



**PENILAIAN KINERJA TENAGA KESEHATAN DALAM
PENANGGULANGAN KLB DIFTERI DENGAN METODE
SELF-APPRAISALS DAN *CHECKLIST***

(Studi Kasus di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember)

SKRIPSI

Oleh:

**Endah Fitriani
NIM 112110101180**

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



**PENILAIAN KINERJA TENAGA KESEHATAN DALAM
PENANGGULANGAN KLB DIFTERI DENGAN METODE
SELF-APPRAISALS DAN *CHECKLIST*
(Studi Kasus di Puskesmas Sumberjambe 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:

**ENDAH FITRIANI
NIM. 112110101180**

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

2015

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT, berkat limpahan rahmat, kasih sayang serta hidayah-Nya sehingga saya bisa menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu, ayah, dan kakak-kakak tercinta yang selalu memberikan doa, dukungan, pengorbanan, dan kasih sayangnya kepada saya.
3. Guru-guru saya sejak taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi yang telah mengajarkan ilmunya dan senantiasa membimbing saya.
4. Agama, Bangsa, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember .

MOTTO

“Bacalah (ya Muhammad) dengan nama Tuhanmu yang telah menciptakan. Telah menciptakan manusia daripada segumpal darah. Bacalah dan Tuhanmu amat pemurah. Yang mengajarkan (menulis) dengan pena. Yang mengajarkan kepada manusia apa-apa yang tiada diketahuinya”

(QS. Al ‘Alaq: 1-5)*)

”Semua urusan manusia melibatkan usaha dan hasil. Kegigihan dalam berusaha adalah ukuran untuk meraih hasil itu”

(James Allen)**)

“Aku tak punya kearifan khusus, hanya kekuatan pikiran yang sabar “

(Sir Isaac Newton)**)

*) Junus, M. 1997. *Tarjamah Al Qurän Al Karim*. Bandung: PT. Al-Ma’Arif.

***) Prisma, S. 2012. *Kata-kata Bijak dan Motivasi Tokoh Dunia*.

<http://suryasurabaya.blogspot.com/2012/02/kata-kata-bijak-motivasi-tokoh-dunia-2.html>. [29 September 2014].

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Endah Fitriani

NIM : 112110101180

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul "Penilaian Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Penanggulangan KLB Difteri Dengan Metode *Self-Appraisals* dan *Checklist* (Studi Kasus di Puskesmas Sumberjambe 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, Desember 2014

Yang menyatakan,

Endah Fitriani

NIM. 112110101180

SKRIPSI

**PENILAIAN KINERJA TENAGA KESEHATAN DALAM
PENANGGULANGAN KLB DIFTERI DENGAN METODE
SELF-APPRAISALS DAN *CHECKLIST*
(Studi Kasus di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember)**

Oleh:

**ENDAH FITRIANI
NIM. 112110101180**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Nuryadi, S.KM., M.Kes.
Dosen Pembimbing Anggota : Dyah Kusworini I., S.KM., M.Si.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Penilaian Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Penanggulangan KLB Difteri dengan Metode Self-Appraisals dan Checklist (Studi Kasus di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa
tanggal : 20 Januari 2015
tempat : Ruang Sidang Fakultas Kesehatan Masyarakat

Tim Penguji:

Ketua,

Sekretaris,

dr. Pudjo Wahjudi, M.S.

Dyah Kusworini I., S.KM., M.Si.

NIP. 19540314 198012 1 001

NIP. 19680929 199203 2 014

Anggota I,

Anggota II,

Nuryadi, S.KM., M.Kes.

dr. Tegoeh Wibowo

NIP. 19720916 200112 1 001

NIP. 19681215 200212 1 008

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Jember,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.

NIP. 19560810 198303 1 003

RINGKASAN

Penilaian Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Penanggulangan KLB Difteri dengan Metode *Self-Appraisals* dan *Checklist* (Studi Kasus di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember); Endah Fitriani; 112110101180; 2014; 94 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Difteria yang merupakan suatu penyakit infeksi mendadak yang disebabkan oleh kuman *Corynebacterium diphtheria* masih menjadi masalah kesehatan yang serius di Indonesia khususnya di Jawa Timur. Penanggulangan KLB Difteri di Jawa Timur dilakukan dalam bentuk imunisasi tambahan atau Sub PIN Difteri. Puskesmas Sumberjambe merupakan satu-satunya puskesmas yang belum mencapai target cakupan pada seluruh antigen dengan angka cakupan kurang dari 95%. Selain itu, di Desa Jambearum wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe ini merupakan satu-satunya desa yang mengalami kasus dan kematian akibat difteri setelah pelaksanaan Sub PIN yaitu dengan ditemukannya dua belas kasus baru difteri pada bulan Mei tahun 2013 dengan lima kematian. Hal tersebut tidak terlepas dari kinerja tenaga kesehatan pada pelaksanaan Sub PIN dalam upaya penanggulangan KLB Difteri sehingga kuantitas dan kualitas *output* yang dihasilkan tidak sesuai dengan target yang diinginkan sehingga berdasarkan uraian diatas dapat diketahui bahwa kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tujuan dari penelitian ini adalah menggambarkan kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember melalui SUB PIN Difteri dan tindak lanjut pasca Sub PIN Difteri.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan desain *cross sectional*, jumlah sampel sebanyak 30 responden. Data primer pada penelitian ini adalah data mengenai kinerja tenaga kesehatan. Data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis secara deskriptif dan keseluruhan hasil yang diperoleh akan menggambarkan kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri.

Hasil penilaian kinerja dalam pelaksanaan Sub PIN Difteri dengan menggunakan metode *self-appraisals* menunjukkan bahwa 83,3% responden termasuk dalam kategori kinerja sangat baik dan baik pada aspek persiapan, 86,7% termasuk dalam kategori kinerja sangat baik dan baik pada aspek pelaksanaan, dan 80% termasuk dalam kategori kinerja sangat baik dan baik pada aspek monitoring dan evaluasi. Sedangkan hasil penilaian kinerja dalam penguatan imunisasi rutin pasca Sub PIN Difteri dengan menggunakan metode *checklist* menunjukkan bahwa sebesar 71,4% responden termasuk dalam kategori kinerja sedang pada aspek persiapan, 57,1% termasuk dalam kategori kinerja sedang pada aspek pelaksanaan, dan 71,4% termasuk dalam kategori kinerja baik pada aspek monitoring dan evaluasi.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah sebagian besar kinerja tenaga kesehatan pada aspek persiapan, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi pada penilaian kinerja dengan menggunakan metode *self-appraisals* termasuk dalam kategori kinerja sangat baik dan baik. Sebagian besar kinerja tenaga kesehatan pada aspek persiapan dan pelaksanaan pada penilaian kinerja dengan menggunakan metode *checklist* termasuk dalam kategori kinerja sedang. Sedangkan pada aspek monitoring dan evaluasi termasuk dalam kategori kinerja baik.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Penilaian Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Penanggulangan KLB Difteri dengan Metode Self-Appraisals dan Checklist (Studi Kasus di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember)* sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember.

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

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Jember
3. Bapak dr. Tegoeh Wibowo, selaku penguji dalam ujian skripsi
4. Petugas kesehatan program penanggulangan KLB Difteri di Puskesmas Sumberjambe yang telah meluangkan waktunya
5. Kedua orang tuaku, H. Abdul Ghoni dan Ibu Suprihatin yang tidak henti-hentinya memberikan doa dan dukungannya
6. Kakak-kakakku, Eny Lestari dan Eko Hariyanto serta seluruh keluarga besar saya yang selalu memberikan dukungan dan doa

7. Teman-teman Alih Program (Mbak Dewi, Mbak Riska, Mbak Iin, Risa, Ika, Devy, Icha, Qie', Nafis, Yana, Om Puguh, Indri, Lail, Linda, Yayak), teman-teman reguler jurusan AKK angkatan 2009 dan 2010, teman-teman di kossan Kalimantan 52 (Pinda, Emil, Rani, Okta, Laras), dan teman-teman yang diluar sana (Ana, Miss Vanya, Riska, Ihsan, Fafan, Dhany) terima kasih atas semangat, doa, dan dukungannya.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan kontribusi dalam penelitian 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 memanfaatkannya.

Jember, Desember 2014

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN.....	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan	5
1.4 Manfaat	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 KLB Difteri... ..	7
2.1.1 Pengertian KLB	7

2.1.2	Klasifikasi KLB	7
2.1.3	Kriteria KLB.....	9
2.1.4	Penyakit Potensial Menimbulkan Wabah	10
2.1.5	Difteri	10
2.1.6	Langkah-Langkah Kegiatan Sub PIN Difteri.....	19
2.1.7	Penatalaksanaan Imunisasi DPT-HB	33
2.2	Tenaga Kesehatan dalam Sub PIN Difteri	37
2.3	Penilaian Kinerja	39
2.3.1	Pengertian	39
2.3.2	Tujuan dan Manfaat Penilaian Kinerja.....	39
2.3.3	Persyaratan Penilaian Kinerja	41
2.3.4	Mengukur Kinerja Karyawan	44
2.3.5	Kriteria dalam Penilaian Kinerja	46
2.3.6	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pencapaian Kinerja	47
2.3.7	Penilai Kinerja	48
2.3.8	Metode Penilaian Kinerja	49
2.3.9	Kesalahan-Kesalahan dalam Penilaian Kinerja	57
2.4	Kerangka Konseptual	59
BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN		
3.1	Jenis Penelitian	61
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	61
3.3	Populasi dan Sampel	61
3.4	Variabel dan Definisi Operasional	62
3.5	Data dan Sumber Data	66
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	67
3.7	Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data	68
3.8	Kerangka Operasional	71

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian	72
4.1.1 Gambaran Umum Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	72
4.1.2 Karakteristik Responden	76
4.1.3 Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Penanggulangan KLB Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember dengan Metode <i>Self-Appraisals</i>	77
4.1.4 Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Penguatan Imunisasi Rutin Pasca Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember dengan Metode <i>Checklist</i>	83
4.2 Pembahasan.....	86
4.2.1 Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Penanggulangan KLB Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember dengan Metode <i>Self-Appraisals</i>	86
4.2.2 Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Penguatan Imunisasi Rutin Pasca Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember dengan Metode <i>Checklist</i>	90

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan	93
5.2 Saran	93

Daftar Pustaka

Lampiran

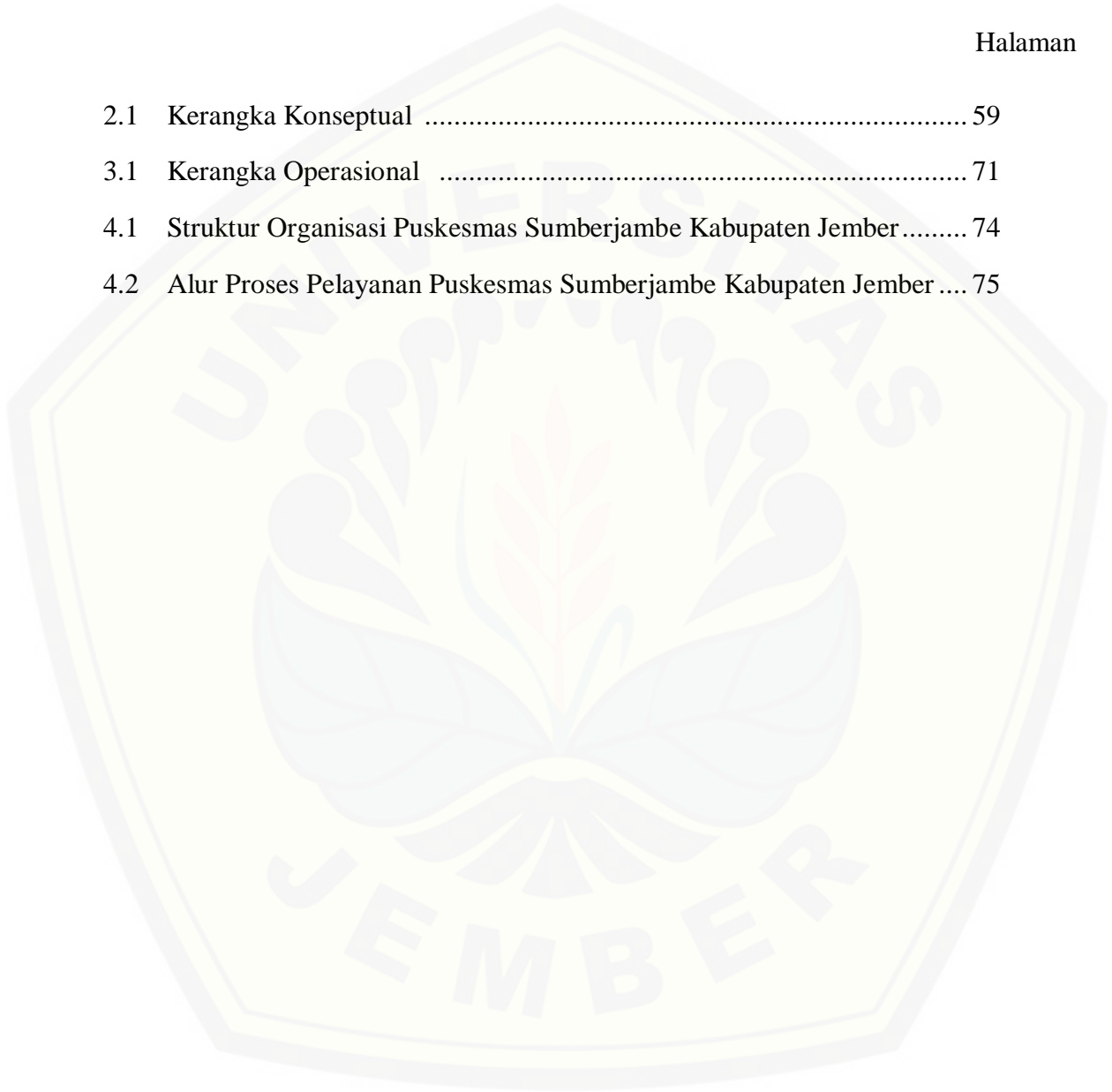
DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Cara dan Lokasi Penyuntikan	35
3.1 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Instrument Pengumpulan Data, dan Kriteria Pengukuran.....	62
4.1 Distribusi Karakteristik Responden	76
4.2 Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Aspek Persiapan dalam Pelaksanaan Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember.....	78
4.3 Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Kegiatan Aspek Persiapan dalam Pelaksanaan Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	78
4.4 Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Aspek Pelaksanaan dalam Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember.....	80
4.5 Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Kegiatan Aspek Pelaksanaan dalam Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	80
4.6 Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan Aspek Monitoring dan Evaluasi dalam Pelaksanaan Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	82
4.7 Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Kegiatan Aspek Monitoring dan Evaluasi dalam Pelaksanaan Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember.....	82
4.8 Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Aspek Persiapan dalam	

	Penguatan Imunisasi Rutin Pasca Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	83
4.9	Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Kegiatan Aspek Persiapan dalam Penguatan Imunisasi Rutin Pasca Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	84
4.10	Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Aspek Pelaksanaan dalam Penguatan Imunisasi Rutin Pasca Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	84
4.11	Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Kegiatan Aspek Pelaksanaan dalam Penguatan Imunisasi Rutin Pasca Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	85
4.12	Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Aspek Monitoring dan Evaluasi dalam Penguatan Imunisasi Rutin Pasca Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	86
4.13	Distribusi Kinerja Tenaga Kesehatan pada Kegiatan Aspek Monitoring dan Evaluasi dalam Penguatan Imunisasi Rutin Pasca Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	86

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Konseptual	59
3.1 Kerangka Operasional	71
4.1 Struktur Organisasi Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	74
4.2 Alur Proses Pelayanan Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember	75



DAFTAR SINGKATAN



AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
BTA	: Basil Tahan Asam
Cl	: <i>Chlorine</i>
CO	: <i>Carbon Monoxide</i>
DBD	: Demam Berdarah
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DHF	: <i>Dengue Hemorrhagic Fever</i>
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DOTS	: <i>Directly Observe Treatment Shortcourse</i>
DPT	: Difteri, Pertusis dan Tetanus
Gadar	: Gawat Darurat
Hansip	: Pertahanan Sipil
HB	: Hepatitis B
HCN	: <i>Hydrogen Cyanide</i>
Hg	: <i>Hydrargyrum</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IQ	: <i>Intelligence Quotient</i>
KAPOLSEK	: Kepala Kepolisian Sektor
KB	: Keluarga Berencana
Kepmenkes	: Keputusan Menteri Kesehatan



