organisasi yang dipimpinnya. Pemimpin tersebut ditempatkan sebagai tokoh utama yang diyakini mengetahui dan dapat membantu menyelesaikan berbagai masalah yang dihadapi oleh anggota organisasi dalam bekerja. Pemimpin dipandang sebagai alamat yang paling tepat untuk berkonsultasi dalam menghadapi dan menyelesaikan masalah yang beragam di lingkungan organisasinya. Oleh karena itu dalam kepemimpinan, setiap dan semua pemimpin harus siap dan bersedia memberikan kesempatan pada anggota organisasi untuk berkonsultasi dalam mengatasi/menyelesaikan masalah-masalah yang berhubungan dengan pekerjaan. Di samping itu tidak mustahil termasuk juga berkonsultasi mengenai masalah-masalah pribadi yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan pekerjaan. Fungsi konsultatif tidak sekedar berarti memberikan kesempatan pada anggota organisasi untuk menyampaikan masalah-masalah pekerjaan atau masalah pribadi, yang diharapkan akan dibantu pimpinan dalam menyelesaikannya. Fungsi konsultatif dapat juga berarti anggota organisasi diberi kesempatan menyampaikan kritik, saran, informasi dan pendapat yang berhubungan dengan pekerjaan dan organisasi. Pelaksanaan fungsi konsultatif seperti itu penting bagi pimpinan, karena dapat digunakan juga untuk menghimpun informasi-informasi terbaru atau umpan balik (*feed back*) yang berguna untuk melakukan perbaikan kepemimpinannya, terutama untuk pengambilan keputusan-keputusan baru di masa mendatang, dalam rangka meningkatkan kepemimpinan.

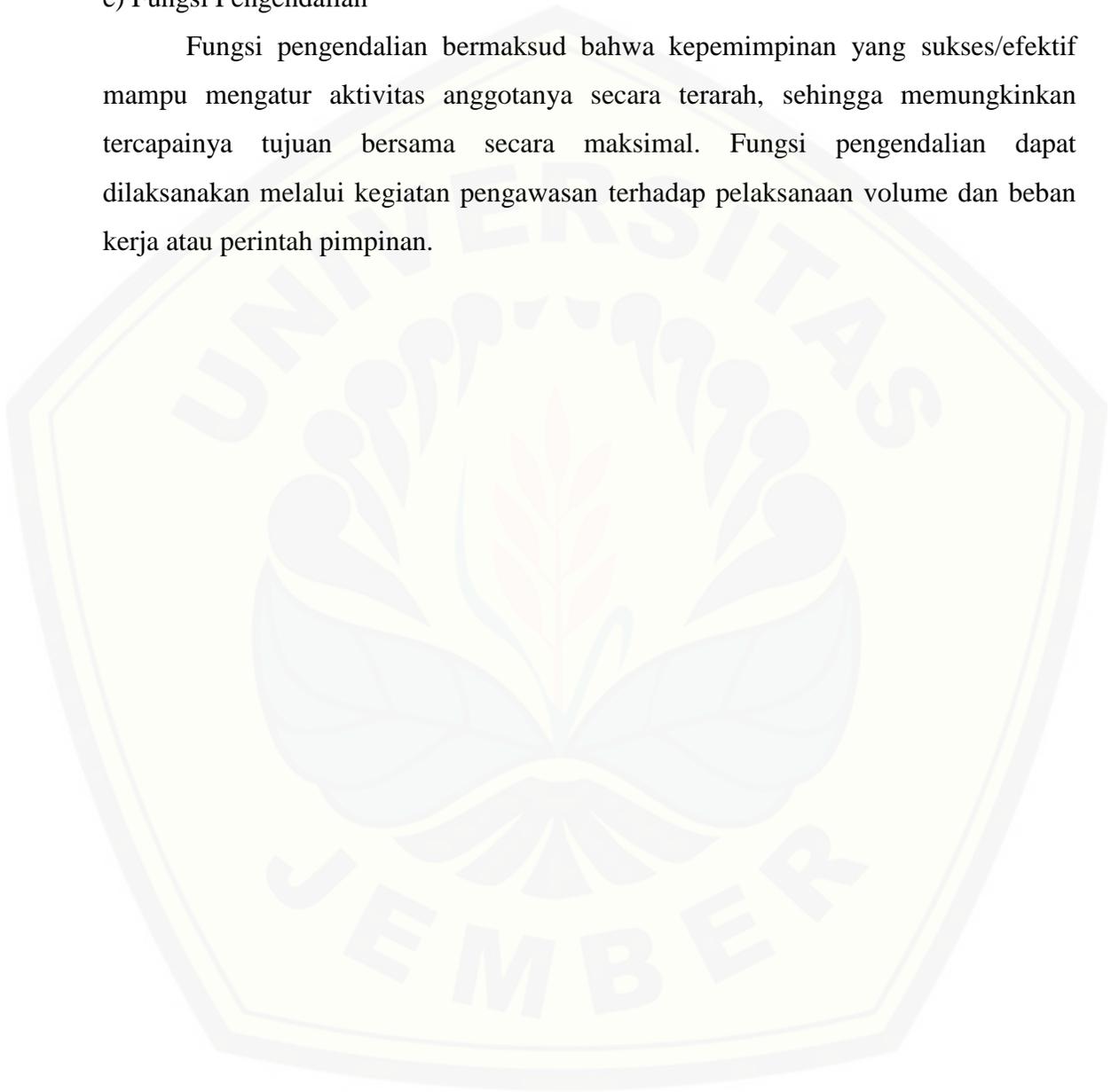
#### d) Fungsi Partisipatif

Fungsi partisipatif adalah kesediaan pucuk pimpinan dan pimpinan-pimpinan di bawahnya untuk berpartisipasi dalam membantu anggota organisasi melaksanakan pekerjaan atau menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Misalnya dengan memberikan petunjuk, pengarahan, berdiskusi, menyelesaikan pekerjaan yang

