

**KINERJA KEPALA PUSKESMAS
NON SARJANA KESEHATAN
DI KABUPATEN SRAGEN**

TESIS

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
dalam mencapai derajat Sarjana S-2



Oleh
SUYADI
NIM : E4A 000 120

**PROGRAM PASCA SARJANA
MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2003**

UPI-POSTAL-UNDIP

© 2003
Hak Cipta Ada Pada Penulis
SUYADI

TESIS

**KINERJA KEPALA PUSKESMAS NON SARJANA KESEHATAN
DI KABUPATEN SRAGEN
TAHUN 2002**

Disusun Oleh
SUYADI
NIM: E4A 000 120

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji
Pada tanggal: 21 Februari 2003
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

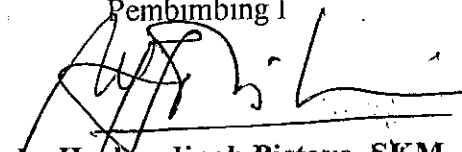
Menyetujui

Pembimbing II



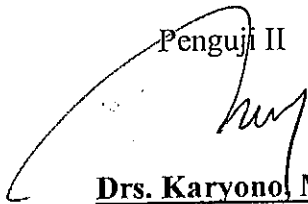
Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes.
NIP: 131 958 815

Pembimbing I



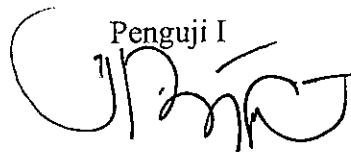
dr. Harbandinah Pietoyo, SKM.
NIP: 130 354 865

Penguji II



Drs. Karyono, Msi.
NIP: 130 701 405

Penguji I



Dra. Frieda, NRH, MS.
NIP: 131 124 832



PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil karya atau pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum / tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan didalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, 2003.

Suyadi.

UPT-PUSTAK-UNDIP	
No. Daft:	1977/T/MIKM/ej
Tgl.	20/8-03

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- N a m a** : S u y a d i.
- Tempat/ tanggal lahir** : Sragen, 06 Juli 1963.
- Agama** : Islam.
- Keluarga** : Istri = Narsuti.
Anak I = Arya Identa Adikusuma.
Anak II = Diaryka Amanda Cahya Kesuma.
Anak III = Masih Dalam Kandungan
- Alamat** : Bayur, RT 02/ 03, Kliwonan, Masaran, Sragen.
- Riwayat Pendidikan** : 1. SD Karang Tengah I Sragen, Sragen, lulus 1976.
2. SMP Negeri II Sragen, Kab. Sragen, lulus 1980.
3. SPK Gadjah Mada, Yogyakarta, lulus 1983.
4. AKPER Satriya Jaya, Surakarta, lulus 1988.
5. FKM UNDIP, Semarang, lulus 2001.
- Riwayat Pekerjaan** : 1. Pelaksana Perawatan di Puskesmas Plupuh I, tahun 1986 s/d 1989.
2. Pelaksana Perawatan di Puskesmas Masaran II, tahun 1986 s/d 1989.
3. Kepala Sub. Seksi UKS. Dinas Kesehatan Kab. Sragen, tahun 1993 s/d 1998.
4. Tugas belajar di Program Pasca Sarjana, Magister Kesehatan Masyarakat, UNDIP. Di Semarang, tahun 1998 s/d sekarang.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Ilahi Robbi atas perkenaan dan Ridho-Nya, sehingga dapat menyelesaikan tugas akhir sebagai salah satu syarat untuk lulus pendidikan program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro Semarang.

Rasa terima kasih yang setinggi-tingginya kami sampaikan kepada yang terhormat:

1. Pimpinan Proyek HP-V Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah yang telah memberikan kesempatan sehingga penulis dapat melanjutkan pendidikan lebih tinggi.
2. dr. Harbandinah Pietoyo, SKM. selaku pembimbing utama yang telah susah payah memberikan bimbingan dan petunjuk yang terbaik, berupa teori, teknis maupun dorongan sejak dini hingga selesai dalam penelitian.
3. drg. Zahroh Saluhyah, MPH. selaku pembimbing dan dosen pengampu yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk pada penulis.
4. Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes. selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan- pengarahan pada penulis.
5. Dra. Frieda. NRH, MS. yang telah memberikan semangat, saran dan masukan pada penulis sehingga penelitian ini layak untuk diteliti.
6. Drs. Karyono, Msi. yang memberikan saran pada penulis, sehingga terlaksananya penelitian.
7. Jajaran Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen, yang telah berkenan memberikan ijin pada penulis untuk mengadakan penelitian.