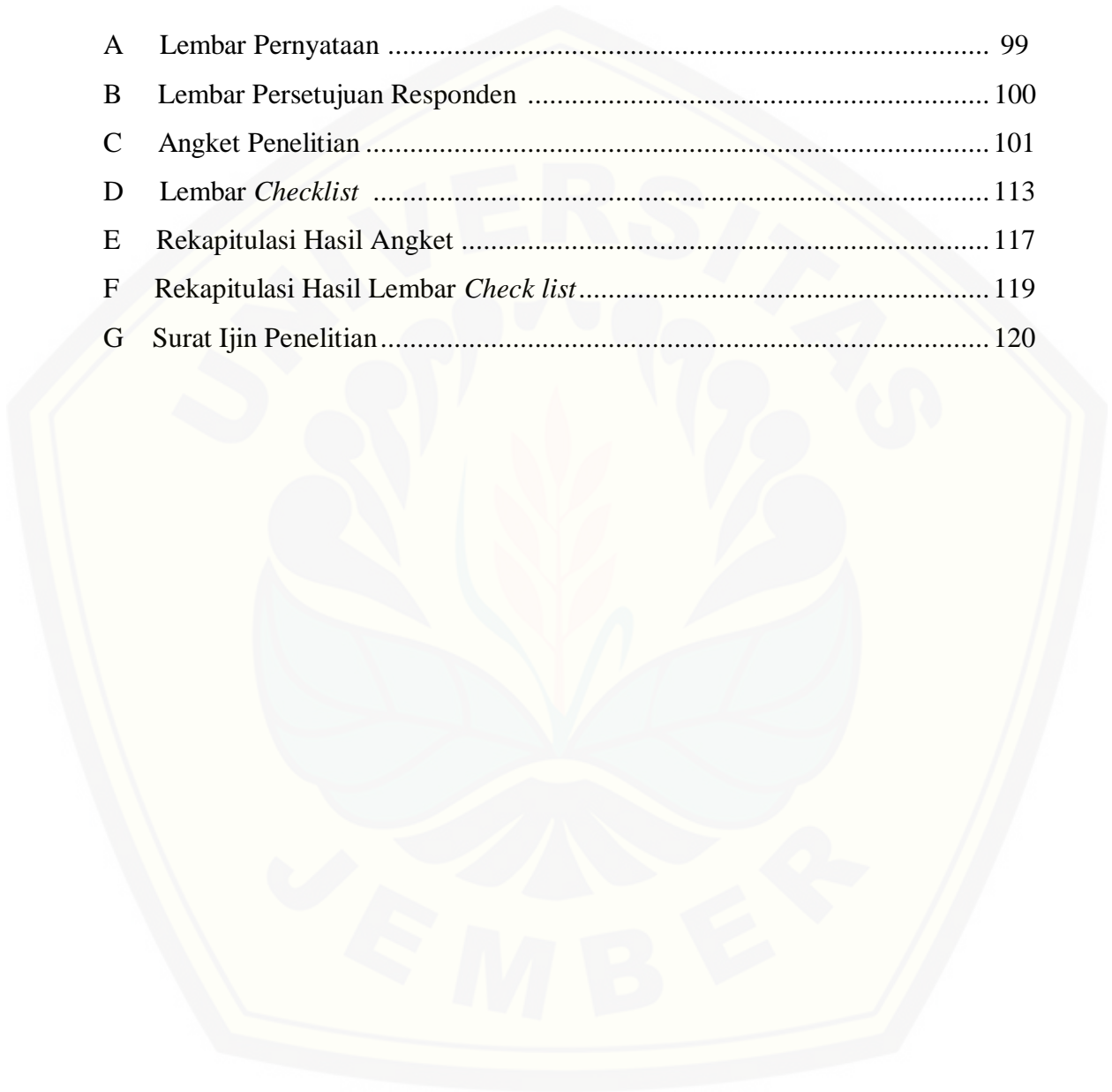
Kesling	: Kesehatan Lingkungan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIPI	: Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi
KK	: Kartu Keluarga
KM	: Kilometer
KMS	: Kartu Menuju Sehat
Komnas PP	: Komisi Nasional Pengkajian dan Penanggulangan
KORAMIL	: Komando Rayon Militer
KSK	: Kartu Susunan Keluarga
KUA	: Kantor Urusan Agama
Menkes	: Menteri Kesehatan
Napza	: Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya
P2	: Pemberantasan Penyakit
Pb	: <i>Plumbum</i>
PD3I	: Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
PIN	: Pekan Imunisasi Nasional
PKK	: Pendidikan Kesejahteraan Keluarga
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Promkes	: Promosi Kesehatan
PTM	: Penyakit Tidak Menular
PTT	: Pegawai Tidak Tetap
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Pusling	: Puskesmas Keliling



SD	: Sekolah Dasar
SP2TP	: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas
TB	: <i>Tuberculosis</i>
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
UKGS	: Usaha Kesehatan Gigi Sekolah
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
UKS	: Usaha Kesehatan Sekolah
UPS	: Unit Pelayanan Swasta
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Dinas Daerah
Usila	: Usia Lanjut

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A Lembar Pernyataan	99
B Lembar Persetujuan Responden	100
C Angket Penelitian	101
D Lembar <i>Checklist</i>	113
E Rekapitulasi Hasil Angket	117
F Rekapitulasi Hasil Lembar <i>Check list</i>	119
G Surat Ijin Penelitian.....	120



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Difteria yang merupakan suatu penyakit infeksi mendadak yang disebabkan oleh kuman *Corynebacterium diphtheria* masih menjadi masalah kesehatan yang serius di Indonesia khususnya di Jawa Timur. Kecenderungan kasus difteri selalu naik di Jawa Timur dari tahun ke tahun. Tahun 2003 (5 kasus), tahun 2004 (15 kasus), tahun 2005 (33 kasus), tahun 2006 (43 kasus), tahun 2007 (86 kasus), tahun 2008 (77 kasus dengan 11 kematian), tahun 2009 (140 kasus dengan 8 kematian), tahun 2010 (304 kasus dengan 21 kematian), dan s/d 9 Oktober 2011 terjadi (333 kasus dengan 11 kematian). Selain itu, penyebaran kasus difteri cenderung meluas dari tahun ketahun di Jawa Timur. Tahun 2003 (3 Kab/Kota), Tahun 2004 (9 Kab/Kota), tahun 2005 (15 Kab/Kota), tahun 2006 (17 Kab/Kota), tahun 2007 (17 Kab/Kota), tahun 2008 (20 Kab/Kota), tahun 2009 (24 Kab/Kota), tahun 2010 (31 Kab/Kota) dan s/d 9 Oktober 2011 (34 Kab/Kota). *Case fatality rate* (CFR) difteri di Jawa Timur masih tinggi yaitu sebesar 7%, bahkan di tempat tertentu bisa mencapai 50%. Kejadian difteri yang terus meningkat dari tahun ke tahun di Jawa Timur tersebut membutuhkan penanganan yang baik, serius dan tepat pada semua kejadian (Dinkes Provinsi Jatim, 2011).

Berdasarkan hal diatas, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sejak tanggal 10 Oktober 2011 telah menetapkan situasi Kejadian Luar Biasa (KLB) difteri untuk wilayah Jawa Timur. Penanggulangan KLB difteri yang dilakukan saat itu adalah dengan melakukan sosialisasi ke semua unit pelayanan, penemuan kasus secara dini, perawatan penderita yang standar, pemberian profilaksis terhadap kontak erat penderita dan pemberian imunisasi massal/*Outbreak Response Immunization* (ORI) secara terbatas di wilayah KLB (unit dusun/RW). Meskipun sudah dilakukan upaya-upaya tersebut, namun kasus masih terus meningkat. Sampai dengan 1 September 2012, peningkatan kasus difteri di Jawa Timur terus berlangsung yang

tersebar di 38 Kabupaten/Kota dengan jumlah kasus 645 kasus dengan 38 kematian. Berdasarkan data Surveilans Nasional, KLB Difteri telah menyebar di beberapa Provinsi di Indonesia. Provinsi Jawa Timur penyumbang 83% kasus difteri di Indonesia. Untuk menanggulangi KLB Difteri di Jawa Timur akan diberikan perlindungan kepada kelompok usia yang rentan terhadap penyakit difteri (2 bulan s.d 15 tahun), dengan pemberian imunisasi tambahan secara serentak di wilayah yang masih mempunyai risiko terjadi penularan dan peningkatan kasus difteri (Dinkes Provinsi Jatim, 2012).

Kegiatan tersebut yang merupakan salah satu rekomendasi Komite Penasihat Ahli Ilmu Imunisasi Nasional/*International Technical Advisory Group of Immunization* (ITAGI) adalah dalam bentuk kegiatan imunisasi tambahan (Sub PIN) Difteri secara serentak sebagai upaya meningkatkan ketahanan dan melindungi masyarakat terhadap penyakit difteri, sehingga diharapkan dapat memutuskan mata rantai penularan. Kegiatan Sub PIN Difteri 2012 dilaksanakan di 19 kabupaten/kota prioritas sebagai berikut: Sumenep, Pamekasan, Sampang, Bangkalan, Surabaya, Sidoarjo, Mojokerto, Kota Mojokerto, Jombang, Madiun, Kota Madiun, Pasuruan, Kota Pasuruan, Probolinggo, Kota Probolinggo, Jember, Bondowoso, Situbondo, dan Banyuwangi dengan pertimbangan jumlah kasus *insidens rate*, adanya kematian disebabkan difteri, dan ditemukan difteri toksigenik. Kabupaten Jember sebagai salah satu wilayah Provinsi Jawa Timur dinyatakan berstatus KLB Difteri disebabkan oleh penemuan kasus dan kejadian kematian akibat difteri yang dimulai pada tahun 2010 yaitu dengan ditemukan 6 kasus dengan 2 kematian meningkat pada tahun 2011 dengan ditemukannya 24 kasus dengan 2 kematian dan terus meningkat pada tahun 2012 terjadi 58 kasus dengan 3 kematian (Dinkes Provinsi Jatim, 2012).

Setelah dilaksanakan kegiatan Sub PIN Difteri pada bulan November tahun 2012, didapatkan suatu permasalahan yakni tidak tercapainya target imunisasi difteri yang sudah ditetapkan yaitu sebesar 95% pada setiap antigennya serta masih munculnya kasus baru dan kematian akibat difteri pada wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember khususnya Desa Jambearum Kecamatan Sumberjambe pada bulan

Mei tahun 2013. Puskesmas Sumberjambe merupakan satu-satunya Puskesmas yang belum mencapai target cakupan pada seluruh antigen yaitu DPT-HB (Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B), DT (Difteri dan Tetanus), dan Td (Tetanus dan Difteri) dengan angka cakupan kesemuanya kurang dari 95% yaitu DPT-HB hanya sebesar 94,67%, DT hanya sebesar 92,89%, serta Td yang hanya mencapai 93,89%. Sedangkan untuk kategori Desa/Kelurahan di wilayah Sumberjambe yang masih belum mencapai cakupan dari masing-masing antigennya yaitu hanya Desa Jambearum dengan antigen DPT-HB sebesar 76,85%, DT sebesar 66,02% dan Td sebesar 67,46%. Selain itu, di Desa Jambearum wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe ini merupakan satu-satunya desa yang mengalami kasus dan kematian akibat difteri setelah pelaksanaan Sub PIN yaitu dengan ditemukannya dua belas kasus baru difteri pada bulan Mei tahun 2013 dengan lima kematian serta lima kasus baru dengan satu kematian pada tahun 2014. Hal itu disebabkan karena tidak terlaksananya prosedur tetap penanggulangan penyakit difteri dengan baik terutama pada tahap perawatan penderita dan pemberian profilaksis yang pada kenyataannya perawatan penderita ditemukan masih kurang dari standar serta pemberian profilaksis terhadap kontak erat penderita yang gagal dilakukan (Dinkes Provinsi Jatim, 2012).

Berdasarkan keterangan dari Kepala Bidang Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan (PP&KL) melalui wawancara menyatakan bahwa pencapaian target imunisasi difteri pada pelaksanaan Sub PIN tahun 2012 khususnya Desa Jambearum tersebut tidak tercapai disebabkan karena tidak terlaksananya prosedur tetap penanggulangan penyakit difteri dengan baik, tidak tersedianya data sasaran yang valid sehingga sasaran tidak tercover secara menyeluruh, sosialisasi kepada masyarakat tentang penyakit difteri belum merata, sehingga kesadaran dan peran dalam kewaspadaan maupun penanggulangan terhadap difteri masih belum optimal. Selain itu tidak tercapainya target imunisasi tersebut juga disebabkan oleh kurangnya konseling tenaga kesehatan kepada sasaran terkait pelayanan kesehatan atau tindakan yang akan dilakukan. Pernyataan di atas juga didukung oleh pernyataan yang hampir sama dari Ketua Pelaksana Sub PIN difteri Kabupaten Jember yang menyatakan

bahwa belum tercapainya target imunisasi difteri pada pelaksanaan Sub PIN tahun 2012 khususnya desa Jambearum di wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe disebabkan oleh tidak tersedianya data sasaran yang valid terutama di Desa Jambearum, sehingga sasaran tidak tercover dengan menyeluruh dalam pelaksanaan Sub PIN difteri tahun 2012. Selain itu juga adanya penolakan dari masyarakat terhadap pelaksanaan imunisasi difteri pada program pelaksanaan Sub PIN. Penolakan itu muncul disebabkan oleh kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya imunisasi difteri sehingga muncullah sikap, kepercayaan dan pandangan negatif tentang pemberian imunisasi difteri. Hal tersebut tidak terlepas dari kinerja tenaga kesehatan pada pelaksanaan Sub PIN dalam upaya penanggulangan KLB Difteri sehingga kuantitas dan kualitas *output* yang dihasilkan tidak sesuai dengan target yang diinginkan sehingga berdasarkan uraian diatas dapat diketahui bahwa kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Hal tersebut tergambar dari angka pencapaian yang kurang dari pencapaian target minimal, yakni sebesar 95%, tidak terlaksananya prosedur tetap penanggulangan penyakit difteri dengan baik, tidak tersedianya data sasaran yang valid sehingga sasaran tidak tercover secara menyeluruh serta kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya imunisasi difteri sehingga muncullah sikap, kepercayaan dan pandangan negatif tentang pemberian imunisasi difteri.

Robbins (dalam Amins, 2012) menyatakan bahwa pencapaian tujuan yang telah ditetapkan merupakan salah satu indikator kinerja individu. Hasil kerja individu tergantung pada perilaku seseorang dalam melakukan pekerjaannya. Pengukuran hasil kerja individual dilakukan dengan melakukan evaluasi hasil tugas dari seseorang atau produk apa yang dihasilkan. Evaluasi pengukurannya berupa kuantitas dan kualitas yang dihasilkan. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus meningkatkan kinerjanya agar pencapaian indikator kinerja yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dapat mencapai angka yang ditetapkan. Hal tersebut sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Wungu dan Brotoharsojo (2003), yang

mengemukakan bahwa meningkatnya kinerja sumber daya manusia akan meningkatkan kinerja perusahaan. Mathis dan Jackson (2006) menyatakan bahwa kinerja karyawan adalah yang mempengaruhi seberapa banyak mereka memberi kontribusi kepada organisasi, yaitu antara lain kuantitas *output*, kualitas *output*, jangka waktu *output*, dan kehadiran di tempat kerja. Menurut Simamora (dalam Mangkunegara, 2005) terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pencapaian kinerja, yaitu faktor individual (kemampuan dan keahlian, latar belakang, demografi), faktor psikologis (persepsi, *attitude*, *personality*, pembelajaran, motivasi), dan faktor organisasi (sumber daya, kepemimpinan, penghargaan, struktur, *job design*). Moehersono (2012) menyatakan bahwa kejelasan ruang lingkup pengukuran berupa metode, baik metode tradisional ataupun modern dalam penilaian kinerja sangat diperlukan agar penilaian kinerja tidak membias dan tercapai sasaran sesuai dengan yang dikehendaki oleh organisasi. Penggunaan metode *self-appraisals* sebagai salah satu metode modern dalam penilaian kinerja dapat berguna dan menjadi sumber yang kredibel untuk informasi penilaian. Sedangkan penggunaan metode tradisional *checklist* dapat mengurangi beban penilai, ekonomis, dan terstandarisasi.

Berdasarkan beberapa hal tersebut maka perlu dilakukan penelitian tentang kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri dengan metode *self-appraisal* dan *checklist* di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka dapat dikemukakan rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: bagaimanakah kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember melalui Sub PIN Difteri dan tindak lanjut pasca Sub PIN Difteri.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menilai kinerja tenaga kesehatan (aspek persiapan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi) dalam penanggulangan KLB Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember dengan metode *self-appraisals*.
- b. Menilai kinerja tenaga kesehatan (aspek persiapan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi) dalam penguatan imunisasi rutin pasca Sub PIN Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember dengan metode *checklist*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengembangan Keilmuan

Hasil dari penelitian ini dapat menjelaskan kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember.

1.4.2 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Sebagai masukan dalam:

Pengambilan kebijakan untuk meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri.

1.4.3 Bagi Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember

Sebagai masukan dalam:

Evaluasi dan penyusunan strategi dalam peningkatan kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KLB Difteri

2.1.1 Pengertian KLB

Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis dalam kurun waktu dan daerah tertentu (Hikmawati, 2011). Menurut Last (dalam Wibowo, 2009), KLB adalah peningkatan frekuensi penderita penyakit, pada populasi tertentu, pada tempat dan musim atau tahun yang sama. Sedangkan wabah adalah kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka (Hikmawati, 2011).

Berdasarkan definisi KLB di atas dapat disimpulkan bahwa KLB adalah meningkatnya frekuensi kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis dalam kurun waktu, daerah, dan populasi tertentu.

2.1.2 Klasifikasi KLB

Klasifikasi KLB menurut Hikmawati (2011), antara lain:

a. Menurut Penyebab:

1) Toksin:

- a) Enterotoksin misal yang dihasilkan oleh *Stapilococcus*, *Vibrio cholera*, *Shigella*
- b) Eksotoksin misal yang dihasilkan oleh *Clostridium botulinum*, *Cl perpringen*
- c) Endotoksin

2) Infeksi

- a) Virus
- b) Bakteria
- c) Cacing

- d) Protozoa
- 3) Toksin biologis
 - a) Racun jamur (Alfatoksin)
 - b) Plankton (Racun ikan)
 - c) Racun tumbuh-tumbuhan
- 4) Toksin kimia
 - a) Zat kimia organik: logam berat (hg, Pb), cyanida
 - b) Insektisida: *organosfosfat, karbamat, organoklorin*
 - c) Gas-gas beracun: CO, HCN dsb
- b. Menurut Sumbernya
 - 1) Dari manusia
 - a) Jalan nafas
 - b) Tangan
 - c) Hubungan seksual
 - d) Tenggorokan
 - e) Tinja
 - 2) Dari kegiatan manusia
 - a) Toksin biologis dan kimia (tempe bongkrek, penyemprotan pencemaran lingkungan, penangkapan ikan dengan racun)
 - b) Jarum suntik yang tidak steril
 - 3) Dari binatang: binatang piaraan, ikan, binatang pengerat contoh *leptospirosis*, cacing parasit, *vibrio*
 - 4) Dari serangga: lalat, nyamuk (DBD, malaria, filariasis)
 - 5) Dari udara dan air
 - a) Pencemaran udara (*Stapilococcus, Streptococcus*)
 - b) Pencemaran air (*Vibrio cholera, Salmonella*)
 - 6) Dari makanan/minuman: keracunan singkong, jamur makanan dalam kaleng

2.1.3 Kriteria KLB

Menurut Hikmawati (2011), kriteria KLB meliputi:

- a. Angka kesakitan/kematian penyakit menular di suatu kecamatan meningkat 3 kali atau lebih selama 3 minggu berturut-turut
- b. Jumlah penderita baru dalam 1 bulan suatu penyakit menular di suatu kecamatan/desa/kelurahan meningkat 2 kali/lebih bila dibandingkan dengan angka rata-rata sebulan dalam setahun sebelumnya dari penyakit menular yang sama
- c. Angka rata-rata bulanan selama satu tahun dan penderita baru suatu penyakit menular di suatu kecamatan meningkat 2x atau lebih bila dibandingkan dengan angka rata-rata bulanan dalam tahun sebelumnya dan penyakit yang sama dalam kecamatan yang sama
- d. CFR (*Crude Fatality Rate*)/jumlah seluruh kematian karena penyakit tertentu/jumlah seluruh penderita karena penyakit tertentu x 100, dalam suatu kecamatan meningkat 50% atau lebih dibanding CFR penyakit yang sama dalam bulan yang lalu di kecamatan tertentu
- e. *Proportional rate* penderita baru suatu penyakit menular dalam 1 bulan, dibandingkan dengan *proportional rate* penderita baru dari penyakit menular yang sama selama periode waktu yang sama dari tahun yang lalu meningkat 2 kali atau lebih
- f. Apabila kesakitan/kematian oleh karena keracunan yang timbul di suatu kelompok masyarakat
- g. Untuk penyakit kolera, cacar, pes, DHF/DBD
 - 1) Setiap peningkatan jumlah penderita penyakit tersebut, di suatu daerah endemis yang sesuai dengan ketentuan a sampai dengan e
 - 2) Terdapat 1 atau lebih penderita/kematian oleh karena penyakit tersebut di suatu kecamatan yang telah bebas dari penyakit-penyakit tersebut paling sedikit bebas 4 minggu berturut-turut

- h. Bila di daerah tersebut terdapat penyakit menular yang sebelumnya tidak ada/tidak dikenal

2.1.4 Penyakit Potensial Menimbulkan Wabah

Penyakit potensial yang dapat menimbulkan wabah seperti yang dikemukakan oleh Hikmawati (2011) adalah sebagai berikut:

- a. Kholera
- b. Demam kuning
- c. Pes
- d. *Typus* bercak wabah
- e. Campak
- f. Difteri
- g. Rabies
- h. Influenza
- i. Tipus perut
- j. *Encephalitis*
- k. Demam bolak-balik
- l. Demam berdarah dengue
- m. Polio
- n. Pertusis
- o. Malaria
- p. Hepatitis
- q. Meningitis
- r. Anthrax

2.1.5 Difteri

a. Pengertian

Difteria ialah suatu penyakit infeksi mendadak yang disebabkan oleh kuman *Corynebacterium diphtheria*. Mudah menular dan menyerang terutama saluran napas bagian atas dengan tanda khas berupa *pseudomembrane* dan dilepaskannya eksotoksin yang dapat menimbulkan gejala umum dan lokal. Penularan umumnya melalui udara, berupa infeksi droplet, selain itu dapat melalui benda atau makanan yang terkontaminasi (Mansjoer dan Suprohaita, Eds., 2000).