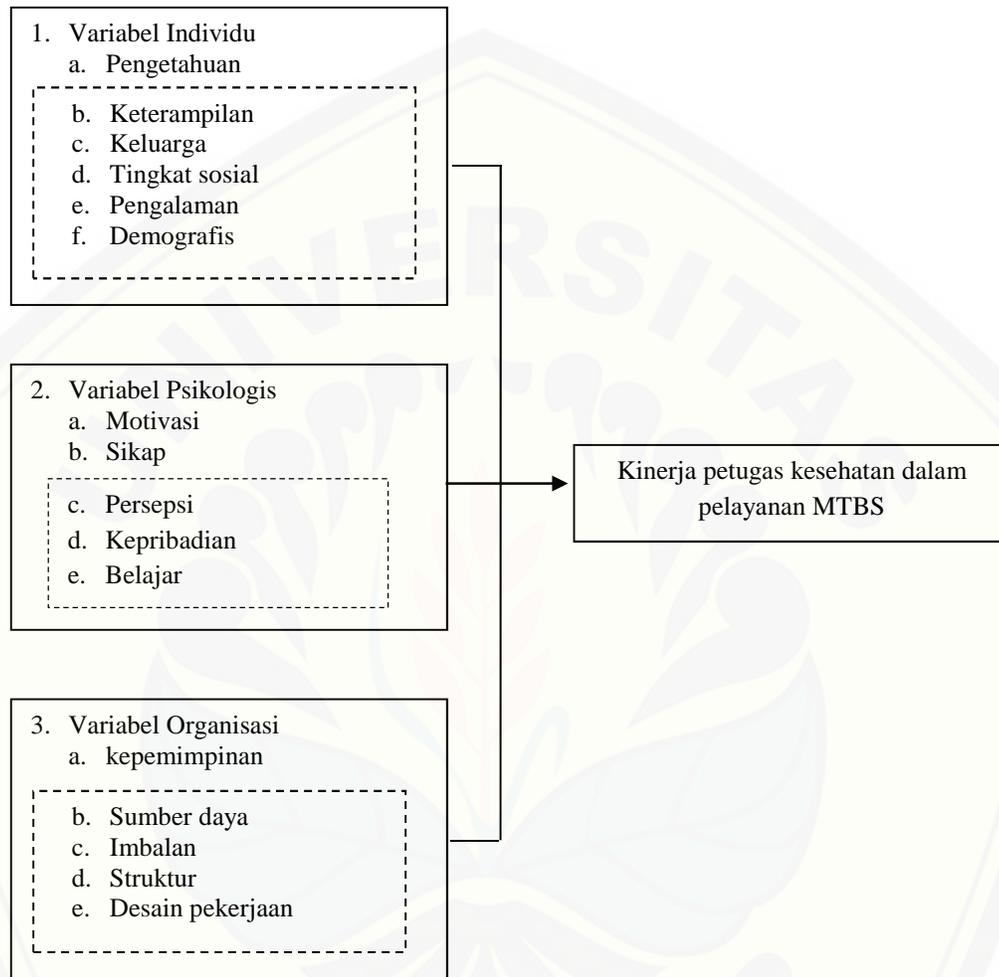
mendesak bersama-sama dan lainlain, yang dilakukan di tempat kerjanya atau tempat khusus yang disediakan untuk keperluan seperti itu.

e) Fungsi Pengendalian

Fungsi pengendalian bermaksud bahwa kepemimpinan yang sukses/efektif mampu mengatur aktivitas anggotanya secara terarah, sehingga memungkinkan tercapainya tujuan bersama secara maksimal. Fungsi pengendalian dapat dilaksanakan melalui kegiatan pengawasan terhadap pelaksanaan volume dan beban kerja atau perintah pimpinan.



## 2.5 Kerangka Konseptual



Keterangan:

-  Diteliti
-  Tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konseptual Penelitian berdasarkan modifikasi teori Gibson (1996)

Tingkat kinerja petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan MTBS dapat dihubungkan dengan berbagai faktor. Faktor yang berhubungan dengan kinerja