8. Kepala Puskesmas beserta karyawannya, yang telah membantu peneliti untuk mendapatkan data tentang pengelolaan puskesmas.
9. Teman sejawat HP-V, yang telah membangun semangat perjuangan baik tenaga maupun pikiran pada penulis.
10. Ibunda tersayang, Istri dan anak-anaku, yang telah memberikan doa, semangat dan harapan, sehingga penulis dapat mengikuti pendidikan hingga tugas akhir ini selesai.
11. Semua pihak yang tidak dapat kami sebut satu persatu, namun sangat besar andilnya dalam membantu, terselesaikannya penulisan tugas ini.

Atas kebaikan hati yang tulus berupa: saran, bimbingan, pengarahan, semangat maupun dorongan dari bapak dan ibu semuanya, semoga amal baikannya mendapatkan imbalan yang melimpah dari Allah SWT, amien.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan dan masih banyak kekurangan, baik dari segi kedalaman pembahasan maupun penyusunan bahasa, hal ini semata-mata karena berbagai keterbatasan penulis, sehingga penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaannya, dan dengan kerendahan hati, penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya.

Sragen, Januari 2003.

S u y a d i.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN HAK CIPTA	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
ABSTRAK	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
E. Lingkup Penelitian	8
F. Justifikasi Penelitian	9
G. Keahlian Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Puskesmas	11
1. Upaya Kesehatan Masyarakat	11
2. Pengertian Puskesmas	17
3. Tujuan Puskesmas	18
4. Tugas Pokok Puskesmas	19
5. Fungsi Puskesmas	20
6. Citra Pelayanan Puskesmas	21
7. Struktur Puskesmas	21

B. Kepala Puskesmas.....	22
1. Pengangkatan dalam jabatan.....	23
2. Kedudukan.....	23
3. Tugas.....	24
4. Fungsi	24
5. Pengelolaan Puskesmas	25
a. Pola Ketenagaan.....	25
b. Peranan Kepala Puskesmas	27
c. Perencanaan Tingkat Puskesmas (Microplanning)	32
d. Penggerakan Pelaksanaan (lokakarya Mini Puskesmas).....	44
e. Pemantauan Pelaksanaan (SP2TP).....	61
f. Pembimbingan dan Supervisi	63
g. Stratifikasi Puskesmas.....	65
h. Administrasi Keuangan Dan Barang.....	71
i. Surat- Menyurat	78
j. Pengelolaan Obat.....	82
k. Fisik Puskesmas	83
C. Kinerja	
1. Pengertian Kinerja	85
2. Penilaian kinerja.....	86
3. Penilaian Sendiri	93
4. Kriteria Kinerja	97
5. Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja ..	99
a. Variabel Individu	100
1). Karakteristik.....	100
2). Pengetahuan.....	103
b. Variabel Psikologis.....	105
Sikap	105
c. Variabel Organisasi	109
Kepemimpinan	109
D. Kerangka Teori	128

BAB III METODE PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep.....	129
B. Definisi Operasional.....	129
C. Jenis Penelitian.....	132
D. Subyek Penelitian.....	133
E. Teknik Pengumpulan Data.....	133
F. Analisa Data.....	135
G. Validitas dan Reliabilitas	136
BAB IV HASIL PENELITIAN.	
A. Gambaran Pelaksanaan Penelitian	139
1. Faktor Penghambat	139
2. Faktor Pendukung.....	140
B. Karakteristik Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan	141
C. Hasil Perolehan Data Dalam Pengelolaan Puskesmas.....	143
1. Rekapitulasi Data.....	145
2. Diskripsi Secara Umum Kinerja Kepala Puskesmas.....	164
a. Pengetahuan Kepala Puskesmas.....	164
b. Sikap Kepala Puskesmas Terhadap Kegiatan Puskesmas	172
c. Gaya Kepemimpinan Kepala Puskesmas.....	174
BAB V PEMBAHASAN.	
A. Variabel Individu	179
B. Variabel Psikologis	192
C. Variabel Organisasi.....	195
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	200
B. Saran.....	203