Difteria adalah suatu penyakit bakteri akut terutama menyerang tonsil, faring, laring, hidung, adakalanya menyerang selaput lendir atau kulit serta kadang-kadang konjungtiva atau vagina. Timbulnya lesi yang khas disebabkan oleh cytotoxin spesifik yang dilepas oleh bakteri. Lesi nampak sebagai suatu membrane asimetrik keabu-abuan yang dikelilingi dengan daerah inflamasi. Tenggorokan terasa sakit, sekalipun pada difteria faucial atau pada difteria faringotonsiler, diikuti dengan kelenjar limfe yang membesar dan melunak. Pada kasus-kasus yang sedang dan berat ditandai dengan pembengkakan dan oedema di leher dengan pembentukan membrane pada trachea secara ekstensif dan dapat terjadi obstruksi jalan napas (Chin, 2000).

b. Macam-macam Penyakit Difteri

1) Difteri Tonsil dan Faring

Gejala biasanya tidak khas berupa malaise, anoreksia, sakit tenggorok dan panas sumbu-sumbu. Dalam 24 jam timbul eksudat/membrane di daerah faucial. Membran dapat menutup satu tonsil atau kedua tonsil, uvula, palatum molle dan faring. Difteri tonsil dan faring khas ditandai dengan adanya *adenitis/periadenitis cervical*, kasus yang berat disertai dengan *bullneck*. Beratnya sakit sangat tergantung dari beratnya toksemia. Suhu dapat normal atau sedikit meningkat tetapi nadi biasanya cepat.

Pada kasus ringan membrane biasanya akan menghilang antara 7-10 hari dan penderita Nampak sehat. Pada kasus sangat berat ditandai dengan gejala-

gejala toksemia berupa lemah, pucat, nadi cepat dan kecil, stupor, koma dan meninggal dalam 6-10 hari. Pada kasus sedang penyembuhan lambat disertai komplikasi seperti miokarditis dan neuritis.

2) Difteri Hidung

Kira-kira 2% kasus difteri dan gejalanya paling ringan. Timbulnya difteri hidung sulit dibedakan dengan pilek. Biasanya ditandai oleh adanya secret hidung dan tidak khas. Panas hanya sumer-sumer saja, secret hidung mula-mula serous kemudian menjadi serosanguisneus. Beberapa kasus dapat terjadi epistaksis. Sekret ini unilateral atau bilateral, dapat menjadi mukopurulen disertai ekskoriasi hidung anterior dan bibir atas member gambaran seperti impetigo. Sekret ini biasanya menempel pada septum nasi. Absorpsi toksin dari tempat ini sangat kecil sehingga difteri hidung tergolong ringan, infeksi ini cepat menghilang dengan pemberian antitoksin, bila tidak diobati maka secret akan berlangsung berminggu-minggu dan merupakan sumber utama penularan.

3) Difteri Laring

Kebanyakan merupakan perjalanan difteri faring. Tetapi kadang-kadang dapat berdiri sendiri. Gambaran klinis sulit dibedakan dengan obstruksi karena laryngitis akut yang disebabkan oleh infeksi lain. Penyakit ini disertai panas dan batuk serta suara serak. Gejala obstruksi dapat berupa stridor *inspiratoar*, retraksi suprasternal, supraklavikular dan subkostal. Perjalanan penyakit tergantung beratnya penyakit dan derajat obstruksi akan hilang dan membran hilang pada 6-10. Pada kasus sangat berat penyumbatan diikuti dengan anoksemia yang ditandai dengan gelisah, sianosis, lemah, koma dan meninggal. Suatu obstruksi akut dan kematian mendadak dapat terjadi pada kasus ringan dengan sebagian membrane terlepas dan menyumbat saluran nafas. Jakson membagi derajat dispnea laring progresif menjadi 4 stadium :

(1) Stadium 1

Terdapat cekungan ringan suprasternal, keadaan ini tidak mengganggu dan penderita tetap tenang.

(2) Stadium 2

Cekungan suprasternal menjadi lebih dalam ditambah cekungan di epigastrium, penderita mulai tampak gelisah.

(3) Stadium 3

Tampak cekungan *suprasternal*, *supraklavikular*, *intraklavikular*, *epigastrium* dan *interkostal*, penderita sangat gelisah dan tampak sukar untuk bernafas.

(4) Stadium 4

Gejala diatas semakin berat, penderita sangat gelisah dan berusaha sekuat tenaga untuk bernafas, tampak seperti ketakutan dan pucat/sianosis. Stadium 2 dan 3 merupakan indikasi trakeostomi. Gambaran klinis difteri laring, terutama karena obstruksi jalan nafas yang disebabkan oleh membran, kongesti, dan uedema. Pada difteri laring murni, gejala toksemia minimal karena absorbs toksin pada mukosa laring jelek. Kira-kira 35% dari difteri laring adalah murni/primer. Difteri laring kebanyakan (65%) merupakan lanjutan dari tonsil dan faring, maka gejalanya adalah toksemia dan obstruksi.

4) Difteri Lain-lain

Dapat terjadi di luar saluran napas seperti kulit, konjungtiva, telinga dan *vulvovaginal* dapat terkena infeksi difteri.

(1) Difteri kulit

Ditandai ulkus berbatas jelas dengan dasar membran putih/abu-abu.

(2) Difteri *konjungtiva*

Mengenai konjungtiva palpebra yang ditandai edema dan adanya membran di konjungtiva *palpebra*.

(3) Difteri telinga

Ditandai dengan adanya cairan *mukopurulen* yang persisten.

(4) Difteri *vulvovaginal*

Ditandai dengan ulkus dengan batas jelas (Dinkes Provinsi Jatim, 2011).

c. Penyebab Penyakit

Penyebab penyakit adalah *Corynebacterium diphtheria* dari biotipe *gravis*, *mitis* atau *intermedius*. Bakteri membuat toksin bila bakteri terinfeksi oleh *corynebacteriophage* yang mengandung *diphtheria toxin gene tox*. Strain nontoksikogenik jarang menimbulkan lesi local, namun strain ini dikaitkan dengan kejadian endokarditis infeksi (Chin, 2000).

d. Distribusi Penyakit

Penyakit ini muncul terutama pada bulan-bulan dimana temperatur lebih dingin di negara subtropis dan terutama menyerang anak-anak berumur di bawah 15 tahun yang belum diimunisasi. Sering juga dijumpai pada kelompok remaja yang tidak diimunisasi. Di negara tropis variasi musim kurang jelas, yang sering terjadi adalah infeksi subklinis dan difteri kulit.

Di Amerika Serikat dari tahun 1980 hingga 1998, kejadian difteri dilaporkan rata rata 4 kasus setiap tahunnya; dua pertiga dari orang yang terinfeksi kebanyakan berusia 20 tahun atau lebih. KLB yang sempat luas terjadi di Federasi Rusia pada tahun 1990 dan kemudian menyebar ke negara-negara lain yang dahulu bergabung dalam Uni Soviet dan Mongolia. Faktor risiko yang mendasari terjadinya infeksi difteri dikalangan orang dewasa adalah menurunnya imunitas yang didapat karena imunisasi pada waktu bayi, tidak lengkapnya jadwal imunisasi oleh karena kontraindikasi yang tidak jelas, adanya gerakan yang menentang imunisasi serta menurunnya tingkat sosial ekonomi masyarakat.

Wabah mulai menurun setelah penyakit tersebut mencapai puncaknya pada tahun 1995 meskipun pada kejadian tersebut dilaporkan telah terjadi 150.000 kasus

dan 5.000 diantaranya meninggal dunia antara tahun 1990-1997. Di Ekuador telah terjadi KLB pada tahun 1993/1994 dengan 200 kasus, setengah dari kasus tersebut berusia 15 tahun ke atas. Pada kedua KLB tersebut dapat diatasi dengan cara melakukan imunisasi massal (Chin, 2000).

e. Patogenesis dan Patologi

Kuman Difteri masuk ke hidung atau mulut di mana baksil akan menempel di mukosa saluran nafas bagian atas, kadang-kadang kulit, mata atau mukosa genital. Setelah 2-4 hari masa inkubasi, kuman dengan *corynephage* akan menghasilkan toksin yang mula-mula diabsorpsi oleh membrane sel, kemudian penetrasi dan interfensi dengan sintesa protein bersama-sama dengan sel kuman mengeluarkan suatu enzim penghancur terhadap *Nicotinamide Adenine Dinucleotide* (NAD) dengan membentuk formasi sehingga transferase adenosine difosforilase tidak aktif. Sintesa protein terputus karena enzim dibutuhkan untuk memindahkan asam amino dari RNA dengan memperpanjang rantai *polypeptide*, akibatnya terjadi *nekrose* sel yang menyatu dengan *nekrosis* jaringan dan membentuk *eksudat fibrin*, terjadi perlengketan dan membentuk *membrane* yang berwarna bervariasi dari abu-abu sampai hitam tergantung jumlah darah yang tercampur. Jadi membrane ini terdiri dari fibrin-fibrin, sel-sel yang udeema, sel darah merah dan *epitel mukosa*. Udeema juga terjadi pada jaringan di bawahnya sehingga dapat menyebabkan kesulitan bernafas bila udeema ini terjadi di *laring/trakeobronkal*.

Toksin ini akan beredar dalam tubuh melalui darah setelah membrane terbentuk dan merusak jaringan organ tubuh, terutama jantung, saraf dan ginjal. Walaupun antitoksin dapat menetralsisir toksin yang beredar dalam darah, tetapi tidak dapat menetralsisir toksin yang sudah masuk ke dalam sel. Setelah toksin masuk dalam jaringan maka terjadi variasi periode laten sebelum timbulnya manifestasi klinis.

Miokarditis biasanya timbul 10-14 hari setelah terjadinya infeksi, dan dapat pula pada akhir minggu pertama atau minggu keenam. Sedangkan sistem syaraf berupa

neuritis perifer biasanya timbul 3-7 minggu setelah perjalanan penyakit. Perubahan patologis yang ditemukan pada jaringan organ adalah nekrosis toksik dan degenerasi hialin. Pada sistem syaraf dapat ditemukan adanya degenerasi lemak dari sarung myelin. Pada hepar dapat terjadi nekrosis sehingga dapat terjadi hipoglikemia. Pada ginjal dapat terjadi tubular nekrosis akut (Dinkes Provinsi Jatim, 2011).

f. Manifestasi Klinis

Masa inkubasi difteri umumnya antara 2-5 hari, walaupun dapat singkat hanya satu hari dan lama 8 hari bahkan sampai 4 minggu. Biasanya serangan penyakit agak terselubung, misalnya hanya sakit tenggorok yang ringan, panas yang tidak tinggi, berkisar antara 37,8-38,9 derajat *celcius*. Pada mulanya tenggorok hanya hiperemis saja tetapi kebanyakan sudah terjadi membrane putih/keabu-abuan.

Dalam 24 jam membran dapat menjalar dan menutupi tonsil, palatum molle, uvula. Mula-mula membran tipis, putih dan berselaput yang segera menjadi tebal, abu-abu/hitam tergantung jumlah kapiler yang berdilatasi dan masuknya darah ke dalam eksudat. Membran mempunyai batas-batas jelas dan melekat dengan jaringan di bawahnya sehingga sukar untuk diangkat, sehingga bila diangkat secara paksa menimbulkan perdarahan. Jaringan yang tidak ada membrane biasanya tidak membengkak.

Pada difteri sedang biasanya proses yang terjadi akan menurun pada hari-hari ke 5-6, walaupun antitoksin tidak diberikan. Gejala lokal dan sistemik secara bertahap menghilang dan membran akan menghilang. Dan perubahan ini akan lebih cepat bila diberikan antitoksin. Difteri berat akan lebih berat pada anak yang lebih muda. Bentuk difteri antara lain *bullneck* atau *malignant* difteri. Bentuk ini timbul dengan gejala-gejala yang lebih berat dan membrane menyebar secara cepat menutupi faring dan dapat menjalar ke hidung. Udem tonsil dan uvula dapat pula timbul. Kadang-kadang udem disertai nekrose. Pembengkakan kelenjar leher, *infiltrate* ke dalam

jaringan sel-sel leher, dari telinga satu ke telinga yang lain dan mengisi di bawah mandibula sehingga memberi gambaran *bullneck* (Dinkes Provinsi Jatim, 2011).

g. Cara Penularan

Cara penularan adalah melalui kontak dengan penderita atau *carrier*, jarang sekali penularan melalui peralatan yang tercemar oleh discharge dari lesi penderita difteri. Susu yang tidak dipasteurisasi dapat berperan sebagai media penularan (Chin, 2000).

h. Masa Inkubasi dan Masa Penularan

Masa inkubasi biasanya berlangsung 2-5 hari, terkadang lebih lama. Masa penularan beragam, tetap menular sampai tidak ditemukan lagi bakteri dari discharge dan lesi; biasanya berlangsung 2 minggu atau kurang bahkan kadangkala dapat lebih dari 4 minggu. Terapi: antibiotik yang efektif dapat mengurangi penularan. Carrier kronis dapat menularkan penyakit sampai 6 bulan (Chin, 2000).

i. Kerentanan dan Kekebalan

Bayi yang lahir dari ibu yang memiliki imunitas biasanya memiliki imunitas juga; perlindungan yang diberikan bersifat pasif dan biasanya hilang sebelum bulan keenam. Imunitas sumur hidup tidak selalu, adalah imunitas yang didapat setelah sembuh dari penyakit atau dari infeksi yang subklinis. Imunisasi dengan toxoid memberikan kekebalan cukup lama namun bukan kekebalan seumur hidup. Sero survey di Amerika Serikat menunjukkan bahwa lebih dari 40% remaja kadar antitoksin protektifnya rendah; tingkat imunitas di Kanada, Australia dan beberapa Negara di Eropa lainnya juga mengalami penurunan. Walaupun demikian remaja yang lebih dewasa ini masih memiliki memori imunologis yang dapat melindungi mereka dari serangan penyakit. Di Amerika Serikat kebanyakan anak-anak telah diimunisasi pada kuartal ke-2 sejak tahun 1997, 95% dari anak-anak berusia 2 tahun menerima 3 dosis vaksin difteri. Antitoksin yang terbentuk melindungi orang terhadap penyakit sistemik namun tidak melindungi dari kolonisasi pada nasofaring (Chin, 2000).

j. Penanggulangan KLB Difteri

Penanggulangan KLB Difteri dilakukan secara bertahap yaitu penanggulangan tahap awal dan penanggulangan dengan pelaksanaan Sub PIN Difteri secara serentak.

1) Penanggulangan KLB pada tahap awal

Penanggulangan KLB tahap awal yang dilakukan adalah dengan :

- (1) Sosialisasi ke semua unit pelayanan kesehatan
- (2) Penemuan kasus difteri secara dini
- (3) Perawatan penderita yang standart
- (4) Pemberian profilaksis terhadap kontak erat penderita
- (5) Serta pemberian imunisasi massal/*Outbreak Response Immunization (ORI)* secara terbatas di wilayah KLB

Kelima langkah tersebut dilakukan secara berkesinambungan dengan melakukan koordinasi dan advokasi secara lintas sektoral di setiap daerah. Khusus untuk imunisasi massal yang diberikan secara terbatas/*Outbreak Response Immunization* diberikan kepada murid SD dari kelas IV, V, dan VI serta murid SMP dari kelas VII, VIII, dan IX. Langkah imunisasi tersebut telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada bulan April hingga Mei 2011 lalu, hal tersebut sengaja dilakukan, mengingat selama ini difteri mudah menyerang-anak-anak khususnya pelajar sehingga upaya jempot bola pun ditempuh dengan mendatangi sekolah dan memberikan imunisasi. Untuk pencegahan secara dini selain ORI yaitu dilakukannya imunisasi Difteri yaitu dengan diberikan DTP-HB sebanyak 3 kali pada usia 2,4 dan 6 bulan. Sedangkan booster dilakukan pada usia 1 tahun dan 4-6 tahun.