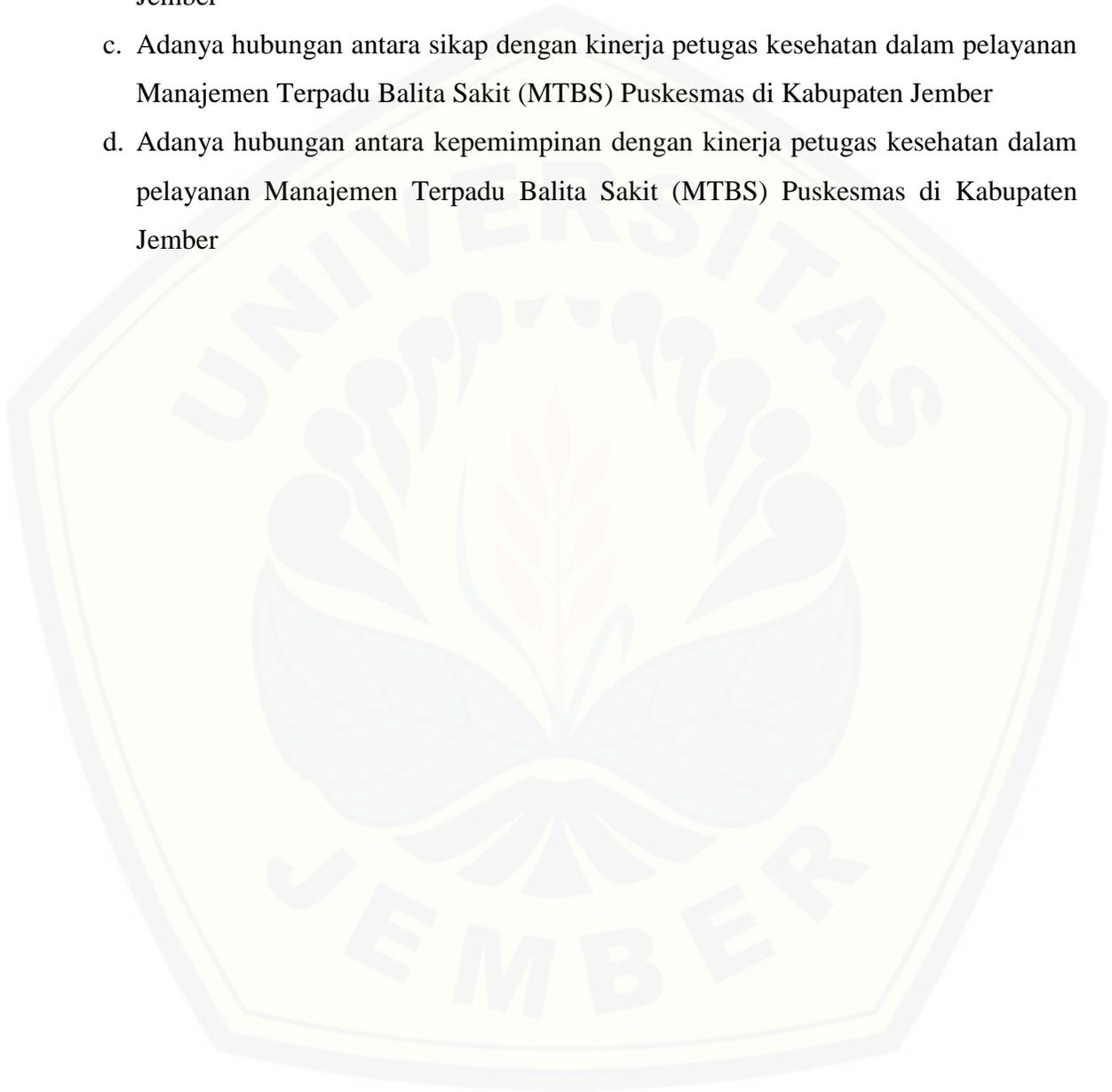
petugas menurut teori Gibson (1996) menyatakan faktor yang mempengaruhi kinerja terdapat tiga variabel yaitu, variabel individu yang meliputi kemampuan dan keterampilan (mental dan fisik), latar belakang (keluarga, tingkat sosial, pengalaman), dan demografis (umur, etnis, jenis kelamin), variabel psikologis yang terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi, sedangkan variabel organisasi meliputi sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan. Sedangkan menurut Mangkunegara (2005), menyatakan faktor yang mempengaruhi kinerja terdapat 2 faktor yaitu kemampuan (pengetahuan dan keterampilan) dan motivasi. Kedua faktor yang memengaruhi kerja tersebut dikombinasikan menjadi tiga faktor yaitu variabel individu, psikologis dan organisasi. Dalam penelitian ini variabel yang diteliti adalah variabel individu yang meliputi pengetahuan, variabel psikologis meliputi sikap dan motivasi, dan pada variabel organisasi meliputi kepemimpinan. Sedangkan variabel yang tidak diteliti yaitu variabel individu yang meliputi keterampilan, keluarga, tingkat sosial, pengalaman dan demografi, variabel psikologis yang tidak diteliti meliputi persepsi, kepribadian, dan belajar. Sedangkan variabel organisasi yang tidak diteliti adalah sumber daya, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

## **2.6 Hipotesis Penelitian**

Hipotesis adalah pernyataan yang diterima secara sementara sebagai suatu kebenaran sebagaimana adanya, pada saat fenomena dikenal dan merupakan dasar kerja serta panduan dalam verifikasi. Hipotesis adalah keterangan sementara dari hubungan fenomena-fenomena yang kompleks. (Nazir, 2005). Berdasarkan kerangka konseptual penelitian maka hipotesis yang diujikan dalam penelitian ini adalah:

- a. Adanya hubungan antara pengetahuan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember

- b. Adanya hubungan antara motivasi dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember
- c. Adanya hubungan antara sikap dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember
- d. Adanya hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik. Penelitian analitik merupakan penelitian yang ditujukan untuk menguji hipotesis-hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan-hubungan (Nazir, 2005). Pada penelitian ini diarahkan untuk meneliti hipotesis mengenai faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS di puskesmas Kabupaten Jember.