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

ABSTRACT

Suyadi

The Work Performance of the Head of the Health Centers Who is Non Health Scholar at Sragen District

xiv + 204 pages + 5 tables + 9 pictures + 20 boxes + 6 enclosures

Health Scholar generally takes hold of the position of the Head of the Health Center. When the decentralization, (arrangement applied) at Sragen district, the new managing and the structure of organization (permitted) Non Health Scholar to take hold of the position of the Head of the Health Center. The Health Center is a unit of a functional organization that has relationship with a community to give the health services directly. The health knowledge is needed in the Health Center management.

This research was to analyze the work performance of the Head of the Health Centers who was Non Health Scholar at Sragen district.

This was qualitative research using in-depth interview and *Focus Group Discussion*. In-depth interview was done to six persons of the Head of the Health Center, the Head of the District Health Office, the Deputy Head of the District Health Office, a half of staffs at District Health Office, and six persons of the staffs of the Health Center's administration. *Focus Group Discussion* was done to the staff of the Health Center, and the functional officers at the Health Center that was divided into six groups for each Health Center.

Based on the result of this research, it is known that the younger respondent is 35 years old and the older respondent is 52 years old. The number of male respondents is five persons and the number of female respondents is one person. All respondents have the stratification of "Penata" and IIIc. The work period of all respondents is 1.3 year. The levels of respondents' education are education scholar (two persons), political social scholar (two persons), law scholar (one person), and economy scholar (one person). The knowledge of planning process, activation process, and implementing process generally is not optimal. Beside, monitoring and appraisal system are not optimal. The attitude to the Health Center management (the responses of cognitive, affective, and connective) generally are not good. The leadership style is a delegation. The staffs are given few tasks, few relations among staffs by their awareness. The result of the good management is in financial management and correspondence. The result of the bad management is in micro planning, workshop, monitoring, supervision, stratification, and management of medicine.

The work period, the stratification, and duty period have significant relationship with the requirement to be the Head of the Health Center. The level of education, the knowledge, the attitude, and the leadership style have no significant relationship with the requirement to be the Head of the Health Center. The financial management and correspondence are good, but for the technical activities is not good.

The decision makers need to evaluate the work performance of the Head of the Health Centers. The District Health Office needs to do the training.

Key Words: the Work Performance, the Head of the Health Centers who is Non Health Scholar, and the Decentralization

Bibliography: (1982 – 2002)

MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
KONSENTRASI PROMOSI KESEHATAN
2003

ABSTRAK

SUYADI

KINERJA KEPALA PUSKESMAS NON SARJANA KESEHATAN DI
KABUPATEN SRAGEN.

ix + 204 halaman + 5 Tabel + 9 Gambar + 21 Kotak + 6Lampiran.

Kepala Puskesmas secara umum dijabat oleh dokter atau sarjana kesehatan, tetapi di Kabupaten Sragen dengan diberlakukan otonomi daerah muncul SOT baru yang memungkinkan jabatan Kepala Puskesmas dipegang oleh sarjana non kesehatan. Puskesmas merupakan unit organisasi fungsional atau UPTD (unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan) yang memberikan pelayanan kesehatan langsung pada masyarakat. Pengetahuan kesehatan sangat dibutuhkan sekali dalam pengelolaan Puskesmas.

Tujuan penelitian untuk menganalisis kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan di kabupaten Sragen.

Penelitian kualitatif, dengan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (DKT). Wawancara mendalam terhadap 6 (enam) Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, Kepala Dinas dan beberapa staf Dinas Kesehatan serta TU Puskesmas. Diskusi kelompok terarah dengan karyawan fungsional, masing-masing puskesmas satu kelompok sehingga jumlahnya ada 6 (enam) kelompok diskusi.