2) Penanggulangan KLB dengan Sub PIN Difteri

Penanggulangan KLB selanjutnya yaitu dilakukan melalui pelaksanaan Sub PIN Difteri yang dilakukan pada 12-24 November 2012. Pelaksanaan Sub PIN Difteri ini dilakukan karena mengingat terus meningkatnya kejadian kasus Difteri di Jember. Kegiatan Sub PIN Difteri ini merupakan suatu kegiatan imunisasi

tambahan secara serentak sebagai upaya meningkatkan ketahanan dan melindungi masyarakat terhadap penyakit difteri, sehingga diharapkan dapat memutuskan mata rantai penularan. Sasaran pada imunisasi tambahan ini adalah kelompok usia 2 bulan sampai dengan 15 tahun.

Pelaksanaan Sub PIN Difteri yang dilakukan pada bulan November 2012 tersebut memiliki target cakupan sebesar 95% pada setiap antigen imunisasi yang diberikan yaitu DPT-HB, DT, Td. Pelaksanaan Sub PIN Difteri di Kabupaten Jember dilakukan pada seluruh 49 wilayah kerja Puskesmas. Untuk pelaksanaan sub PIN difteri itu sendiri pelaksanaannya difokuskan pada 2 tempat yaitu posyandu, dan di sekolah-sekolah (Dinkes Provinsi Jatim, 2012).

2.1.6 Langkah-Langkah Kegiatan Sub PIN Difteri

a. Langkah-Langkah Kegiatan Sub PIN Difteri Putaran ke 1

1. Persiapan

1) Pendataan sasaran

a) Operasional

(1) Puskesmas melakukan pendataan sasaran dengan unit wilayah RT/RW/dusun

(2) Pendataan ini dilakukan oleh pembina wilayah desa setempat (bidan/perawat)

(3) Sasaran yang dicatat dalam format adalah:

(a) Anak yang riil berdomisili di wilayah tersebut

(b) Anak yang hanya terdaftar dalam KSK/KK, tetapi berdomisili di luar wilayah kerja.

(4) Untuk butir b tidak dimasukkan sebagai denominator (penyebut)

(5) Pendataan sasaran dikelompokkan dalam 3 kelompok umur sesuai jenis vaksin yaitu:

- (a) DPT-HB : untuk usia 2-36 bulan (usia 60 hari s/d ulang tahun yang ke 3)
- (b) DT : untuk usia >3-7 tahun (setelah ulang tahun yang ke 3 s/d ulang tahun yang ke7)
- (c)Td : untuk usia >7-15 tahun (setelah ulang tahun yang ke 7 s/d ulang tahun ke 15)
- f) Format pendataan sasaran terlampir (Form: Sub PIN DIFT-Desa-1,2,3)
- g) Siapkan format pelaporan pelayanan dan KIPPI
- h) Data sasaran setelah terkumpul perlu dilakukan validasi oleh Puskesmas, Kabupaten/Kota dan Provinsi
- i) Puskesmas menyalin/mencatat data sasaran *by name by address* di seluruh wilayahnya dalam bentuk *excel*, sebagai dokumen Puskesmas
- j) Penentuan pos pelayanan untuk Sub PIN Difteri, alokasi dana sesuai dengan jumlah posyandu yang terdaftar
- k) Dalam kegiatan operasional, harus ada tim pelaksana dengan pembagian tugas yang jelas
- l) Harus ada penanggung jawab operasional/pembina wilayah untuk setiap desa/kelurahan
- b) Administrasi
 - (1)Harus ditunjuk petugas yang mengurus administrasi (keuangan)
 - (2)Ada surat tugas dari Kepala Puskesmas
 - (3)Lingkup kegiatan prioritas adalah pertanggung jawaban keuangan
 - (4)Petugas administrasi adalah petugas Puskesmas yang bukan petugas teknis Sub PIN Difteri (yang memberikan pelayanan di lapangan)
- c) Sarana
 - (1)Ada lemari es untuk menyimpan vaksin, dalam kondisi baik

- (2) Ada termos lengkap dengan *cool pack* (kotak dingin cair) untuk membawa vaksin ke pos pelayanan, dalam kondisi baik
- (3) Kebutuhan alat suntik terpenuhi
- (4) Kebutuhan vaksin secara spesifik masing-masing kelompok sasaran terpenuhi
- (5) Kebutuhan *anafilaktik shock kit* (1 kit per pos pelayanan)

Hal-hal tersebut di atas merupakan rangkaian kegiatan yang harus dipersiapkan oleh Puskesmas sebagai unit pelaksana.

2) Sosialisasi dan Advokasi

Penggerakan sasaran untuk menuju pos pelayanan pada hari H, perlu dilakukan:

- a) Sosialisasi kepada pejabat publik tingkat kecamatan, dan sektor-sektor lain melalui kegiatan pertemuan, media cetak, dan elektronik
- b) Advokasi kepada Kepala Desa/Kelurahan, KORAMIL, KAPOLSEK, Cabang Dinas Pendidikan dan Kantor Kementerian Agama tingkat kecamatan (KUA)

3) Penyediaan Logistik

Logistik berupa vaksin, alat suntik dan *safety box*, format pencatatan dan laporan, bahan KIE, tanda Pos Pelayanan harus telah sampai ke Puskesmas paling lambat H-7

4) Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor

- a) Koordinasi lintas program di Puskesmas melalui mini lokakarya
- b) Koordinasi lintas sektor di Puskesmas melalui pertemuan sosialisasi. Pada saat pertemuan di tingkat Puskesmas/kecamatan Kepsks Desa/Lurah membawa data sasaran hasil pendataan.

2. Pelaksanaan

1) Mobilisasi Sasaran

- a) Kepala Desa/Lurah atau pamong setempat, Hansip, Guru, atau tenaga yang mengenal kondisi setempat dapat ditunjuk sebagai tim penggerakan sasaran.
 - b) Tenaga relawan (mahasiswa kesehatan, guru dan kader) memobilisasi sasaran menuju Pos Pelayanan
 - c) Bahan yang disampaikan oleh relawan: jadwal pelaksanaan, tempat pelaksanaan
 - d) Sosialisasi dapat dilakukan melalui siaran “woro-woro” (Pusling, radio lokal, tempat ibadah, undangan, pengumuman dll)
 - e) Sekolah-sekolah yang masuk dalam jangkauan Sub PIN
- 2) Pelaksanaan Imunisasi
- a) Waktu : sesuai dengan kesepakatan masing-masing desa
 - b) Tempat : Pos Pelayanan Sub PIN
Petugas : Vaksinator (Dokter, Bidan, dan Perawat)
Administrasi (petugas Puskesmas dan kader)
Keamanan (Hansip, Polisi, dan TNI)
 - c) Alur Pelayanan:
 - (1) Meja 1 : Pendaftaran dan *screening* status imunisasi “D” (difteri)
 - (a) Bagi sasaran usia 2-11 bulan, tidak perlu diimunisasi apabila sudah lengkap (DPT-HB 3 kali) dan *valid dose* yang di buktikan dengan kartu imunisasi atau buku KIA*, belum lengkap 3 dosis, tetapi karena memang belum saatnya, faktor usianya atau faktor interval minimal dosis sebelumnya masih kurang dari 28 hari **
 - (b) Bagi sasaran bayi 2-11 bulan untuk butir * walau tidak disuntik, agar dicatat dan dilaporkan sebagai hasil Sub PIN, untuk butir ** dapat

dicatat sebagai hasil Sub PIN apabila telah diimunisasi dengan mempertimbangkan interval minimal

- (c) Bagi usia diatas 12 bulan semua diimunisasi tanpa memandang status imunisasi sebelumnya. *Screening* dilakukan untuk mengisi format *SUBPIN-DIFT-DESA-1, 2, 3* kolom 11 (termasuk dosis yang akan didapat saat Sub PIN)
- (d) Pengisian pencatatan pelaporan format *SUBPIN-DIFT-DESA-1, 2, 3* (kolom 8)

(2) Meja 2 : Pelayanan imunisasi

Perlu diperhatikan bahwa masing-masing kelompok sasaran mendapatkan antigen/vaksin yang berbeda, sehingga harus cermat, tidak boleh sampai salah pemberian

(3) Meja 3 : Berikan paracetamol dan konseling tentang KIPI dan penanggulangannya (pemberian paracetamol setiap 4-6 jam kemudian, kompres dll)

(4) Evaluasi kehadiran (cakupan) dan rencana tindak lanjut (*sweeping* dll)

3. Monitoring dan Evaluasi

1) Supervisi suportif

Supervisi suportif pada tahap persiapan, pelaksanaan dan paska Sub PIN oleh Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas:

- a) H-1, pemantauan dilakukan terhadap kesiapan semua komponen operasional
- b) Hari H, pemantauan dilakukan di Pos Pelayanan
- c) H+1 s/d +14, pemantauan kegiatan *sweeping*
- d) H+7 s/d +15, pelaksanaan *rapid convenience self assessment* (RCA)

2) Pertemuan evaluasi hasil

Dilaksanakan minggu ke 4 bulan November 2012, di tingkat Provinsi

Evaluasi per Pos Pelayanan

Langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Setelah selesai pelayanan (hari H) agar petugas mengecek daftar sasaran, apakah seluruh sasaran yang terdaftar sudah diimunisasi
- b) Bagi sasaran yang belum sempat diimunisasi, agar dikunjungi untuk mendapatkan informasi ketidakhadirannya dan diberikan motivasi agar bersedia diimunisasi. Jika bersedia, berikan imunisasi saat itu. Jika belum memungkinkan diimunisasi pada hari H, misalnya karena sakit, tidak ada di tempat atau alasan lain, maka diminta kesediaan d lain hari untuk datang ke sarana pelayanan kesehatan terdekat yang disepakati.

3) Pelaporan

Pelaporan dari Pos Pelayanan ke desa/kelurahan (bidan desa):

- a) Format: SUBPIN DIFT-DESA-1 (usia 2 s/d 36 bulan)
- b) Format: SUBPIN DIFT-DESA-2 (usia 3 s/d 7 tahun)
- c) Format: SUBPIN DIFT-DESA-3 (usia 7 s/d 15 tahun)
- d) Format: KIPI, bila tidak ditemukan pada hari tersebut harus disebutkan NIHIL

Waktu pelaporan setiap hari paling lambat jam 13.00 WIB

Pelaporan dari desa/kelurahan ke Puskesmas:

- a) Format: SUBPIN DIFT-DESA-rekap
- b) Format: KIPI, bila tidak ditemukan pada hari tersebut harus disebutkan NIHIL

Waktu pelaporan setiap hari paling lambat jam 14.00 WIB, data yang dilaporkan adalah angka kumulatif, artinya laporan hari ini secara otomatis menggantikan/mengkoreksi laporan sebelumnya (kemarin).

Pelaporan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota:

- a) Format: SUBPIN DIFT-PUSK
- b) Format: KIPI, bila tidak ditemukan pada hari tersebut harus disebutkan NIHIL

Waktu pelaporan setiap hari paling lambat jam 15.00 WIB, data yang dilaporkan adalah angka kumulatif, artinya laporan hari ini secara otomatis menggantikan/mengkoreksi laporan sebelumnya (kemarin). Laporan menggunakan file elektronik.

Rangkaian kegiatan tersebut di atas, sebagai penanggung jawab adalah Kepala Puskesmas (Dinkes Provinsi Jatim, 2012).

- b. Langkah-Langkah Kegiatan Sub PIN Difteri Putaran ke 2 dan 3
 - 1. Persiapan
 - 1) Pemutakhiran data sasaran di Posyandu
 - a) Puskesmas menyiapkan data sasaran sesuai hasil Sub PIN Difteri putaran ke 1 (untuk Sub PIN Difteri putaran ke 2) dan data sasaran sesuai hasil Sub PIN putaran ke 1 dan ke 2 (untuk Sub PIN Difteri putaran ke 3) dalam bentuk *print out* dari format *excel*, per golongan umur per Posyandu, dimasukkan dalam *snellhecter* yang telah ditentukan dan diberi nama sesuai nama Posyandu
 - b) Data sasaran dikelompokkan dalam 5 kelompok umur sebagai berikut:
 - (1)Usia 2-11 bulan (usia 60 hari s/d ulang tahun yang ke-1)
 - (2)Usia 12-36 bulan (setelah ulang tahun pertama s/d ulang tahun yang ke-3)
 - (3)Usia >3-5 tahun (setelah ulang tahun yang ke-3 s/d ulang tahun yang ke-5)
 - (4)Usia >5-7 tahun (setelah ulang tahun yang ke-5 s/d ulang tahun yang ke-7)
 - (5)Usia >7-15 tahun (setelah ulang tahun yang ke-7 s/d ulang tahun ke-15)

- c) Data sasaran tersebut diserahkan kepada bidan penanggung jawab Posyandu, yang selanjutnya bidan menyerahkan kepada kader yang ditunjuk untuk melaksanakan pemutakhiran data sasaran per Posyandu
- d) Kader melakukan semua kunjungan ke semua rumah yang ada di wilayah Posyandu untuk memastikan bahwa:
 - (1) Semua sasaran usia 2 bulan – 15 tahun ke atas telah terdata
 - (2) Mencocokkan nama, tanggal lahir dan nama orang tua sasaran
 - (3) Bila menemukan sasaran yang belum terdaftar, menulis secara lengkap identitas sasaran pada daftar sasaran, namun bila ada sasaran yang pindah atau meninggal, maka kader wajib menambahkan keterangan tersebut pada daftar sasaran
 - (4) Melengkapi nama sekolah dan kelas bagi sasaran yang telah sekolah pada kolom alamat
- e) Hasil pemutakhiran data sasaran dikumpulkan kembali ke puskesmas dan setelah terkumpul perlu dilakukan validasi oleh puskesmas
- f) Validasi data dilakukan melalui pemantauan yang dilakukan oleh seluruh staf Puskesmas yang menggunakan format sebagaimana lampiran 09, diisi sesuai tempat tinggal dan dimulai dari rumah petugas, dilanjutkan pada rumah tetangga sampai minimal 10 rumah di sekitarnya atau telah mendapatkan sasaran usia 2 bulan – 15 tahun sejumlah 20 orang
- g) Selanjutnya divalidasi apakah semua sasaran hasil pemantauan oleh petugas telah terdaftar sebagai sasaran Sub PIN Difteri di Posyandu. Apabila masih ditemukan sasaran yang belum terdata, maka petugas wajib memasukkan ke dalam daftar sasaran posyandu yang bersangkutan.

2) Pendataan Sasaran di Sekolah

Pendataan sasaran di sekolah dilakukan dengan menggunakan format sebagaimana lampiran-06 dan lampiran-07. Data sasaran di sekolah mencakup

identitas siswa per kelas. Untuk memudahkan proses penyuntikan per antigen, maka sasaran di sekolah dapat dibagi menjadi dua kelompok umur sebagai berikut:

- a) Usia >3-7 tahun (setelah ulang tahun yang ke 3 s/d ulang tahun yang ke 7)
- b) Usia >7-15 tahun (setelah ulang tahun yang ke 7 s/d ulang tahun yang ke 15)

3) Sosialisasi dan Advokasi

Penggerakan sasaran untuk menuju pos pelayanan pada hari H, perlu dilakukan melalui:

- a) Sosialisasi kepada pejabat publik tingkat kecamatan, dan sektor-sektor lain melalui kegiatan pertemuan
- b) Advokasi kepada Kepala Desa/Kelurahan, Koramil, Kapolsek, UPTD Pendidikan dan Kantor Urusan Agama (KUA)
- c) Sosialisasi kepada Tokoh Masyarakat, Tokoh Agama dan masyarakat, dapat dilakukan pada setiap kesempatan, antara lain melalui Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), pengajian, pertemuan PKK hingga dasa wisma

4) Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor

- a) Koordinasi lintas program di Puskesmas melalui mini lokakarya
- b) Koordinasi lintas sektor dapat dilaksanakan dalam bentuk pertemuan sosialisasi, baik pada mini lokakarya eksternal atau pada pertemuan koordinasi di tingkat Kecamatan (Rakorcam)
- c) Penetapan SK Pelaksana Sub PIN Difteri, mencakup Tim pelaksana di tingkat Puskesmas, Tim pelaksanaan di tingkat desa/kelurahan, tenaga vaksinator, tenaga keamanan dan kader
- d) Surat penugasan bagi tenaga vaksinator, keamanan dan supervisor
- e) Petugas Administrasi:
 - (1)Harus ditunjuk petugas yang mengurus administrasi (keuangan)
 - (2)Ada surat tugas dari Kepala Puskesmas

(3) Lingkup kegiatan prioritas adalah pertanggung jawaban keuangan

(4) Petugas administrasi adalah petugas Puskesmas yang bukan petugas teknis Sub PIN pelayanan di lapangan

5) Perencanaan Pelaksanaan

- a) Penentuan pos pelayanan untuk Sub PIN Difteri, sesuai dengan jumlah posyandu dan sekolah
- b) Penetapan sasaran per Posyandu dan sekolah
- c) Pembagian tugas pada saat pelaksanaan Sub PIN Difteri, disusun dalam daftar sebagaimana lampiran-10
- d) Harus ada penanggung jawab operasional untuk setiap desa/kelurahan
- e) Menyusun rencana operasional kegiatan per Posyandu sesuai format sesuai format lampiran-11
- f) Menyusun rencana operasional kegiatan di sekolah sesuai format lampiran-12
- g) Membuat rekapitulasi rencana kegiatan tingkat Puskesmas sesuai format lampiran-13
- h) Menyusun strategi rencana kegiatan di daerah sulit sebagaimana format lampiran-14

6) Penyediaan Logistik

Logistik berupa vaksin, alat suntik dan *safety box*, format pencatatan dan laporan harus telah disiapkan paling lambat H-7

- a) Ada lemari es untuk menyimpan vaksin
- b) Ada vaksin *carrier* lengkap dengan *cool pack* (kotak dingin cair) untuk membawa vaksin ke pos pelayanan
- c) Kondisi lemari es dan vaksin *carrier* yang masih baik
- d) Kebutuhan alat suntik terpenuhi
- e) Kebutuhan vaksin secara spesifik masing-masing kelompok sasaran terpenuhi

2. Pelaksanaan

1) Mobilisasi Sasaran

- a) Tenaga relawan (kader, guru, PKK, perangkat desa/kelurahan dan keamanan) mobilisasi sasaran menuju Pos Pelayanan
- b) Bahan yang disampaikan oleh relawan: tujuan, jadwal dan tempat pelaksanaan
- c) Mobsos dapat dilakukan melalui siaran “woro-woro” (Pusling, tempat ibadah, undangan, pengumuman dll)

2) Pelaksanaan Penyuntikan

Pada hari H, Puskesmas mengirim tim pelaksana untuk bertugas di pos pelayanan (Posyandu dan sekolah)

- a) Waktu : jam 08.00 – 12.00 WIB
- b) Tempat : Pos Sub PIN (Posyandu dan sekolah)
- c) Petugas : Vaksinator (Dokter, Bidan dan Perawat)
Administrasi (petugas Puskesmas dan kader)
Keamanan (Polisi, TNI, perangkat desa/dusun/RT/RW)
- d) Alur Pelayanan di Posyandu
 - (1) Meja 1 : Pendaftaran dan *screening* status imunisasi “D”
 - (a) Bagi sasaran usia 2-11 bulan, apabila sudah lengkap (status D-3) tidak perlu diimunisasi
 - (b) Bagi sasaran usia 12-36 bulan dengan status D-4 tidak perlu diimunisasi
 - (c) Bagi sasaran usia >3-5 tahun dengan status D-5 tidak perlu diimunisasi
 - (d) Bagi sasaran usia >5 tahun dengan status D-6 tidak perlu diimunisasi
 - (2) Meja 2 : Penimbangan
 - (3) Meja 3 : Interpretasi hasil penimbangan

- (4) Meja 4 : Penyuluhan tentang maksud dan tujuan Sub PIN Difteri
- (5) Meja 5 : Pelayanan penyuntikan, pencatatan, konseling tentang KIPI dan penanggulangannya (pemberian paracetamol, kompress dll).