Berdasarkan waktu penelitiannya, penelitian ini menggunakan pendekatan survei *cross sectional*. Survei *cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada waktu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2005).

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kabupaten Jember. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni- Desember 2014.

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti. (Notoatmodjo, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah 46 Puskesmas sebagai unit sampel yang memiliki pelayanan MTBS dengan 151 petugas kesehatan yang

berhubungan dengan pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember, yang terdiri atas bidan, perawat, dan dokter.

### 3.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. (Hidayat, 2007), dalam penelitian ini dibutuhkan unit sampel yaitu Puskesmas yang menerapkan MTBS. Responden dalam penelitian ini adalah petugas kesehatan yang memberikan pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas yang terdiri dari bidan, perawat, dan dokter yang memberikan pelayanan MTBS. Jumlah unit sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus untuk populasi kecil atau lebih kecil dari 10.000, dengan menggunakan rumus sederhana sebagai berikut (Notoatmodjo, 2005):

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

Keterangan:

N = besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (0,1)

Pengambilan sampel dari jumlah populasi sebanyak 46 unit sampel dengan 151 tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan MTBS dengan menerapkan rumus diatas, maka besar sampel yang diperoleh sebanyak:

$$n = \frac{46}{1+46(0,1^2)}$$

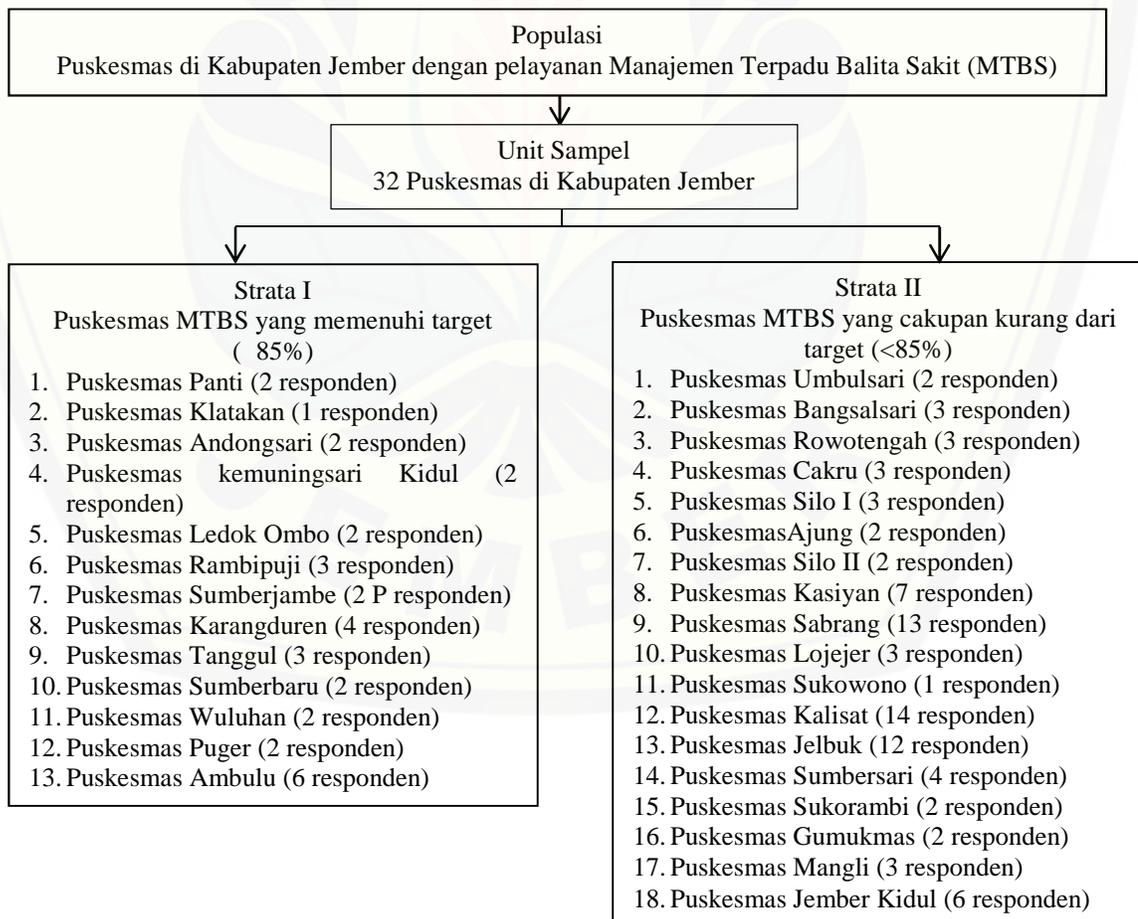
$$n = \frac{46}{1,46}$$

n = 31,5 32 Unit sampel

Berdasarkan perhitungan sampel diatas, total besar unit sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 32 unit sampel yang tersebar di Kabupaten Jember.