Hasil penelitian untuk karakteristik tentang umur sangat variasi termuda 35 tahun dan tertua 52 tahun, jenis kelamin laki-laki lima orang dan perempuan seorang, semua berpangkat Penata dengan golongan ruang IIIc, masa jabatan semua satu tahun tiga bulan dengan pendidikan yang bervariasi yaitu Sarjana Pendidikan dua orang, Sospol dua orang, sedang Hukum dan Ekonomi masing-masing seorang. Pengetahuan secara umum tentang proses perencanaan, proses penggerakan dan pelaksanaan, serta sistem pengawasan pengendalian dan penilaian kurang optimal. Sikap terhadap pengelolaan puskesmas secara umum *respon kognitif*, *afektif* dan *konatif* sangat kurang. Gaya kepemimpinan adalah delegating yaitu sedikit detail tugas dan sedikit hubungan sesama dengan tingkat kematangan staf tinggi yaitu mampu dan mau. Hasil untuk kinerja yang baik dalam pengelolaan keuangan dan surat menyurat, sedang yang kurang baik tentang microplanning, minilokakya, pemantauan, pembimbingan / supervisi, stratifikasi dan pengelolaan obat.

Dapat penulis simpulkan bahwa karakteristik yang sesuai adalah masa kerja, kepangkatan, masa jabatan sedang yang tidak sesuai adalah pendidikan, pengetahuan sangat kurang, sikap kurang tanggap, gaya kepemimpinan delegating sedangkan kinerja pengelolaan keuangan dan administrasi persuratan baik namun untuk kegiatan yang terkait dengan teknis pelayanan kesehatan sangat kurang.

Saran untuk pembuat kebijakan agar segera diadakan evaluasi, bagi Dinas Kesehatan untuk mengadakan pendidikan dan latihan.

Kata Kunci: kinerja, kepala puskesmas non sarjana kesehatan, otonomi daerah.

Kepustakaan: (1982 – 2002).

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 : Jenjang Tingkat Pelayanan Kesehatan.....	14
Tabel 2.2 : Kriteria Kinerja.....	98
Tabel 2.3 : Gaya Kepemimpinan Dengan Kematangan Bawahan	121
Tabel 4.1 : Karakteristik Responden	144
Tabel 4.2 : Rekapitulasi Hasil Penelitian.....	149

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 : Mekanisme pembinaan Peran serta masyarakat.....	16
Gambar 2.2 : Lokakarya Mini Puskesmas	45
Gambar 2.3 : Tahapan Penggalangan Kerja Sama Tim.....	48
Gambar 2.4 : Tahapan Penggalangan Kerja Sama Lintas Sektor	51
Gambar 2.5 : Tahapan Rapat Bulanan Puskesmas	55
Gambar 2.6 : Tahapan Rapat Kerja Lintas Sektor	58
Gambar 2.7 : Gaya Kepemimpinan.....	119
Gambar 2.8 : Model Teori Perilaku Dan Kinerja Dari Gibson.....	128
Gambar 3.1 : Kerangka Konsep.....	129

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Pedoman Wawancara Mendalam Terhadap Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan.
- Lampiran 2 : Pedoman Wawancara Mendalam Terhadap Atasan.
- Lampiran 3 : Pedoman Wawancara Mendalam Terhadap Bawahan.
- Lampiran 4 : Pedoman Diskusi Kelompok Terarah Terhadap Bawahan.
- Lampiran 5 : Peta Wilayah Kabupaten Sragen.
- Lampiran 6 : Foto Kegiatan Penelitian.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebijakan desentralisasi di Indonesia mulai diberlakukan bulan Januari 2001, berdasarkan Undang- Undang no 22 dan 25 tahun 1999 tentang desentralisasi dan perimbangan keuangan pusat dan daerah. Otonomi daerah akan meliputi berbagai bidang termasuk bidang kesehatan, ini berarti bahwa akan terjadi pemberian kewenangan kepada daerah untuk merumuskan dan mengembangkan sistem kesehatan di daerah yang bersangkutan, sesuai dengan aspirasi dan kebutuhan masyarakat setempat serta kondisi dan kemampuan daerah.

Sejalan dengan tuntutan reformasi di bidang kesehatan, dimana peningkatan mutu kualitas pelayanan kesehatan melalui Puskesmas adalah sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan bagi masyarakat, mutlak dibutuhkan kemampuan ketrampilan, profesionalisme dan komitmen kerja dari tenaga kesehatan khususnya Kepala Puskesmas. Untuk mewujudkan semua itu, tentunya sangat dibutuhkan tenaga yang profesional yang memiliki komitmen dan semangat kerja yang tinggi. Hal ini salah satunya dapat dilihat melalui kinerja Kepala Puskesmas.