Sebelum dilaksanakan penyuntikan, harus diperhatikan kondisi sasaran sesuai surat no: 57/XI/Komnas PP-KIPI/2012, dijelaskan daftar bayi dan anak yang harus diimunisasi di Rumah Sakit:

- Usia 2-36 bulan : (a) Riwayat syok anafilaktik
(b) Hipotonik hiporensponsif
(c) Menangis terus menerus lebih dari 3 jam
(d) Riwayat kejang demam
(e) Demam $>39^{\circ}\text{C}$ paska imunisasi
(f) Riwayat pernah dirawat paska imunisasi
(g) Belum mendapat vit K1 saat lahir

Usia >3 tahun : (a) Riwayat syok anafilaktik paska imunisasi

- e) Alur Pelayanan di Sekolah
 - (1) Siswa duduk dengan tenang di dalam kelas
 - (2) Wali kelas/guru yang ditunjuk mendampingi siswa di dalam kelas
 - (3) Petugas menyampaikan maksud dan tujuan dilaksanakannya Sub PIN Difteri, manfaat pemberian imunisasi difteri, akibat bila tidak mendapatkan imunisasi secara lengkap dan kemungkinan efek samping yang timbul setelah diimunisasi
 - (4) Petugas memanggil siswa sesuai no urut dalam daftar sasaran untuk maju dan duduk di tempat yang telah disediakan
 - (5) Pelayanan penyuntikan

- (6) Pencatatan hasil penyuntikan pada register bantu sekolah sesuai format lampiran-08
 - (7) Evaluasi kehadiran (cakupan) dan rencana tindak lanjut (kunjungan ulang dll)
 - (8) Koordinasi dengan pihak sekolah terkait rencana tindak lanjut yang akan dilaksanakan
- 3) Pencatatan Hasil Kegiatan
- a) Pencatatan hasil kegiatan di Posyandu dengan menggunakan format sebagaimana lampiran-01 sampai dengan lampiran-05
 - b) Pencatatan hasil kegiatan di sekolah dengan menggunakan format sebagaimana lampiran-06 sampai dengan lampiran-07
 - c) Hasil kegiatan di sekolah untuk selanjutnya dimasukkan kedalam hasil kegiatan per Posyandu, namun bila ada sasaran di sekolah yang tidak ditemukan Posyandunya, untuk tetap dilaporkan sebagai hasil kegiatan di sekolah
 - d) Untuk meningkatkan cakupan dan memperkecil kemungkinan adanya sasaran yang tidak mendapat imunisasi (lolos), maka pelayanan imunisasi juga dapat diberikan di fasilitas pelayanan statis (Puskesmas). Hasil kegiatan di Puskesmas dicatat dengan menggunakan format sesuai lampiran-08, yang untuk selanjutnya agar dimasukkan kedalam hasil kegiatan per Posyandu.
- 4) Kunjungan Ulang
- Kunjungan ulang dilakukan untuk memberikan imunisasi kepada sasaran yang belum terimunisasi pada hari H+1 s/d +14. Kepala Puskesmas bertanggung jawab melakukan pengaturan kunjungan ulang, baik kunjungan langsung ke rumah sasaran atau ke sekolah.
3. Monitoring dan Evaluasi
- 1) Supervisi suportif

Supervisi suportif pada tahap persiapan, pelaksanaan dan paska Sub PIN oleh Pusat, Provinsi, Kabupaten dan Puskesmas:

- a) H-1, pemantauan dilakukan terhadap kesiapan semua komponen operasional
- b) Hari H, pemantauan dilakukan di Pos Pelayanan
- c) H+1 s/d +14, pemantauan kegiatan *sweeping*
- d) H+15 s/d +21, pelaksanaan *rapid convenience self assessment* (RCA)

2) Pelaporan

- a) Pelaporan dari Pos Pelayanan (Posyandu) ke desa/kelurahan (bidan desa):

- (1)Format: SUBPIN DIFT-DESA-1a (usia 2-11 bulan)
- (2)Format: SUBPIN DIFT-DESA-1b (usia 12-36 bulan)
- (3)Format: SUBPIN DIFT-DESA-2a (usia >3 s/d 5 tahun)
- (4)Format: SUBPIN DIFT-DESA-2b (usia >5 s/d 7 tahun)
- (5)Format: SUBPIN DIFT-DESA-3 (usia >7 s/d 15 tahun)

Waktu pelaporan setiap hari paling lambat jam 13.00 WIB

- b) Pelaporan dari Pos Pelayanan (Sekolah) ke desa/kelurahan:

- (1)Bila diketahui alamat Posyandunya agar langsung dimasukkan pada cakupan per Posyandu
- (2)Bila tidak diketahui alamat Posyandunya, dilaporkan terpisah per sekolah per antigen

Waktu pelaporan setiap hari paling lambat jam 13.00 WIB

- c) Pelaporan dari desa/kelurahan ke Puskesmas:

Format: SUBPIN DIFT-rekap sesuai lampiran-15

Waktu pelaporan setiap hari paling lambat jam 14.00 WIB

- d) Pelaporan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten:

Format: SUBPIN DIFT-rekap (*software format excel*)

Waktu pelaporan setiap hari paling lambat jam 15.00 WIB melalui email: sikdajember@yahoo.co.id tembusan p2p_jember@yahoo.co.id

e) Evaluasi

- a) Setelah selesai pelayanan (hari H) diharapkan petugas melakukan *crosscheck* daftar sasaran, apakah seluruh sasaran yang terdaftar sudah diimunisasi
- b) Bagi sasaran yang belum sempat diimunisasi, agar dikunjungi untuk mendapatkan informasi ketidakhadirannya dan diberikan motivasi agar bersedia diimunisasi. Jika belum memungkinkan diimunisasi pada hari H, misalnya karena sakit, tidak ada di tempat atau alasan lain, maka diminta kesediaan di lain hari untuk datang ke sarana pelayanan kesehatan terdekat yang disepakati
- c) Bagi sasaran yang menolak imunisasi, agar dikonsultasikan ke pihak terkait sesuai dengan penyebab/alasan penolakannya, misalnya, ragu kehalalan vaksin, maka tempat konsultasi adalah tokoh agama setempat yang disegani (Dinkes Kabupaten Jember, 2013).

2.1.7 Penatalaksanaan Imunisasi DPT-HB

Penatalaksanaan imunisasi didasarkan pada pedoman kegiatan pemberian pelayanan imunisasi sebagai acuan bagi para petugas di Puskesmas dalam memberikan pelayanan imunisasi sesuai dengan standar atau prosedur yang telah ditetapkan (Depkes RI, 2009).

a. Persiapan Pelayanan Imunisasi

1) Persiapan Logistik

Petugas pelaksanaan imunisasi menyiapkan kebutuhan vaksidan logistik di Puskesmas untuk pelayanan imunisasi di Posyandu:

- a) Vaksin Carrier
- b) *Cool Pack*/ Kotak dingin cair

- c) Vaksin, pelarut dan penetes
 - d) Alat suntik (ADS)
 - e) *Safety Box*
 - f) Kapas
 - g) Bahan Penyuluhan (poster, leaflet)
 - h) Alat tulis
 - i) Kartu Imunisasi/Buku KIA/KMS
 - j) Kohort/Register
 - k) Plastik sampah
 - l) Anafilaksis KIT
- a. Persiapan Tempat Pelayanan Imunisasi
- Petugas mengatur tempat imunisasi:
- a) Jika di dalam ruangan maka harus cukup terang dan cukup ventilasi
 - b) Jika di tempat terbuka dan di dalam cuaca yang panas, memilih tempat yang teduh, tidak terkena langsung oleh sinar matahari, hujan atau debu
 - c) Pintu masuk terpisah dari pintu keluar agar tidak terjadi penumpukan antrian
 - d) Mengatur letak meja dan menyiapkan perlengkapan yang diperlukan
 - e) Melaksanakan kegiatan sistem 5 meja yaitu pelayanan terpadu lengkap yang mencakup 5 program (Gizi, KB, Diare, KIA dan Imunisasi)
 - f) Membatasi jumlah pengunjung yang ada di tempat imunisasi
 - g) Segala sesuatu yang diperlukan (*safety box*, *thermos*, dll) berada dalam jangkauan atau dekat dengan meja imunisasi
- b. Pelaksanaan Pelayanan Imunisasi
- 1) Penyuluhan
- Petugas memberikan penyuluhan mengenai:
1. Kegunaan imunisasi
 2. Efek samping dan cara penanggulangan serta
 3. Kapan dan dimana pelayanan imunisasi berikutnya diadakan

2) Pemeriksaan Sasaran dan Pengisian Register

Setiap sasaran sebaiknya diperiksa dan diberi semua vaksin sesuai dengan jadwal imunisasi, petugas melakukan pemeriksaan terhadap:

- a) Usia dan status imunisasi DPT/HB1, DPT/HB2, DPT/HB3 sebelum diputuskan vaksin mana dan dosis beberapa yang akan diberikan
- b) Jarak pemberian antara dosis vaksin (DPT/HB, Polio) minimal 4 minggu

3) Konseling

Petugas menyampaikan empat pesan penting kepada orang tua yaitu:

- a) Manfaat dari vaksin yang diberikan
- b) Tanggal imunisasi dan pentingnya KMS disimpan secara aman dan untuk dibawa pada saat kunjungan berikutnya
- c) Akibat ringan yang dapat dialami bayi setelah imunisasi dan cara mengatasi
- d) Menginformasikan bahwa 5 kali kontak untuk menyelesaikan semua vaksinasi sebelum usia bayi 1 tahun

4) Pemberian Vaksin yang Tepat dan Aman

Sebelum pelaksanaan imunisasi, petugas memeriksa:

- a) Label vaksin dan pelarut
- b) Tanggal kadaluarsa
- c) VVM (*Vaccine Vial Monitor*)
- d) Jangan digunakan bila vaksin tanpa label, vaksin kadaluarsa dan vaksin dengan status VVM C atau D
- e) Vaksin DPT-HB tidak ada pencampuran dengan pelarut dan langsung digunakan. Sisa vaksin DPT-HB tidak boleh digunakan lagi dan harus dibuang setelah pemakaian

5) Penggunaan Alat Suntik ADS (*Autodisable Syringe*)

Alat suntik ADS (*Autodisable Syringe*) adalah alat suntik yang setelah satu kali digunakan secara otomatis menjadi rusak dan tidak dapat digunakan lagi.

- a) Petugas membersihkan daerah penyuntikan dengan kapas

- b) Petugas memegang tabung (*barrel*) semprit antara ibu jari, jari telunjuk dan jari tengah serta tidak menyentuh jarum
- c) Petugas menyuntikkan jarum pelan-pelan
- d) Petugas menggunakan ibu jari untuk menekan alat penyedot tanpa memutar-mutar semprit
- e) Petugas menarik jarum dengan cepat dan hati-hati (lebih sakit jika menarik dengan pelan)
- f) Petugas menggosok daerah dimana suntikan diberikan
- g) Cara dan lokasi penyuntikan sebagai berikut:

Tabel 2.1 Cara dan Lokasi Penyuntikan

Vaksin	BCG	DPT-HB	Campak	Polio	HB PID
Tempat Suntikan	Lengan kanan atas luar	Paha tengah bagian luar	Lengan kiri atas	Mulut	Paha sebelah kanan bagian tengah luar
Cara Penyuntikan	Intrakutan	Intramuskular	Subkutan	Diteteskan	Intramuskular
Dosis	0,05 cc	0,5 cc	0,5 cc	2 tetes	0,5 cc

6) Kontraindikasi Pemberian Imunisasi

a) Tiga kontraindikasi imunisasi:

- (1) Anafilaksis atau reaksi hipersensitifitas yang hebat merupakan kontraindikasi mutlak terhadap dosis vaksin berikutnya. Riwayat kejang dan demam serta panas $>38^{\circ}$ C merupakan kontraindikasi pemberian DPT-HB
- (2) Jika orang tua sangat berkeberatan terhadap pemberian imunisasi kepada bayi yang sakit, jangan berikan imunisasi. Mintalah ibu untuk kembali lagi jika bayinya sudah sehat

b) Bayi yang mengalami kondisi ini sebaiknya diimunisasi:

- (1) Alergi atau asma kecuali jika diketahui ada alergi terhadap komponen khusus dari vaksin yang disebutkan diatas
 - (2) Sakit ringan seperti infeksi saluran pernapasan atau diare dengan suhu di bawah 38,5° C
 - (3) Riwayat keluarga tentang peristiwa yang membahayakan setelah imunisasi
 - (4) Pengobatan antibiotik
 - (5) Dugaan infeksi HIV atau positif terinfeksi HIV dengan tidak menunjukkan tanda-tanda dan gejala AIDS
 - (6) Riwayat sakit kuning pada kelahiran
 - (7) Anak diberi ASI
 - (8) Kondisi kronis seperti penyakit jantung kronis, paru-paru, ginjal atau liver
 - (9) Kondisi saraf stabil seperti kelumpuhan otak karena luka atau *Down's Syndrome*
 - (10) Prematur atau berat lahir rendah
 - (11) Sebelum atau pasca operasi dan kurang gizi
- 7) Pengisian Buku Pencatatan
- Petugas melakukan pencatatan pada:
- a) Buku kohort ibu
 - b) Buku kohort bayi
 - c) Buku KIA
 - d) Laporan hasil imunisasi di UPS
- c. Kegiatan Akhir Pelayanan Imunisasi
- 1) Pada tempat pelayanan statis
 - a) Menangani sisa vaksin
 - b) Membuang alat-alat suntik bekas:
 - (1) Alat suntik bekas harus dibuang ke dalam kotak pengaman (*safety box*) tanpa menutup kembali
 - (2) Kotak pengaman jangan diisi terlalu penuh (3/4 bagian)

- (3) Kotak pengaman harus ditutup dan disimpan di tempat yang aman sampai dimusnahkan
 - (4) Vial atau ampul bekas serta sampah lainnya, sebaiknya dibungkus dengan koran atau masukka ke kardus lain. Bila pemusnahan sampah medis belum dikelola secara terpusat di kabupaten/kota, maka Puskesmas harus mengubur atau membakarnya
- 2) Pada tempat pelayanan lapangan
 - a) Membereskan *vaccine carrierr*
 - b) Meninggalkan tempat pelayanan dalam keadaan bersih dan rapi
 - c) Mengembalikan vaksin ke dalam lemari es
 - d) Membersihkan *vaccine carrierr*
 - e) Memberikan data hasil imunisasi kepada Koordinator Imunisasi (korim)

2.2 Tenaga Kesehatan dalam Sub PIN Difteri

2.2.1 Pengertian

Menurut Peraturan Pemerintah tentang Tenaga Kesehatan nomor 32 tahun 1996 disebutkan bahwa Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Wijono, 1999). Tenaga kesehatan yang bertindak sebagai vaksinator dalam kegiatan Sub PIN Difteri yang merupakan ujung tombak pada program penanggulangan KLB Difteri terdiri dari dokter, bidan, dan perawat.

a. Dokter

WJS. Poerwadarminta (dalam Iskandar, 1998) mengemukakan bahwa pengertian dokter adalah: orang yang ahli dalam hal penyakit dan pengobatan (tamatan sekolah yang istimewa untuk mempelajari penyakit, obat-obatan, dan

sebagainya). Dari definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa dokter adalah seseorang yang ahli dalam penyakit dan pengobatannya (Iskandar, 1998).

b. Bidan

Bidan adalah orang yang telah mengikuti dan menyelesaikan program pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku. Wewenang bidan telah ditegaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 363/Men.Kes/Per/IX/1980 tertanggal 27 September 1980 dapat diklasifikasikan menjadi wewenang umum dan wewenang khusus (Iskandar, 1998).

c. Perawat

1) Pengertian

International Council of Nursing (dalam Iskandar, 1998), menyatakan bahwa perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan, dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, serta pelayanan terhadap pasien.

2) Tugas Perawat

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1280/Menkes/SK/X/2002 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Perawat dan Angka Kreditnya menyebutkan bahwa tugas pokok perawat adalah memberikan pelayanan keperawatan berupa asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, dan pemulihan kesehatan serta pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka kemandirian keperawatan.

2.3 Penilaian Kinerja

2.3.1 Pengertian

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). Menurut Amins (2012), penilaian kinerja (*performance appraisal*) merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap kinerja pegawai atau Sumberdaya Manusia (SDM) berdasarkan pekerjaan yang ditugaskan atau dibebankan kepada mereka. Sedangkan Ivancevich (dalam Amins, 2012) menyatakan penilaian kinerja merupakan aktivitas yang digunakan untuk menentukan pada tingkat mana seorang pekerja menyelesaikan pekerjaannya secara efektif.

Berdasarkan definisi penilaian kinerja di atas dapat disimpulkan bahwa penilaian kinerja merupakan suatu proses evaluasi yang dilakukan secara sistematis terhadap karyawan berdasarkan pekerjaan yang ditugaskan atau dibebankan kepada mereka untuk menentukan pada tingkat mana seorang karyawan menyelesaikan pekerjaannya secara efektif ketika dibandingkan dengan satu set standar, dan kemudian mengkomunikasikannya dengan para karyawan.