### 3.3.3 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah secara acak rancangan bertingkat (*multiple stage*). Pengambilan sampel acak bertingkat adalah metode pengambilan sampel dengan menggabungkan dua atau lebih metode pengambilan sampel sekaligus (Kasjono, 2009). Pada penelitian ini teknik *sampling* yang digunakan pertama adalah *stratified random sampling*, yaitu dengan membagi populasi menjadi beberapa strata, dimana setiap strata adalah homogen, sedangkan antar strata terdapat sifat berbeda kemudian dilakukan perhitungan jumlah masing-masing strata yang akan dijadikan sampel, setelah dihitung dan diketahui jumlah masing-masing strata yang akan dijadikan sampel kemudian setiap strata diambil secara acak dengan menggunakan undian berdasarkan jumlah masing-masing strata yang telah dihitung, pada setiap strata secara proporsional (Budiarto, 2001).



Gambar 3.1 Pembagian strata sampel penelitian

Adapun pembagian unit sampel puskesmas dengan menggunakan rumus:

$$\text{Strata I} = \frac{20}{46} \times 32$$

$$= 14 \text{ puskesmas dengan 35 responden}$$

$$\text{Strata II} = \frac{26}{46} \times 32$$

$$= 18 \text{ puskesmas dengan 85 responden}$$

Jadi jumlah seluruh tenaga kesehatan yaitu 120 responden yang tersebar di 32 Puskesmas Kabupaten Jember, dari 120 responden tersebut kemudian diolah dengan menggunakan rumus dari Lemeshow, *et.al* (1997) untuk jumlah populasi diketahui (*finit*), yaitu sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P) \cdot N}{d^2 (N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel minimal yang diperlukan

N = Besar populasi

$Z^2_{1-\alpha/2}$  = Nilai distribusi normal baku pada tingkat kepercayaan 95% ( $1-\alpha$ ), yaitu 0,05 sebesar 1,96

P = Harga proporsi di populasi, karena tidak diketahui maka diambil proporsi terbesar yaitu 50% (0,5)

d = Kesalahan sampling yang masih dapat ditoleransi yaitu 10%

Pengambilan unit sampel dari 32 puskesmas dengan 120 responden, dengan menerapkan rumus diatas, maka besar sampel yang diperoleh sebanyak:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P) \cdot N}{d^2 (N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5(1-0,5) \times 120}{0,1^2 (120-1) + 1,96^2 \times 0,5(1-0,5)}$$

$$n = \frac{115,25}{2,15}$$

$$n = 53,6 \quad 54 \text{ responden}$$

Teknik sampling yang digunakan tahap 2 (dua) adalah *simple random sampling*, *simple random sampling* adalah pengambilan sampel sedemikian rupa sehingga tiap unit penelitian atau satuan elementer dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk dipilih sebagai sampel (Kasjono, 2009). Setelah pengambilan sampel tahap pertama kemudian dilakukan pengambilan sampel tahap kedua yaitu dari jumlah petugas sebanyak 120 responden tersebut dihitung dengan menggunakan rumus diatas kemudian setelah diketahui jumlah responden dan nama-nama responden di masing-masing puskesmas, setelah itu langkah selanjutnya yaitu melakukan undian di tiap-tiap puskesmas berdasarkan nama responden dan pengambilan jumlah undian berdasarkan besar anggota sampel sub populasi yang telah dihitung menggunakan rumus sebagai berikut (Nazir, 2005):

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

Keterangan:

- $n_i$  = besar sampel ke-  $i$
- $N_i$  = populasi produk ke-  $i$
- $N$  = populasi penelitian
- $n$  = besar sampel penelitian

Adapun pembagian sampel di tiap-tiap puskesmas adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Pembagian sampel di tiap-tiap Puskesmas

No.	Puskesmas	Ni	n	ni = $\frac{N_i}{N} \times n$
1	Panti	2	54	1
2	Klatakan	1		0
3	Andongsari	2		1
4	Kemuningsari kidul	2		1
5	Ledok Ombo	2		1
6	Rambipuji	3		1
7	Sumberjambe	2		1
8	Karangduren	4		2
9	Tanggul	3		1
10	Sumberbaru	2		1
11	Wuluhan	2		1
12	Puger	2		1
13	Ambulu	6		3
14	Kencong	2		1
15	Umbulsari	2		1
16	Bangsalsari	3		1
17	Rowotengah	3		1
18	Cakru	3		1
19	Silo I	3		1
20	Ajung	2		1
21	Silo II	2		1
22	Kasiyan	7		3
23	Sabrang	13		6
24	Lojejer	3		1
25	Sukowono	1		0
26	Kalisat	14		7
27	Jelbuk	12		6
28	Sumbersari	4		2
29	Sukorambi	2		1
30	Gumukmas	2		1
31	Mangli	3		1
32	Jember Kidul	6		3
	Jumlah	120		54

### 3.4 Variabel dan Definisi Operasional Penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok orang lain (Notoatmodjo, 2005). Variabel penelitian ini ada 2 macam yaitu variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*). Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab

perubahan atau timbulnya variabel terikat, dan variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah variabel individu yang meliputi pengetahuan, variabel psikologis (motivasi dan sikap) dan variabel organisasi (kepemimpinan). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan MTBS.