Dalam Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000 disebutkan adanya berbagai fungsi pelayanan kesehatan yang diserahkan kepada pemerintah kabupaten/ kota serta pihak swasta, dan berkurangnya peran pemerintah pusat

serta propinsi. Hal ini dipastikan akan berdampak pada program restrukturisasi kantor kesehatan di propinsi dan kabupaten/ kota serta pada aspek keuangannya. Puskesmas dimasa mendatang akan menghadapi berbagai perubahan seiring dengan berubahnya sistem pemerintahan. Adapun arah perubahan itu kemungkinan akan lebih kearah lembaga usaha, bukan dikutub birokrasi. (Trisnantoro, 2000).

Puskesmas yang selama ini berperan sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan diperkirakan akan mengalami perubahan pula kearah lembaga yang lebih otonomi. Namun belum bisa dipastikan seberapa jauh otonomi untuk Puskesmas dapat diberlakukan, dan apakah akan terjadi keseragaman bentuk Puskesmas antara satu daerah dengan daerah lain.

Kepala Puskesmas memiliki beban kerja atau tugas antara lain menyelenggarakan hubungan kerja sama dengan unit- unit organisasi perangkat daerah maupun instansi vertikal yang urusannya sejenis, menyelenggarakan koordinasi dan kerja sama fungsional, serta mengadakan perubahan kebijakan yang telah digariskan dari dinas kesehatan walaupun harus dengan mengajukan persetujuan yang artinya mengadakan perubahan-perubahan aplikatif yang dapat dilaksanakan oleh Puskesmas. (Kepmendagri, 23 th 1994).

Tahun ini Kepala Puskesmas dihadapkan pada masalah keterbatasan dana sekaligus beban kerja yang tinggi, sehingga Kepala puskesmas harus mampu berperan sabagai manajer yang baik , dan menjadi dinamisator dalam birokrasi dengan lintas sektor. Kepala Puskesmas harus mampu memberikan

pelayanan kesehatan yang bermutu dengan tarif yang terjangkau supaya mampu berkompetisi dengan pesaing – pesaingnya dalam meraih pangsa pasarnya. Dengan berorientasi pada perbaikan kinerja diharapkan Puskesmas dapat senantiasa hidup dan berkembang sesuai dengan perkembangan zaman.

Kabupaten Sragen tercatat ada 26 Puskesmas, yang terdiri dari 21 (dua puluh satu) Puskesmas rawat jalan dan 5 (lima) Puskesmas rawat inap, pada 20 kecamatan.(Profil DKK Sragen, 2001).

Pelaksanaan Otonomi Daerah di Kabupaten Sragen tahun 2001, sejalan dengan dimulainya pelaksanaan otonomi daerah maka daerah mempunyai kewenangan untuk mengatur sistem pemerintahan termasuk mengelola sumber daya manusia yang dimiliki. Puskesmas sebagai salah satu aset daerah dan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan untuk masyarakat, harus benar- benar menunjukkan kemandirian dan optimalisasi pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dalam mengantisipasi pelaksanaan otonomi daerah, pemerintah kabupaten Sragen pada trimester pertama tahun 2001, mengadakan sosialisasi kepada jajaran kesehatan di Kabupaten Sragen yang berisi tentang tidak diberlakukan jabatan rangkap bagi Kepala Puskesmas. Dengan keadaan seperti ini maka para dokter yang sekarang dengan jabatan rangkap dimohon untuk menentukan pilihannya, jabatan struktural sebagai Kepala Puskesmas atau jabatan fungsional. Dari hasil angket yang diedarkan kepada para dokter yang saat sekarang memangku jabatan kepala puskesmas, sebagian besar memilih jabatan fungsional , sehingga kebutuhan untuk jabatan Kepala Puskesmas banyak yang tidak terisi.