2.3.2 Tujuan dan Manfaat Penilaian Kinerja

Menurut Bangun (2012), penilaian kinerja memiliki berbagai manfaat antara lain:

a. Evaluasi antar individu dalam organisasi

Penilaian kinerja dapat bertujuan untuk menilai kinerja setiap individu dalam organisasi. Tujuan ini dapat memberi manfaat dalam menentukan jumlah dan jenis kompensasi yang merupakan hak bagi setiap individu dalam organisasi. Kepentingan lain atas tujuan ini adalah sebagai dasar dalam memutuskan pemindahan pekerjaan (*job transferring*) pada posisi yang tepat, promosi pekerjaan, mutasi atau demosi sampai tindakan pemberhentian.

b. Pengembangan diri setiap individu dalam organisasi

Penilaian kinerja pada tujuan ini bermanfaat untuk pengembangan karyawan. Setiap individu dalam organisasi dinilai kinerjanya, bagi karyawan yang memiliki kinerja rendah perlu dilakukan pengembangan baik melalui pendidikan maupun pelatihan. Karyawan yang berkinerja rendah disebabkan kurangnya pengetahuan atas pekerjaannya akan ditingkatkan pendidikannya, sedangkan bagi karyawan yang kurang terampil dalam pekerjaannya akan diberi pelatihan yang sesuai.

c. Pemeliharaan sistem

Berbagai sistem yang ada dalam organisasi, setiap subsistem yang ada saling berkaitan antara satu subsistem dengan subsistem lainnya. Salah satu subsistem yang tidak berfungsi dengan baik akan mengganggu jalannya subsistem yang lain. Oleh karena itu, sistem dalam organisasi perlu dipelihara dengan baik. Tujuan pemeliharaan sistem akan memberi beberapa manfaat antara lain, pengembangan perusahaan dari individu, evaluasi pencapaian tujuan oleh individu atau tim, perencanaan sumber daya manusia, penentuan dan identifikasi kebutuhan pengembangan organisasi, dan audit atas sistem sumber daya manusia.

d. Dokumentasi

Penilaian kinerja akan memberi manfaat sebagai dasar tindak lanjut dalam posisi pekerjaan karyawan di masa akan datang. Manfaat penilaian kinerja disini berkaitan dengan keputusan-keputusan manajemen sumber daya manusia, pemenuhan secara legal manajemen sumber daya manusia, dan sebagai kriteria untuk pengujian validitas.

2.3.3 Persyaratan Penilaian Kinerja

Dalam 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 pengembangan 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 sistem 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.

2.3.4 Mengukur Kinerja Karyawan

Menurut Bangun (2012), suatu pekerjaan dapat diukur melalui jumlah, kualitas, ketepatan waktu mengerjakannya, kehadiran, kemampuan bekerja sama yang dituntut suatu pekerjaan tertentu.

a. Jumlah pekerjaan

Dimensi ini menunjukkan jumlah pekerjaan yang dihasilkan individu atau kelompok sebagai persyaratan yang menjadi standar pekerjaan. Setiap pekerjaan memiliki persyaratan yang berbeda sehingga menuntut karyawan harus memenuhi persyaratan tersebut baik pengetahuan, keterampilan, maupun kemampuan yang sesuai. Berdasarkan persyaratan pekerjaan tersebut dapat diketahui jumlah

karyawan yang dibutuhkan untuk dapat mengerjakannya, atau setiap karyawan dapat mengerjakan berapa unit pekerjaan.

b. Kualitas pekerjaan

Setiap karyawan dalam perusahaan harus memenuhi persyaratan tertentu untuk dapat menghasilkan pekerjaan sesuai kualitas yang dituntut suatu pekerjaan tertentu. Setiap pekerjaan mempunyai standar kualitas tertentu yang harus disesuaikan oleh karyawan untuk dapat mengerjakannya sesuai ketentuan. Karyawan memiliki kinerja baik bila dapat menghasilkan pekerjaan sesuai persyaratan kualitas yang dituntut pekerjaan tersebut.

c. Ketepatan waktu

Setiap pekerjaan memiliki karakteristik yang berbeda, untuk jenis pekerjaan tertentu harus diselesaikan tepat waktu, karena memiliki ketergantungan atas pekerjaan lainnya. Jadi, bila pekerjaan pada suatu bagian tertentu tidak selesai tepat waktu akan menghambat pekerjaan pada bagian lain, sehingga memengaruhi jumlah dan kualitas hasil pekerjaan.

d. Kehadiran

Suatu jenis pekerjaan tertentu menuntut kehadiran karyawan dalam mengerjakannya sesuai waktu yang ditentukan. Ada tipe pekerjaan yang menuntut kehadiran karyawan selama delapan jam sehari untuk lima hari kerja seminggu. Kinerja karyawan ditentukan oleh tingkat kehadiran karyawan dalam mengerjakannya.

e. Kemampuan kerja sama

Tidak semua pekerjaan dapat diselesaikan oleh satu orang karyawan saja. Untuk jenis pekerjaan tertentu mungkin harus diselesaikan oleh dua orang karyawan atau lebih, sehingga membutuhkan kerja sama antarkaryawan sangat dibutuhkan. Kinerja karyawan dapat dinilai dari kemampuannya bekerjasama dengan rekan sekerja lainnya.

2.3.5 Kriteria Dalam Penilaian Kinerja

Menurut Robbins (dalam Amins, 2012), ada tiga kriteria dalam melakukan penilaian kinerja individu, yakni:

a. Hasil kerja individu (*individual task outcomes*)

Hasil kerja individu tergantung pada perilaku seseorang dalam melakukan pekerjaannya. Pengukuran hasil kerja individu dilakukan dengan melakukan evaluasi hasil tugas dari seseorang atau produk apa yang dihasilkan. Umumnya hasil kerja individu berupa data atau informasi, jasa dan benda. Evaluasi pengukurannya berupa kuantitas dan kualitas yang dihasilkan. Kualitas dilihat dari ketepatan, keterampilan, ketelitian dan kerapian hasil kerja. Kuantitas dilihat dari jumlah keluaran atau seberapa cepat seseorang dapat menyelesaikan tugas-tugas ekstra atau mendesak.

b. Perilaku (*behaviors*)

Pengertian perilaku disini adalah perilaku yang sering dilakukan dan berkaitan dengan tugas yang harus ia lakukan dalam melaksanakan pekerjaannya. Untuk mengukur kinerja berdasarkan perilaku kerja dapat dilakukan dengan mengevaluasi aktivitas atau kegiatan yang dilakukan oleh karyawan dalam kaitannya dengan pekerjaannya. Pengukuran berdasarkan perilaku akan menghasilkan obyektivitas, yaitu keluaran yang mampu dihasilkan karyawan sesuai dengan kapasitas yang dimilikinya.

c. Ciri (*traits*)

Ciri individu merupakan sifat bawaan seseorang yang mencakup antara lain; percaya diri, dapat diandalkan, dapat bekerjasama, dan berpengalaman. Untuk pengukuran kinerja berdasarkan ciri individu dapat dilakukan dengan mengukur prestasi kerja berdasarkan fungsi karyawan. Namun demikian, pengukuran kinerja lebih baik ditekankan pada kriteria perilaku daripada kriteria karakteristik.

2.3.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pencapaian Kinerja

Menurut Mangkunegara (2005), faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*).

a. Faktor Kemampuan (*Ability*)

Secara psikologis, kemampuan (*ability*) terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan *reality* (*knowledge + skill*). Artinya, pimpinan 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.

b. Faktor Motivasi (*Motivation*)

Motivasi diartikan suatu sikap (*attitude*) pimpinan dan karyawan terhadap situasi kerja (*situation*) di lingkungan organisasinya. Mereka yang bersikap positif (pro) terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja tinggi dan sebaliknya jika mereka bersikap negatif (kontra) terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja yang rendah. Situasi yang dimaksud mencakup antara lain hubungan kerja, fasilitas kerja, iklim kerja, kebijakan pimpinan, pola pimpinan kerja dan kondisi kerja.

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

a. Faktor individual yang terdiri dari:

- 1) Kemampuan dan keahlian
- 2) Latar belakang
- 3) Demografi

b. Faktor psikologis yang terdiri dari:

- 1) Persepsi
- 2) *Attitude*
- 3) *Personality*
- 4) Pembelajaran
- 5) Motivasi

c. Faktor organisasi yang terdiri dari:

- 1) Sumber daya
- 2) Kepemimpinan
- 3) Penghargaan
- 4) Struktur
- 5) *Job design*

2.3.7 Penilai Kinerja

Menurut Mathis dan Jackson (2002), penilaian kinerja dapat dilaksanakan oleh siapa saja yang paham benar tentang penilaian karyawan secara individual. Kemungkinannya antara lain adalah:

a. Para atasan yang menilai karyawannya

Penilaian karyawan oleh atasan secara tradisional didasarkan atas asumsi bahwa atasan langsung adalah orang yang berkualitas untuk mengevaluasi kinerja karyawan secara realistis, objektif, dan adil.

b. Karyawan yang menilai atasannya

Konsep dari para atasan dan manajer yang dinilai oleh karyawan atau anggota kelompok saat ini sedang digunakan di sejumlah organisasi. Salah satu contoh utama dari jenis penilaian ini terjadi di akademi atau di perguruan tinggi, dimana para mahasiswa mengevaluasi kinerja dari para dosen di dalam kelas.

c. Anggota kelompok yang menilai satu sama lain

Untuk menggunakan anggota kelompok sebagai penilai adalah jenis penilaian lainnya dengan adanya potensi untuk membantu ataupun menyakiti. Penilaian rekan kerja khususnya berguna di saat atasan tidak memiliki kesempatan untuk mengobservasi setiap kinerja karyawan, tetapi rekan kerja anggota kelompok melakukannya.

d. Sumber-sumber dari luar

Penilaian mungkin saja dilakukan oleh pihak luar. Para ahli dari luar mungkin dipanggil untuk meninjau hasil kerja seorang pimpinan akademi. Konsumen atau klien dari organisasi merupakan sumber yang jelas bagi penilaian pihak luar.

e. Penilaian karyawan sendiri

Penilaian diri sendiri dilakukan dalam beberapa kondisi tertentu. Intinya, hal ini merupakan alat pengembangan diri yang memaksa karyawan untuk memikirkan kekuatan dan kelemahan mereka dan menetapkan tujuan untuk pengembangan.

f. Penilaian dengan multisumber (360°)

Penilaian multisumber merupakan penilaian yang masih relatif baru dan jumlahnya tidak banyak. Umpan balik multisumber ini menyadari bahwa manajer tidak lagi sebagai sumber satu-satunya untuk informasi penilaian kinerja. Sebaliknya, umpan balik dari berbagai kolega dan konstitusi dikumpulkan dan kemudian diberikan kepada manajer, untuk kemudian membantu manajer membentuk umpan balik yang diperoleh dari seluruh sumber tadi.

2.3.8 Metode Penilaian Kinerja

Metode penilaian kinerja dapat dilakukan melalui:

a. *Rating Scale*

Penilaian prestasi metode ini didasarkan pada suatu skala dari sangat baik, baik, cukup, kurang baik, dan jelek. Bentuk ini sangat umum dipakai oleh organisasi dan dilakukukan secara subyektif oleh penilai. Evaluasi ini membandingkan hasil pekerjaan karyawan dengan faktor kriteria yang dianggap penting bagi pelaksanaan kerja tersebut (Rachmawati, 2008).

Kelebihan metode ini adalah tidak mahal dalam penyusunan dan administrasinya, penilai hanya memerlukan sedikit latihan, tidak memakan waktu, dan dapat diterapkan untuk sejumlah karyawan yang besar. Kelemahan pertama

metode ini adalah kesulitan dalam menentukan kriteria yang relevan dengan pelaksanaan kerja. Apalagi kalau formulir akan diterapkan untuk semua pekerjaan. Suatu kriteria penting bagi pekerjaan tertentu mungkin tidak tercakup dalam formulir penilaian. Dan bila kriteria prestasi kerja tertentu sulit diidentifikasi, formulir bisa berisi variabel-variabel kepribadian yang tidak relevan dan mengurangi arti penilaian. Evaluasi deskriptif tersebut juga dapat diinterpretasikan dengan sangat bervariasi oleh para penilai. Atau dengan kata lain, tipe penilaian ini merupakan peralatan penilaian yang subyektif. Bias penilai cenderung tercermin dalam skala penilaian (Handoko, 2011).

b. *Checklist*

Checklist adalah penilaian yang didasarkan pada suatu standar unjuk kerja yang sudah dideskripsikan terlebih dahulu, kemudian penilai memeriksa apakah karyawan sudah mengerjakannya. Standar-standar unjuk kerja, misalnya pegawai hadir dan pulang tepat waktu, pegawai bersedia bilamana diminta untuk lembur, pegawai patuh pada atasan, dan lain-lain (Rachmawati, 2008). Metode penilaian *checklist* dimaksudkan untuk mengurangi beban penilai. Penilai tinggal memilih kalimat-kalimat atau kata-kata yang menggambarkan prestasi kerja dan karakteristik-karakteristik karyawan. Penilai biasanya adalah atasan langsung. Kebaikan *checklist* adalah ekonomis, mudah administrasinya, latihan bagi penilai terbatas, dan terstandardisasi. Kelemahannya meliputi penggunaan kriteria kepribadian di samping kriteria prestasi kerja, kemungkinan terjadinya bias penilai (terutama halo effect), interpretasi salah terhadap item-item *checklist* dan penggunaan bobot yang tidak tepat, serta tidak memungkinkan penilai memberikan penilaian relatif (Handoko, 2011).

Dalam bentuknya yang paling sederhana, *checklist* merupakan suatu daftar pernyataan deskriptif dan/atau sifat yang mendeskripsikan perilaku yang berhubungan dengan pekerjaan. Jika evaluator menganggap karyawan memiliki sifat itu, butirnya dibiarkan kosong. Setiap butir yang terdaftar merefleksikan kualitas positif maupun negatif yang dapat dimiliki oleh karyawan. Keunggulan

checklist adalah kehematan, kemudahan pelaksanaan, terbatasnya pelatihan yang dibutuhkan oleh para penilai, dan terstandardisasi. Checklist mudah digunakan dan tidak tergantung pada kesalahan penilai seperti kecenderungan sentral dan nilai yang murah (*leniency*). Kelemahan metode ini meliputi kerentanannya terhadap bias penilai (khususnya efek halo), penggunaan kriteria pribadi sebagai pengganti kriteria kinerja, dan misinterpretasi terhadap butir-butir daftar pernyataan (Simamora, 2004).

c. *Graphic Rating Scale* (Skala Penilaian Grafik)

Skala penilaian grafik memungkinkan penilai untuk memberikan nilai terhadap kinerja karyawan secara kontinu. Ada dua tipe skala penilaian grafik yang digunakan saat ini. Kadang-kadang keduanya digunakan untuk menilai orang yang sama. Jenis pertama dan yang paling umum digunakan adalah mendata seluruh kriteria pekerjaan (kuantitas pekerjaan, kualitas pekerjaan). Jenis kedua lebih bersifat perilaku, dengan perilaku spesifik didata dan efektivitasnya dari masing-masing perilaku yang dinilai.

Jelas ada beberapa kelemahan dalam skala penilaian grafik. Kadangkala, ciri dan faktor yang terpisah dijadikan dalam satu kelompok, dan penilai diberikan hanya satu kotak untuk diperiksa. Kelemahan yang lainnya adalah kata-kata deskriptif yang digunakan dalam skala ini bisa memiliki arti yang berbeda-beda untuk masing-masing penilai (Mathis dan Jackson, 2002).

d. Metode Uraian Ringkas

Metode ini dilakukan dengan cara meminta atau memerintahkan kepada pekerja yang dinilai, untuk menguraikan secara ringkas mengenai segala sesuatu yang telah dikerjakannya selama suatu jangka waktu tertentu. Dalam perintah atau instruksinya harus jelas mengenai apa saja yang harus diuraikan oleh pekerja yang dinilai, agar tidak menguraikan sesuatu yang tidak perlu. Metode ini baik atau efektif untuk memperoleh informasi/data yang akan digunakan sebagai umpan balik (*feed back*) bagi pekerja yang diperlukan dalam memperbaiki kelemahan atau kekurangannya dalam bekerja.

Oleh karena metode ini dilakukan sendiri oleh setiap pekerja, yang sifatnya memberi peluang pada masuknya unsur subyektivitasnya sebagai manusia, maka metode ini tidak efektif digunakan dalam membandingkan kemampuan antar para pekerja. Sedang secara teknis metode ini dapat menghemat penggunaan waktu, karena pekerja dapat mengerjakannya di rumah, dan bahkan di hari libur. Namun sulit dalam menganalisisnya karena sangat bervariasi dalam menyusun uraian masing-masing, sehingga memerlukan kemampuan menginterpretasikan bilamana kalimat yang dipergunakan sulit dipahami (Nawawi, 2005).

e. Metode Distribusi/Penyebaran Kemampuan

Metode ini bermaksud mengetahui semua aspek dalam kemampuan pekerja secara individual dengan menempatkannya di dalam grafik untuk mengetahui posisinya dalam sebaran/distribusi kurve normal, atau kurve yang miring ke kanan (positif) atau kurve yang miring ke kiri (negatif). Nilai/angka untuk membuat kurve sebaran kemampuan dapat diperoleh dari jumlah keseluruhan dari nilai/angka semua aspek yang dinilai dan dapat pula hanya untuk salah satu aspek atau masing-masing aspek yang dinilai.