Tabel 3.2 Definisi Operasional Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Kriteria Pengukuran
1.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui dan dimengerti oleh responden terkait dengan: 1. Pengertian MTBS 2. Pelayanan MTBS 3. Penyakit dalam MTBS	Wawancara menggunakan kuesioner	Ordinal	Pengetahuan responden diukur dengan 16 pertanyaan dengan menggunakan skala likert, sehingga diperoleh skor: a. Nilai minimal: $16 \times 1 = 16$ b. Nilai maksimal: $16 \times 4 = 64$ Pengkategorian: a. Kurang skor 16-31 b. Cukup skor 32-47 c. Baik 48- 64
2.	Motivasi	Dorongan yang timbul pada atau didalam seorang responden yang menggerakkan dan mengarahkan dalam pelayanan MTBS yaitu: dorongan intrisik (pencapaian prestasi kerja, pengakuan, tanggung jawab, kemajuan/kemungkinan berkembang)	Wawancara menggunakan kuesioner	Ordinal	Motivasi diukur dengan 6 pertanyaan dengan menggunakan skala likert Nilai maksimal $4 \times 6 = 24$ Nilai minimal $1 \times 6 = 6$ Kriteria: Rendah 6- 11 Sedang 12- 17 Tinggi 18-24
3.	Sikap	kondisi kesiapan mental untuk perkembangan kebutuhan responden	Wawancara menggunakan kuesioner	Ordinal	Sikap diukur dengan menggunakan 5

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Kriteria Pengukuran
		dalam pelayanan MTBS yaitu, kognisi			pertanyaan menggunakan skala likert dengan skor: Setuju= 4 Tidak setuju = 1 Skor minimal= 1x5= 5 Skor maksimal= 4x5=20 Kriteria: Baik 15-20 Cukup 10-14 Buruk 5-9
4.	Kepemimpinan	Suatu usaha mempengaruhi dan tidak memaksa untuk memotivasi responden dalam pemberian pelayanan MTBS untuk mencapai tujuan, dengan indikator: 1. Memberikan pengarahan 2. Mengawasi 3. Mendukung pelaksanaan MTBS	Wawancara menggunakan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan menggunakan 8 pertanyaan dengan menggunakan skala likert dengan skor maksimal 4x 8= 32 Skor minimal 1x 8= 8 Kriteria: Baik=24-32 Cukup=16- 23 Buruk = 8-15
5.	Kinerja petugas kesehatan	Hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh responden dalam memberikan pelayanan MTBS sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya yang meliputi tatalaksana dalam MTBS yang meliputi: 1. Melakukan pendekatan MTBS pada balita sakit 2. Menyambut ibu (menanyakan usia anak, periksa BB, TB/PB) 3. Menanyakan tentang masalah anak 4. Tentukan kunjungan	Observasi dengan menggunakan <i>checklist</i>	ordinal	Kesesuaian kinerja responden dengan prosedur MTBS dengan skor maksimal = 100 Skor minimal = 0 Kriteria: 100-76 : Baik 75-51 : Cukup 50-26 : Kurang 25-0 : Buruk

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Kriteria Pengukuran
		ulang atau pertama			
		5. Memeriksa tanda bahaya umum			
		6. Penilaian dan klasifikasi penyakit			
		7. Memeriksa status imunisasi anak			
		8. Memeriksa pemberian vitamin A			
		9. Menilai masalah dan keluhan lain			
		10. Menentukan perlunya dilakukan rujukan segera			
		11. Menentukan tindakan/pengobatan prarujukan dan tindakan pra rujukan			
		12. Menentukan tindakan dan pengobatan untuk anak yang tidak memerlukan rujukan			
		13. Catat dan beritahu ibu pemanfaatan kunjungan ulang			
		14. Memberikan konseling pada ibu cara pengobatan di rumah			
		15. Mengecek pemahaman ibu tentang konseling yang telah disampaikan			
		16. Mengajari ibu cara pemberian obat oral dirumah			
		17. Mengajari ibu cara mengobati infeksi lokal dirumah			
		18. Mengajari ibu cara mencampur dan memberi oralit (pada anak diare tanpa dehidrasi)			
		19. Anjuran makanan untuk anak sehat maupun sakit			
		20. Menilai cara			

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Kriteria Pengukuran
		pemberian makan anak (pada anak yang kurus atau umur kurang dari 2 tahun)			
		21. Nasihati ibu tentang masalah pembeian makanan			
		22. Menasihati ibu tentang pemberian cairan selama anak sakit			
		23. Menasihati ibu tentang penggunaan kelambu untuk pencegahan malaria			
		24. Menasihati ibu kapan harus kembali ke petugas kesehatan			
		25. Dokumentasi pelaksanaan MTBS			
		26. Pembuatan laporan rutin MTBS			

### 3.5 Data dan Sumber Data

#### 3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat secara langsung dari sumber pertama, baik dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuisisioner yang biasa dilakukan oleh peneliti (Suyanto, 2005). Data primer dari penelitian ini diperoleh dengan kuesioner melalui wawancara yang meliputi variabel individu yang meliputi pengetahuan, variabel psikologis yang meliputi motivasi dan sikap, variabel organisasi yang meliputi kepemimpinan serta wawancara mengenai jumlah petugas kesehatan yang memberikan pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember.