Berdasarkan hasil wawancara pendahuluan penulis dengan wakil kepala dinas kesehatan kabupaten Sragen , dalam rangka perencanaan penyusunan SOT (Struktur Organisasi dan Tata laksana) Kepala Puskesmas, didapat bahwa: pada tahap awal jabatan Kepala Puskesmas ditawarkan kepada semua dokter ternyata dokter yang sanggup menjadi Kepala Puskesmas kurang dari separo jumlah Puskesmas, tahap kedua ditawarkan kepada dokter gigi ternyata hanya dua yang sanggup menjadi Kepala Puskesmas, tahap ketiga ditawarkan kepada sarjana Apoteker yang telah memenuhi kepangkatan tidak ada yang sanggup dan perlu diketahui bahwa ada dua sarjana kesehatan masyarakat di kabupaten Sragen , namun belum memenuhi kepangkatan. Dari perencanaan yang sangat demokratis tersebut hasilnya sebagai bahan usulan dari dinas kesehatan kepada dewan jabatan pemerintah daerah kabupaten Sragen, sebagai masukan untuk seterusnya jabatan Kepala Puskesmas ditentukan oleh dewan jabatan pemerintah daerah dan dilantik oleh Kepala Daerah / Bupati.

Dalam menyikapi keadaan tersebut, pada bulan' Juni tahun 2001 pemerintah daerah mengeluarkan SOT yang diantaranya muncul sarjana-sarjana non kesehatan masuk jajaran kesehatan sebagai Kepala Puskesmas. Fenomena perubahan/ pembaharuan inilah , yang belum pernah ada di kabupaten lain bahkan di propinsi lain.

Kepala Puskesmas sebagai pimpinan organisasi sekaligus penggerak organisasi akan sangat berpengaruh terhadap jalannya perubahan di Puskesmas. Perubahan yang terjadi dalam pelaksanaan otonomi daerah di

Kabupaten Sragen , adanya perubahan struktur organisasi dan tatalaksana dengan ditempatkannya pegawai non sarjana kesehatan untuk menjabat Kepala Puskesmas.

Kondisi di Kabupaten Sragen saat ini ada 6 (enam) sarjana non kesehatan yang diberi jabatan sebagai Kepala Puskesmas antara lain: Sarjana Ekonomi, Hukum, Sosial politik dan sarjana Pendidikan

Hal ini sangat menarik untuk dicermati tentang kinerja kepala puskesmas non sarjana kesehatan, mengingat bahwa puskesmas merupakan unit pelaksana teknis yang memberikan pelayanan kesehatan. Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat dengan kompleksitas permasalahan kesehatan yang mau tidak mau harus dihadapi.

B. Perumusan Masalah

Dengan ditetapkannya Kepala Puskesmas yang memiliki disiplin ilmu diluar kesehatan, yang lebih mengandalkan kemampuan manajerial untuk memimpin organisasi teknis kesehatan, maka perumusan penelitian ini adalah: **Bagaimanakah kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan di Kabupaten Sragen?**

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mendiskripsikan dan menilai kinerja Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mendiskripsikan faktor karakteristik Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen.
- b. Untuk mendiskripsikan faktor pengetahuan dalam pengelolaan Puskesmas bagi Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen.
- c. Untuk mendiskripsikan faktor sikap dalam kegiatan pelayanan kesehatan bagi Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen.
- d. Untuk mendiskripsikan gaya kepemimpinan Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen.
- e. Untuk mendiskripsikan kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan di Kabupaten Sragen.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Sragen.

Bagi pemerintah daerah, sebagai sumbangan pemikiran untuk mengambil keputusan tentang kebijakan mengenai pengangkatan dan penempatan Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen.

2. Bagi Dinas Kesehatan

- a. Bagi Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen, sebagai bahan masukan menyangkut kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan

di Kabupaten Sragen, sehingga dapat diketahui sejauh mana kinerjanya.

- b. Sebagai sumbangan pemikiran bagi pengelola program dan proyek-proyek kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen.

3. Bagi Puskesmas

Sebagai masukan atau introspeksi organisasi Puskesmas agar lebih meningkatkan / mengoptimalkan sumber daya dan mempersiapkan Puskesmas untuk menghadapi perubahan kebijakan Pemerintah tentang otonomi daerah.

4. Bagi Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Bagi Program Pasca Sarjana, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Konsentrasi Promosi Kesehatan, untuk menambah khasanah penelitian dan wahana kajian tentang kinerja Kepala Puskesmas, khususnya Kepala Puskesmas Non sarjana kesehatan.