Perusahaan yang kompetitif seharusnya memiliki sebaran kemampuan kerja yang mengikuti kurve miring ke kanan, yang berarti sebanyak 75% pekerjanya memiliki kemampuan tinggi. Setiap pekerja secara individual berdasarkan hasil penilaian kinerja dapat mengetahui /diketahui kedudukan atau posisi kemampuan kerjanya, berdasarkan kurve yang menggambarkan sebaran kemampuan yang dimilikinya (Nawawi, 2005).

f. *Critical Incident Methods* (Metode Peristiwa Kritis)

Metode peristiwa kritis merupakan metode penilaian yang mendasarkan pada catatan-catatan penilai yang menggambarkan perilaku karyawan sangat baik atau sangat jelek dalam kaitannya dengan pelaksanaan kerja. Catatan-catatan ini disebut dengan peristiwa-peristiwa kritis. Metode ini sangat berguna dalam memberikan umpan balik kepada karyawan, dan mengurangi kesalahan kesan terakhir. Kelemahan-kelemahan metode ini adalah bahwa para atasan sering tidak berminat

mencatat peristiwa-peristiwa kritis atau cenderung mengada-ada, dan bersifat subyektif (Handoko, 2011).

g. *Field Review Method* (Metode Peninjauan Lapangan)

Dengan metode ini, wakil ahli departemen personalia turun ke lapangan dan membantu para penyelia dalam penilaian mereka. Spesialis personalia mendapatkan informasi khusus dari atasan langsung tentang prestasi kerja karyawan. Kemudian ahli itu mempersiapkan evaluasi atas dasar informasi tersebut. Evaluasi dikirim kepada penyelia untuk review, perubahan, persetujuan dan pembahasan dengan karyawan yang dinilai. Spesialis personalia bisa mencatat penilaian pada tipe formulir penilaian apapun yang digunakan perusahaan (Handoko, 2011).

h. Tes dan Observasi Prestasi Kerja

Bila jumlah pekerjaan terbatas, penilaian prestasi kerja bisa didasarkan pada tes pengetahuan dan ketrampilan. Tes mungkin tertulis atau peragaan ketrampilan. Agar berguna tes harus reliabel dan valid (Handoko, 2011).

i. Metode-metode Evaluasi Kelompok

Metode-metode penilaian kelompok berguna untuk pengambilan keputusan kenaikan upah, promosi dan berbagai bentuk penghargaan organisasional karena dapat menghasilkan ranking karyawan dari yang terbaik sampai terjelek. Berbagai metode evaluasi kelompok di antaranya adalah:

1) Metode Ranking

Metode ranking berarti menilai membandingkan karyawan satu dengan karyawan-karyawan lain untuk menentukan siapa yang lebih baik, dan kemudian menempatkan setiap karyawan dalam urutan dari yang terbaik sampai terjelek.

2) *Grading* atau *Forced Distributions*

Pada metode ini penilaian memisah-misahkan atau menyortir para karyawan ke dalam berbagai klasifikasi yang berbeda. Biasanya suatu proporsi tertentu harus diletakkan pada setiap kategori.

3) *Point Allocation Method*

Metode ini merupakan bentuk lain dari metode *grading*. Penilai diberikan sejumlah nilai total untuk dialokasikan di antara para karyawan dalam kelompok. Kebaikan metode alokasi nilai adalah bahwa penilai dapat mengevaluasi perbedaan relatif di antara para karyawan, meskipun kelemahan-kelemahan halo effect dan bias kesan terakhir masih ada (Handoko, 2011).

j. *Self-Appraisals* (Penilaian Diri Sendiri)

Penilaian diri sendiri adalah penilaian karyawan untuk dirinya sendiri dengan harapan pegawai tersebut dapat mengidentifikasi aspek-aspek perilaku kerja yang perlu diperbaiki pada masa yang akan datang. Pelaksanaannya, organisasi atau atasan penilai mengemukakan harapan-harapan yang diinginkan dari karyawan, tujuan organisasi, dan hambatan yang dihadapi organisasi. Kemudian berdasarkan informasi tersebut, pegawai dapat mengidentifikasi aspek-aspek perilaku yang perlu diperbaiki. Salah satu kebaikan dari metode ini adalah dapat mencegah terjadinya perilaku membenarkan diri (*defensive behaviour*) (Rachmawati, 2008). Teknik evaluasi ini berguna bila tujuan evaluasi adalah untuk melanjutkan pengembangan diri. Bila karyawan menilai dirinya, perilaku defensif cenderung tidak terjadi, sehingga upaya perbaikan diri juga cenderung dilaksanakan (Handoko, 2011).

Penilaian diri sendiri dilakukan dalam beberapa kondisi tertentu. Intinya, hal ini merupakan alat pengembangan diri yang memaksa karyawan untuk memikirkan kekuatan dan kelemahan mereka dan menetapkan tujuan untuk pengembangan. Jika seorang karyawan bekerja secara terisolasi dengan suatu keterampilan yang unik, si karyawan bisa menjadi satu-satunya yang memiliki kualifikasi untuk menilai perilaku mereka sendiri. Meskipun demikian, karyawan mungkin tidak menilai diri mereka sendiri sebagaimana para atasan menilai mereka; mereka mungkin menggunakan standar yang agak berbeda. Beberapa riset menunjukkan bahwa orang cenderung lebih toleran dalam menilai diri mereka

sendiri, sedangkan penelitian lainnya tidak demikian. Meskipun ada kesulitan dalam penilaian diri sendiri, penilaian karyawan jenis ini dapat berguna dan menjadi sumber yang kredibel untuk informasi penilaian (Mathis dan Jackson, 2002).

Karyawan dapat menilai dirinya sendiri, apakah hasil pekerjaannya sudah mencapai atau belum sesuai standar pekerjaan. Berdasarkan hasil analisis pekerjaan, karyawan dapat menilai kinerjanya sendiri. Berbagai perusahaan sudah mempercayakan karyawannya untuk menilai dirinya sendiri sepanjang karyawan itu sudah dipercaya untuk memberi keterangan diri tentang hasil pekerjaannya. Hasil penilaian yang lebih tepat bila karyawan memberikan penilaian atas kinerjanya, karena sebenarnya merekalah yang lebih tahu tentang prestasi kerjanya. Namun jarang sekali seorang karyawan dengan jujur menilai kinerjanya yang sebenarnya. Secara kenyataan, kebanyakan orang menilai kinerjanya lebih tinggi dari hasil penilaian yang dilakukan oleh penilai yang sebenarnya (Bangun, 2012).

k. *Psychological Appraisals* (Penilaian Psikologis)

Penilaian psikologis adalah proses penilaian yang dilakukan oleh para ahli psikologi untuk mengetahui potensi seseorang yang berkaitan dengan pelaksanaan pekerjaan seperti kemampuan intelektual, motivasi, dan lain-lain yang bersifat psikologis. Penilaian ini biasanya dilakukan melalui serangkaian tes psikologi seperti tes kecerdasan, tes kecerdasan emosional, dan tes kepribadian, yang dilakukan melalui wawancara atau tes-tes tertulis (Rachmawati, 2008).

l. Pendekatan *Management By Objectives* (MBO)

Management by objectives adalah sebuah program manajemen yang mengikutsertakan karyawan dalam proses pengambilan keputusan untuk menentukan tujuan-tujuan yang dicapai. Prosedurnya adalah sebagai berikut: atasan menginformasikan tujuan yang akan dicapai unit kerjanya, yang merupakan terjemahan dari tujuan yang lebih tinggi, dan tentunya tantangan-tantangan yang mungkin dihadapi dalam pencapaian tujuan tersebut. Kemudian, tiap individu

menentukan tujuan masing-masing yang dirundingkan dengan atasan dalam periode waktu tertentu berikut tantangan-tantangan yang akan dihadapi dan bagaimana cara mengatasi tantangan tersebut. Dalam proses pencapaian tujuan, atasan dapat membantu dengan memberi umpan balik. Pada akhir periode yang ditentukan, atasan dan bawahan melakukan evaluasi pencapaian tujuan tersebut.

Kelebihan metode ini sebagaimana tersirat di dalamnya adalah standar unjuk kerja jelas, ukuran kinerja jelas, dapat dipahami oleh atasan dan bawahan, dapat memotivasi karyawan, dan dapat menunjukkan bimbingan dan dukungan yang akan diberikan dalam peningkatan unjuk kerja serta pengembangan pegawai. Kelemahan utama dari metode ini adalah sering kali tujuan-tujuan yang ditentukan oleh para pegawai bisa terlalu sederhana (Rachmawati, 2008).

m. Metode Penyusunan dan Review Perencanaan Pekerjaan

Metode ini sebenarnya berfokus pada proses, tidak ada hasil/sasaran, dan cenderung pada penerapan manajemen Pengendalian Mutu Terpadu (*Total Quality Management* disingkat TQM). Akan tetapi karena proses berpengaruh pada hasil, maka sulit dibedakan dengan penilaian kinerja yang berorientasi pada hasil. Metode ini memerlukan jumlah (frekuensi) review yang berulang-ulang, menggunakan banyak waktu, dan kerjasama yang intensif antara para supervisor dengan para pekerja bawahannya. Di samping itu setelah menghasilkan perencanaan kerja baru sebagai hasil review, diperlukan waktu yang cukup panjang dalam mengimplementasikannya untuk mengetahui hasilnya. Akhirnya metode ini tidak dapat digunakan untuk membandingkan kemampuan kerja individual (Nawawi, 2005).

n. *Assessment Centre* (Pusat Penilaian)

Assessment centers adalah suatu bentuk penilaian karyawan yang di standarisasikan di mana tergantung pada berbagai tipe penilaian dari penilai. Penilaian bisa meliputi wawancara mendalam, tes-tes psikologi, diskusi kelompok, simulasi, dan sebagainya untuk mengevaluasi potensi karyawan di waktu yang akan datang (Handoko, 2011).

2.3.9 Kesalahan-Kesalahan dalam Penilaian Kinerja

Berbagai kemungkinan kesalahan atau distorsi yang dapat terjadi dalam penilaian kinerja seperti yang dikemukakan oleh Bangun (2012), antara lain:

a. Efek Halo

Efek halo (*halo effect*) adalah suatu kesalahan dilakukan manajer karena menggunakan hanya satu faktor mewakili faktor lain dalam mengambil keputusan untuk menentukan kinerja seseorang.

b. Kecenderungan Penilaian Terpusat

Ada penilai yang enggan memberi nilai kinerja bawahannya baik atau buruk, sehingga memberikan penilaian rata-rata, walaupun kinerjanya bervariasi. Kesalahan seperti ini mungkin terjadi karena penilai kurang informasi, tersedia waktu yang sedikit dalam menilai, kurang pengetahuan yang memadai mengenai faktor yang dinilai.

c. Bias Terlalu Lunak dan Keras

Penilaian terlalu lunak adalah pemberian nilai yang sangat baik atas kinerja karyawan. Penilaian sangat baik terjadi karena menghindari konflik. Pada sisi lain, ada penilai yang keras hati, enggan memberikan penilaian sangat baik. Penilaian seperti ini tergolong pada bias terlalu keras.

d. Pengaruh Kesan Terakhir

Pengaruh kesan terakhir (*recency effect*), bila seorang penilai memberikan penilaian atas dasar kejadian yang terjadi terakhir sekali. Perlakuan yang terjadi terdahulu bukan merupakan pertimbangan dalam pemberian nilai. Hal ini terjadi karena kejadian yang terakhir memberikan kesan atau mudah diingat oleh penilai.

e. Prasangka Pribadi

Ada suatu faktor tertentu yang membuat penilai yang tidak benar dilakukan oleh penilai. Suatu faktor tertentu sebagai dasar yang dilakukan penilai untuk menentukan kinerja karyawan baik atau buruk. Termasuk pada faktor-faktor tersebut antara lain, jender, ras, agama, dan kebangsaan.

f. Kesalahan Kontras

Kesalahan kontras adalah penilai menggunakan penilaian kepada perbandingan kinerja seorang karyawan ke atas karyawan lainnya, bukannya berdasarkan standar kinerja. Kesalahan ini terjadi karena berpatokan kepada kinerja karyawan yang pertama sekali dinilai oleh penilai.

g. Kesalahan Serupa dengan Saya

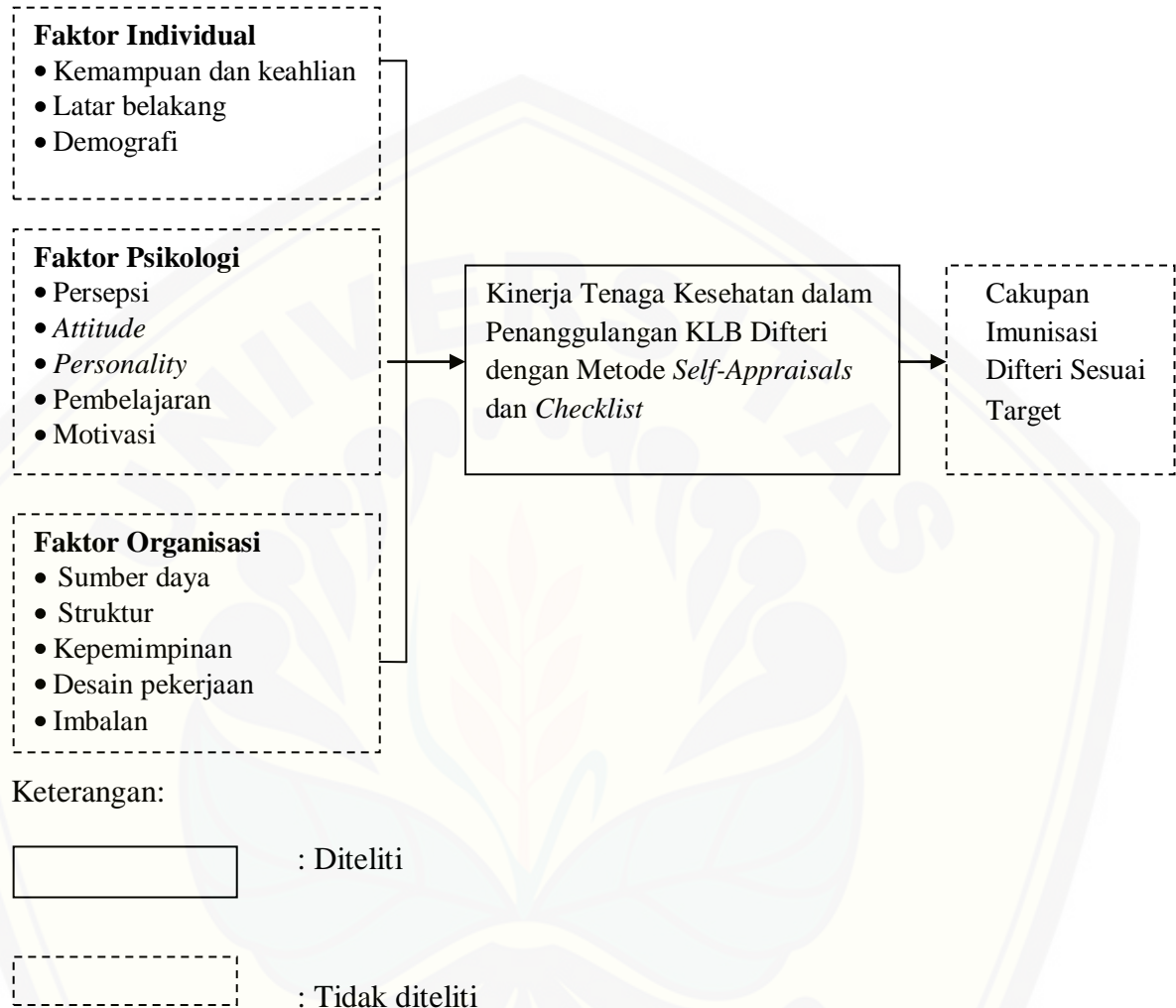
Suatu penilaian yang kurang objektif, karena seorang karyawan yang dinilai baik karena ada unsur kemiripan dengan sifatnya, tetapi akan berbeda penilaian oleh penilai yang memiliki sifat yang berbeda dengan dirinya.

2.3.10 Cara Mengatasi Kesalahan Penilai

Menurut Bangun (2012), berbagai kesalahan yang mungkin terjadi dilakukan oleh penilai dapat diatasi dengan berbagai cara, antara lain:

- a. Penilai memastikan dengan benar bentuk kesalahan yang dilakukan dalam penilaian
- b. Memahami secara jelas metode-metode penilaian kinerja
- c. Perlu diberikan umpan balik kepada penilai atas hasil-hasil penilaiannya di masa lalu
- d. Memberikan pelatihan kepada penilai

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Menggunakan pendekatan teori kinerja Simamora (dalam Mangkunegara, 2005) serta Mathis dan Jackson (2006)

Kerangka konsep ini menggunakan pendekatan teori kinerja Simamora serta Mathis dan Jackson. Menurut Simamora (dalam Mangkunegara, 2005) terdapat tiga faktor yang dapat mempengaruhi pencapaian kinerja, yaitu faktor individual (kemampuan dan keahlian, latar belakang, demografi), faktor psikologis (persepsi, *attitude*, *personality*, pembelajaran, motivasi), dan faktor organisasi (sumber daya, kepemimpinan, penghargaan, struktur, *job design*). Sedangkan Mathis dan Jackson (2006) menyebutkan bahwa kuantitas *output*, kualitas *output*, jangka waktu *output* dan kehadiran di tempat kerja dipengaruhi oleh kinerja karyawan. Variabel kinerja yang diteliti terdiri dari kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri pada tahap persiapan, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi. Variabel yang tidak diteliti terdiri dari faktor individual, faktor psikologi, faktor organisasi, dan cakupan imunisasi difteri.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif yaitu penelitian yang bertujuan melakukan gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Notoatmodjo, 2005). Ditinjau dari waktu pelaksanaannya, penelitian ini termasuk penelitian *Cross Sectional*. Penelitian *Cross Sectional* adalah penelitian yang pengumpulan data variabel bebas maupun terikatnya dilakukan pada suatu saat atau satu periode tertentu pada waktu yang bersamaan (Budiarto, 2004). Penelitian deskriptif ini digunakan untuk menggambarkan kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri yang masih di bawah target di Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas yang cakupan imunisasi difteri dalam program penanggulangan KLB Difteri masih di bawah target, yaitu Puskesmas Sumberjambe.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni-Agustus 2014

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini terdiri dari 43 tenaga kesehatan, yaitu 2 dokter, 18 perawat, dan 23 bidan.

3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Sugiyono (2010), sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Menurut Arikunto (2000), apabila jumlah subjek penelitian kurang dari seratus, maka lebih baik diambil semua sehingga penelitiannya merupakan penelitian populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan di Puskesmas Sumberjambe yang berjumlah 30 orang yang memenuhi kriteria inklusi penelitian untuk penilaian kinerja dengan metode *self-appraisals* sebagai berikut:

- a. Tenaga kesehatan yang bersedia menjadi responden
- b. Tenaga kesehatan yang melaksanakan imunisasi difteri dalam pelaksanaan Sub PIN Difteri putaran ke 1, 2, dan 3

Sedangkan kriteria inklusi untuk penilaian kinerja dengan metode *checklist* adalah sebagai berikut:

- a. Tenaga kesehatan yang bersedia menjadi responden
- b. Bidan pelaksana dalam imunisasi rutin pasca Sub PIN Difteri

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *sampling* jenuh. *Sampling* jenuh adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini sering dilakukan bila jumlah populasi

relatif kecil, kurang dari 30 orang. Istilah lain sampel jenuh adalah sensus, dimana semua anggota populasi dijadikan sampel (Sugiyono, 2010).