### 3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel-tabel atau diagramdiagram (Suyanto, 2005). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari data Dinas Kabupaten Jember berupa data yang terkait dengan cakupan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Jember tahun 2011- 2013.

## 3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian

### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara-cara yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini diantaranya:

#### a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewancari langsung responden yang ingin diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2007). Pada penelitian ini untuk memperoleh data primer mengenai kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dilakukan wawancara dengan responden menggunakan teknik wawancara dengan bantuan kuesioner

#### b. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara pengambilan data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli tersebut dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa dan film dokumenter (Hidayat, 2007). Pada penelitian ini dokumentasi yang peneliti ambil adalah penilaian kinerja responden dalam melakukan pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

### c. Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Hidayat, 2007). Observasi dalam penelitian ini dilakukan untuk melihat proses pelayanan MTBS yang dilakukan petugas kesehatan.

#### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yaitu pada waktu peneliti menggunakan metode atau teknik pengumpulan data (Arikunto, 2006). Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan kuesioner dan alat tulis. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana interviewer tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu (Notoatmodjo, 2005).

### 3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

#### 3.7.1 Teknik pengolahan Data

Teknik pengolahan yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

##### a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

*Editing* merupakan kerja memperbaiki kualitas data serta menghilangkan keraguan data. Pemeriksaan data (*editing*) dilakukan sebelum pengolahan data. Dalam melakukan editing data baik yang terkumpul dari hasil kuesioner maupun hasil observasi maka langkah yang dilakukan adalah menata dan menyusun semua lembar jawaban yang terkumpul berdasarkan kategori masing-masing responden baik dokter, bidan, maupun perawat. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan kembali hasil jawaban responden satu persatu dengan maksud untuk memastikan bahwa jawaban atau pertimbangan yang diberikan responden sesuai dengan perintah dan petunjuk pelaksanaan. Jawaban yang telah memenuhi persyaratan dipersiapkan untuk dilakukan pemrosesan data pada langkah berikutnya, sementara data yang tidak

memenuhi persyaratan perlu dibaca kembali dan diperbaiki, apabila ada hal-hal yang salah atau masih diragukan (Nazir, 2005).

b. Pemberian Kode (*Coding*)

*Coding* adalah mengklasifikasikan jawaban dari para responden kedalam kategori-kategori. Klasifikasi dilakukan dengan jalan menandai masing-masing jawaban berupa angka-angka, kemudian dimasukan kedalam lembar jawaban guna mempermudah membacanya (Notoamodjo, 2005)

c. Skoring

Hal ini dilakukan untuk mempermudah menganalisis data dengan memberikan nilai, dengan nilai tertinggi sampai nilai terendah dari kuesioner yang diajukan.

d. Tabulasi (*tabulating*)

*Tabulating* adalah membuat tabel semua jawaban yang sudah diberi skor dan dimasukan kedalam tabel yang tersedia (Notoatmodjo, 2005).

### 3.7.2 Teknik Penyajian Data

Data yang didapat dari hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan diberikan penjelasan dalam bentuk narasi untuk memberikan gambaran tentang hasil tabel tersebut. Penyajian dalam bentuk tabel merupakan penyajian data dalam bentuk angka yang disusun secara teratur dalam kolom dan baris (Budiarto, 2004).

### 3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian (Nazir, 2005). Analisis data tersebut dilakukan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas (*independen*) dengan variabel terikat (*dependen*). Data yang diperoleh peneliti akan dianalisis menggunakan uji korelasi *spearman rank*. Teknik korelasi *spearman rank* merupakan teknik statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis asosiatif/hubungan (korelasi) bila datanya

berbentuk ordinal (Sugiyono, 2010). Penelitian ini menggunakan tingkat signifikansi  $= 0,05$ , artinya kesalahan dari analisis adalah sebesar 5% atau tingkat kepercayaan dari estimasi terhadap populasi 95%. Kesimpulan yang dapat diambil apabila nilai  $p < H_0$  ditolak maka terdapat hubungan antara kedua variabel tersebut dan sebaliknya, jika nilai  $p >$  maka tidak terdapat hubungan diantara dua variabel tersebut.