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Berikut ini variabel penelitian, definisi operasional, cara pengumpulan data, dan kriteria pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 3.1 Variabel penelitian, definisi operasional, cara pengumpulan data, dan kriteria pengukuran

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Instrumen Pengumpulan Data	Kriteria Pengukuran
1.	Kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri dengan metode <i>self-appraisals</i>	Penilaian responden mengenai kemampuan dirinya dalam melaksanakan seluruh tahapan dalam penanggulangan KLB Difteri melalui kegiatan Sub PIN Difteri yang terdiri dari aspek persiapan, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi:	Angket	
a.	Aspek Persiapan	Penilaian responden mengenai kemampuan dirinya dalam melakukan tahap awal pelaksanaan Sub PIN Difteri dalam penanggulangan KLB Difteri dengan indikator meliputi: 1) Pemutakhiran data sasaran di Posyandu 2) Sosialisasi dan advokasi 3) Koordinasi lintas program dan lintas sektor 4) Perencanaan pelaksanaan 5) Penyediaan logistik	Angket	Diukur dengan 94 pernyataan yang terdiri dari 26 pernyataan untuk Sub PIN Difteri putaran ke 1, 34 pernyataan untuk Sub PIN Difteri putaran ke 2, dan 34 pernyataan untuk Sub PIN Difteri putaran ke 3 dengan kriteria penilaian menggunakan skala <i>rating scale</i> pada setiap pernyataan, dan diberi skor seperti berikut ini: a) Sangat baik = 5 b) Baik = 4 c) Sedang = 3 d) Jelek = 2 e) Sangat jelek = 1 Skor Penilaian:

				<p>a) Nilai maksimal: 5x94 = 470</p> <p>b) Nilai minimal: 1x94 = 94</p> <p>Pengkategorian:</p> <p>a) Nilai 394-470 = Sangat Baik</p> <p>b) Nilai 319-393 = Baik</p> <p>c) Nilai 244-318 = Sedang</p> <p>d) Nilai 169-243 = Jelek</p> <p>e) Nilai 94-168 = Sangat Jelek</p>
b.	Aspek Pelaksanaan	<p>Penilaian responden mengenai kemampuan dirinya dalam pengimplementasian kegiatan Sub PIN Difteri dalam penanggulangan KLB Difteri dengan indikator meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mobilisasi sasaran 2) Pelaksanaan penyuntikan 3) Pencatatan hasil kegiatan 4) Kunjungan ulang 	Angket	<p>pernyataan untuk Sub PIN Difteri putaran ke 2, dan 13 pernyataan untuk Sub PIN Difteri putaran ke 3 dengan kriteria penilaian menggunakan skala <i>rating scale</i> pada setiap pernyataan dan diberi skor seperti berikut ini:</p> <p>a) Sangat baik = 5</p> <p>b) Baik = 4</p> <p>c) Sedang = 3</p> <p>d) Jelek = 2</p> <p>e) Sangat jelek = 1</p> <p>Skor Penilaian:</p> <p>a) Nilai maksimal: 5x34 = 170</p> <p>b) Nilai minimal: 1x34 = 34</p> <p>Pengkategorian:</p> <p>a) Nilai 142-170 = Sangat Baik</p> <p>b) Nilai 115-141 = Baik</p> <p>c) Nilai 88-114 = Sedang</p> <p>d) Nilai 61-87 = Jelek</p> <p>e) Nilai 34-60 = Sangat Jelek</p>
c.	Aspek Monitoring dan Evaluasi	<p>Penilaian responden mengenai kemampuan dirinya dalam pemantauan dan penilaian kegiatan Sub PIN Difteri dalam penanggulangan KLB</p>	Angket	<p>a) Nilai minimal: 1x13 = 13</p> <p>Pengkategorian:</p> <p>a) Nilai 54-65 = Sangat Baik</p> <p>b) Nilai 43-53 = Baik</p> <p>c) Nilai 33-42 = Sedang</p>

		Difteri dalam bentuk pelaporan.		d) Nilai 23-32 = Jelek e) Nilai 13-22 = Sangat Jelek
2.	Kinerja tenaga kesehatan dalam penguatan imunisasi rutin pasca Sub PIN Difteri dengan metode <i>checklist</i>	Penilaian terhadap responden mengenai kemampuan dirinya dalam penguatan imunisasi difteri rutin setelah pelaksanaan Sub PIN Difteri yang terdiri dari aspek persiapan, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi:	<i>Checklist</i>	
a.	Aspek Persiapan	Penilaian terhadap responden mengenai kemampuan dirinya dalam melakukan tahap awal pelaksanaan imunisasi rutin pasca Sub PIN Difteri dengan indikator meliputi: 1) Persiapan Logistik 2) Penyimpanan Vaksin	<i>Checklist</i>	Diukur dengan 17 pernyataan dengan kriteria penilaian menggunakan skala <i>rating scale</i> pada setiap pernyataan dan diberi skor seperti berikut ini: a) Sangat baik = 5 b) Baik = 4 c) Sedang = 3 d) Jelek = 2 e) Sangat Jelek = 1 Skor Penilaian: a) Nilai maksimal: $5 \times 17 = 85$ b) Nilai minimal: $1 \times 17 = 17$ Pengkategorian: a) Nilai 72-85 = Sangat Baik b) Nilai 58-71 = Baik c) Nilai 44-57 = Sedang d) Nilai 31-43 = Jelek e) Nilai 17-30 = Sangat Jelek

b.	Aspek Pelaksanaan	<p>Penilaian terhadap responden mengenai kemampuan dirinya dalam pengimplementasian kegiatan imunisasi rutin pasca Sub PIN Difteri dengan indikator meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sarana Transportasi Vaksin 2) Cara Penggunaan Vaksin dan Pemeriksaan Status Imunisasi DPT 	<i>Checklist</i>	<p>Diukur dengan 11 pernyataan dengan kriteria penilaian menggunakan skala <i>rating scale</i> pada setiap pernyataan dan diberi skor seperti berikut ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Sangat baik = 5 b) Baik = 4 c) Sedang = 3 d) Jelek = 2 e) Sangat Jelek = 1 <p>Skor Penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nilai maksimal: $5 \times 11 = 55$ b) Nilai minimal: $1 \times 11 = 11$ <p>Pengkategorian:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nilai 48-55 = Sangat Baik b) Nilai 39-47 = Baik c) Nilai 30-38 = Sedang d) Nilai 20-29 = Jelek e) Nilai 11-19 = Sangat Jelek
c.	Aspek Monitoring dan Evaluasi	<p>Penilaian terhadap responden mengenai kemampuan dirinya dalam pemantauan dan penilaian kegiatan imunisasi rutin pasca Sub PIN Difteri dengan indikator meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penanganan Sisa Vaksin 2) Pelaporan 	<i>Checklist</i>	<p>Diukur dengan 7 pernyataan dengan kriteria penilaian menggunakan skala <i>rating scale</i> pada setiap pernyataan dan diberi skor seperti berikut ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Sangat baik = 5 b) Baik = 4 c) Sedang = 3 d) Jelek = 2 e) Sangat Jelek = 1 <p>Skor Penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nilai maksimal: $5 \times 7 = 35$ b) Nilai minimal: $1 \times 7 = 7$ <p>Pengkategorian:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nilai 30-35 = Sangat Baik b) Nilai 26-29 = Baik c) Nilai 20-25 = Sedang d) Nilai 14-19 = Jelek e) Nilai 7-13 = Sangat Jelek

3.5 Data dan Sumber Data

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama, baik diperoleh dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasanya dilakukan oleh peneliti (Sugiarto, 2003). Data primer pada penelitian ini digunakan untuk menggali data-data mengenai kinerja tenaga kesehatan. Sedangkan data sekunder adalah data primer 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 atau diagram (Sugiarto, 2003). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data cakupan imunisasi difteri yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapat keterangan secara lisan dari subyek penelitian atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang (*face to face*) (Notoatmodjo, 2005).

b. Observasi

Observasi disebut juga dengan pengamatan, meliputi kegiatan pemantauan perhatian terhadap suatu objek dengan menggunakan seluruh alat indera. Jadi, observasi adalah pengamatan langsung (Arikunto, 2002). Observasi dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri.

c. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger,

agenda, dan sebagainya (Arikunto, 2006). Studi dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data mengenai cakupan imunisasi difteri.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah suatu alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data penelitian ini menggunakan angket dan lembar *checklist*. Angket adalah suatu cara pengumpulan data atau suatu penelitian mengenai suatu masalah yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum. Angket ini dilakukan dengan mengedarkan suatu daftar pertanyaan yang berupa formulir-formulir, diajukan secara tertulis kepada sejumlah subjek untuk mendapatkan tanggapan, informasi, jawaban, dan sebagainya (Notoadmodjo, 2010). Pada penelitian ini, pengisian angket oleh responden dilakukan dengan didampingi oleh peneliti sehingga hasil atau jawaban dari pengisian angket tersebut benar-benar berasal dari responden sendiri, tanpa intervensi dari pihak manapun. *Checklist* adalah penilaian yang didasarkan pada suatu standar unjuk kerja yang sudah dideskripsikan terlebih dahulu, kemudian penilai memeriksa apakah karyawan sudah mengerjakannya (Rachmawati, 2008).

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, 2003).

b. Pemberian Kode (*Coding*)

Coding merupakan pemberian tanda atau mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden kedalam kategori tertentu. Pengkodean ini dilakukan dengan cara melakukan pemberian tanda atau kode terhadap jawaban dan keputusan dari skala yang telah ditetapkan (Nazir, 2003).

c. Pemberian Nilai (*Scoring*)

Scoring merupakan langkah-langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam angket. Skor jawaban dimulai dari jawaban yang tertinggi sampai jawaban terendah kemudian dijumlah untuk mengetahui skor total pada masing-masing variabel (Bungin, 2006).

d. Tabulasi (*Tabulating*)

Tabulating adalah memasukkan data pada tabel- tabel tertentu dan mengatur angka- angka serta menghitungnya (Bungin, 2005). Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel yang sesuai dengan variabel yang diteliti.

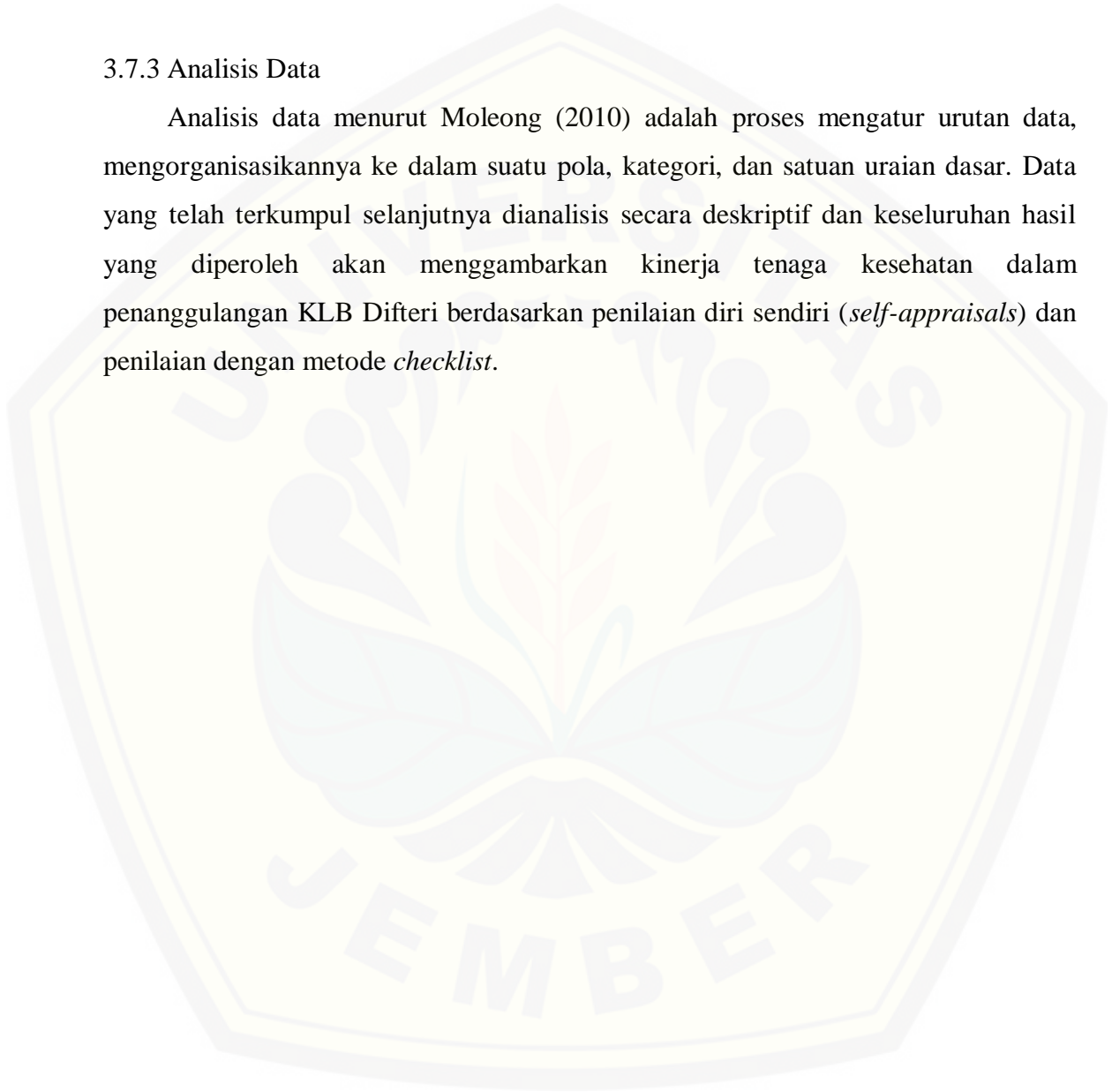
3.7.2 Teknik Penyajian Data

Data yang didapat dari hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan diberikan penjelasan dalam bentuk narasi untuk memberikan gambaran tentang hasil

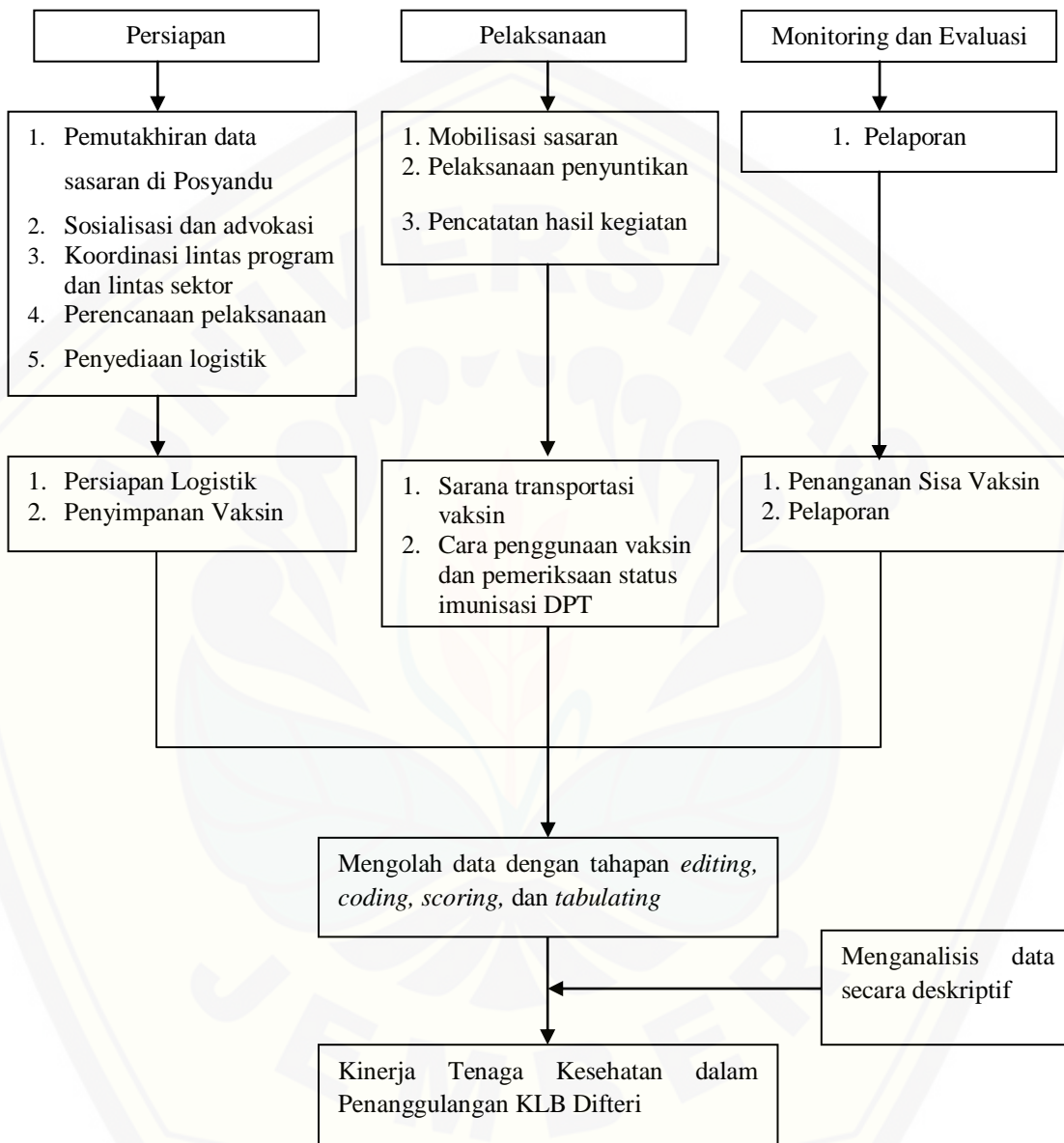
tabel tersebut. Penyajian dalam bentuk tabel merupakan panyajian data dalam bentuk angka yang disusun secara teratur dalam kolom dan baris (Budiarto, 2004).

3.7.3 Analisis Data

Analisis data menurut Moleong (2010) adalah proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya ke dalam suatu pola, kategori, dan satuan uraian dasar. Data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis secara deskriptif dan keseluruhan hasil yang diperoleh akan menggambarkan kinerja tenaga kesehatan dalam penanggulangan KLB Difteri berdasarkan penilaian diri sendiri (*self-appraisals*) dan penilaian dengan metode *checklist*.



3.8 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka Operasional