### **3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian**

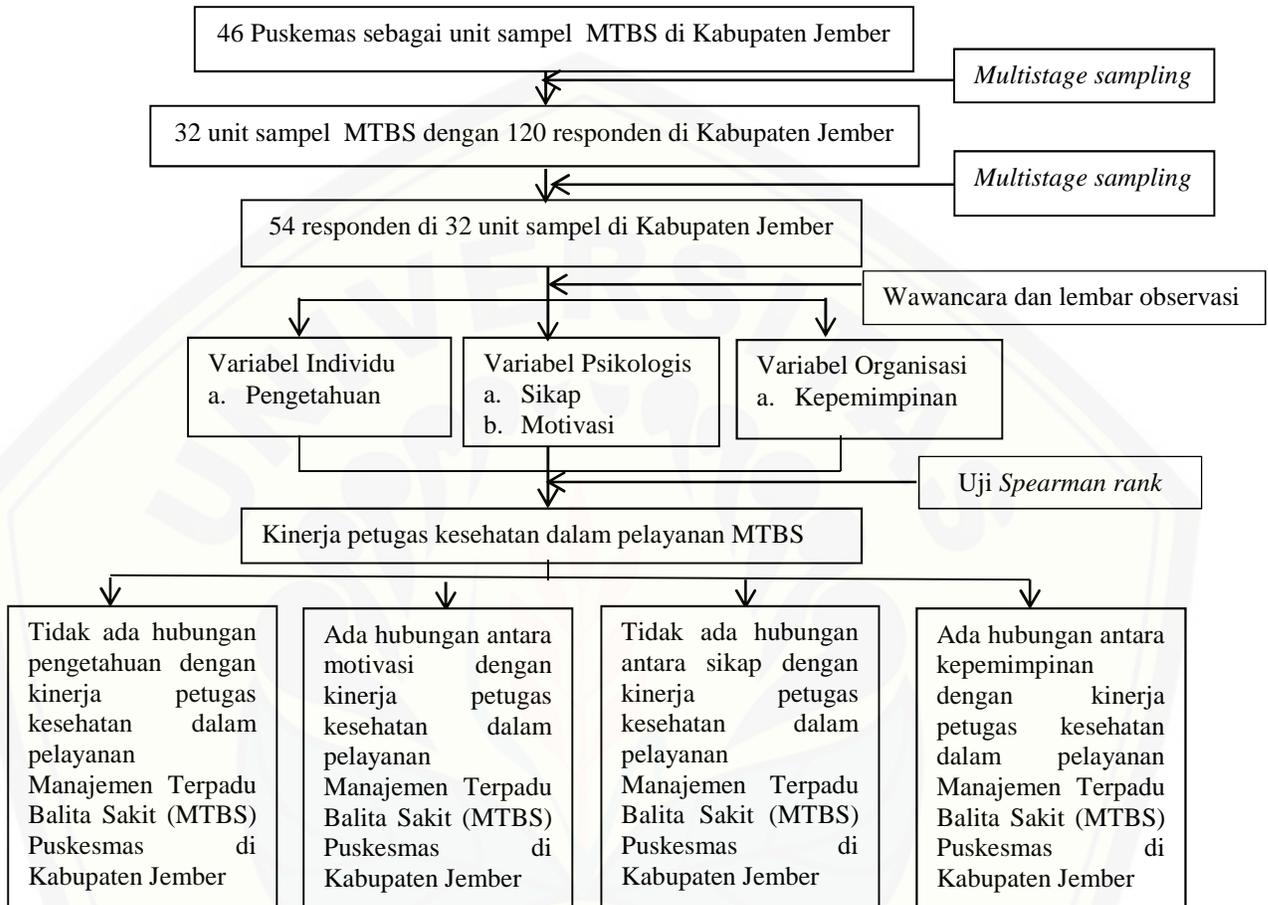
#### **3.8.1 Uji Validitas**

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur benar-benar mengukur apa yang diukur, untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap item (pertanyaan) dengan skor total kuisisioner tersebut (Notoatmodjo, 2005). Pada penelitian ini, uji validitas dilakukan terhadap 10 responden di Puskesmas Kabupaten Jember. Teknik pengujian dilakukan dengan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. *Pearson Product Moment* merupakan uji validitas yang dilakukan dengan cara mengorelasikan masing-masing skor item dengan skor total dari instrumen yang ada (Hidayat, 2007). Dalam penelitian ini, pengujian dilakukan pada taraf signifikan 0,05 dengan kriteria pengujian jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel maka instrumen atau item pertanyaan berkorelasi signifikan terhadap skor total dan dinyatakan valid, dan jika  $r$  hitung  $<$   $r$  tabel maka instrumen atau item pertanyaan tidak berkorelasi signifikan terhadap skor total maka dinyatakan tidak valid. Hasil uji validitas diperoleh nilai  $r$  hitung masing-masing pernyataan/pertanyaan lebih besar dari  $r$  tabel ( $n:10$ ) = 0,632, maka kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini dapat dikatakan sudah valid. Hasil perhitungan uji validitas dapat dilihat pada lampiran D.

### 3.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Uji reliabilitas dilakukan agar instrumen tersebut reliabel artinya instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan data yang sama. Pengujian reliabilitas kuisioner pada penelitian ini dengan menggunakan rumus *cronbach alpha*, dasar pengambilan keputusan adalah reliabel jika nilai  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel (Sugiyono, 2010). Pada penelitian ini uji reliabilitas dilakukan terhadap 10 responden di Puskesmas Kabupaten Jember. Dalam penelitian ini pengujian dilakukan pada taraf signifikan 0,05 dengan kriteria pengujian jika nilai  $\alpha >$   $r$  tabel maka pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel, sedangkan bila  $\alpha <$   $r$  tabel maka pertanyaan tersebut tidak reliabel. Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai hasil  $\alpha$  masing-masing variabel lebih besar dari nilai  $r$  tabel ( $n:10$ ) = 0,632, maka kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini dapat dikatakan sudah reliabel. Hasil perhitungan reliabilitas dapat dilihat pada lampiran D.

### 3.9 Kerangka Operasional



Gambar 3.2 Kerangka Operasional