4. Bagi Penulis

- a. Upaya melatih dan mengasah pemikiran dan penerapan ilmu pengetahuan, sehubungan dengan ilmu dan materi yang telah diperoleh selama mengikuti perkuliahan di Program Pasca Sarjana, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro dalam Konsentrasi Promosi Kesehatan.
- b. Meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam melakukan penelitian ilmiah, selanjutnya diharapkan penelitian ini akan menumbuhkan ide

untuk memperdalam dan memperluas penelitian mengenai perubahan organisasi akibat desentralisasi.

E. Lingkup Penelitian

1. Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam ilmu kesehatan masyarakat dengan kajian di bidang Perubahan perilaku dan pengembangan Organisasi Kesehatan.

2. Lingkup Materi

Penelitian ini, ditujukan terhadap keadaan atau proses perubahan SOT, terhadap kinerja Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen sesuai dengan teori perubahan perilaku dan kinerja dari Gibson (1987) yaitu adanya variabel individu tentang karakteristik dan pengetahuan, variabel psikologis tentang sikap dan variabel organisasi tentang kepemimpinan.

3. Lingkup Metoda

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*.

4. Lingkup Teknik

Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan observasi dan melakukan wawancara mendalam (*indepth interview*) pada responden dengan pedoman wawancara yang telah disusun dan hasilnya dicatat. Untuk proses triangulasi dengan tehnik DKT / diskusi kelompok

terarah yang ditujukan pada kelompok medis/ para medis dan kelompok Non para medis, staf Puskesmas dengan kepala non sarjana kesehatan.

5. Lingkup Analisis

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif yaitu data dianalisis melihat dari hasil observasi dan wawancara yang telah dilakukan, dengan menggunakan analisa isi (*content analysis*).

6. Lingkup Sasaran

Sasaran dalam penelitian ini adalah seluruh Kepala Puskesmas yang berstatus sebagai Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan dan menjalankan baktinya pada Puskesmas di Kabupaten Sragen. Selain itu sasaran ditujukan juga kepada atasan yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen dan staf Puskesmas dengan Kepala non sarjana kesehatan, sebagai kros cek data atau proses *Triangulasi*.

7. Lingkup Lokasi

Lokasi penelitian dilakukan di 6 (enam) Puskesmas dengan kepala non sarjana kesehatan , wilayah Kabupaten Sragen, Propinsi Jawa Tengah.

8. Lingkup Waktu

Pelaksanaan penelitian dilakukan pada bulan Oktober sampai dengan bulan Nopember tahun 2002.

F. Justifikasi Penelitian

1. Data primer sebagai data utama, dapat diperoleh dari hasil pengamatan dan wawancara mendalam dengan Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen, menggunakan pedoman pengamatan (*observasi*) dan

wawancara. Data primer lainnya juga diperoleh dari wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen dan diskusi kelompok terarah staf Puskesmas dari Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen.

2. Data sekunder sebagai data pendukung, tersedia dan diperoleh dari informasi yang diberikan dari bagian pemulihan kesehatan dan bagian kepegawaian Tata Usaha Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen.
3. Buku-buku dan literatur sebagai bahan referensi yang diperlukan, dapat dengan mudah diperoleh baik dari perpustakaan maupun dari materi kuliah.

G. Keaslian Penelitian

Penelitian "**Kinerja Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen**", sepengetahuan penulis belum pernah dilakukan di tempat lain. Penelitian yang mirip meskipun tidak sama yaitu:

Sikap Kepala Puskesmas di Kabupaten Cilacap terhadap perubahan organisasi akibat desentralisasi, oleh Pramesti Griana Dewi, tahun 2001.

Sementara penelitian yang akan dilakukan penulis sekarang tentang kinerja Kepala Puskesmas Non sarjana kesehatan, adapun kesamaan dari penelitian sebelumnya tentang sikap Kepala Puskesmas terhadap kebijakan desentralisasi, sedang perbedaan dalam masalah metode penelitian, tujuan penelitian maupun subyek penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. PUSKESMAS

1. Upaya Kesehatan Masyarakat

a. Sistem Kesehatan Nasional

Sistem Kesehatan Nasional adalah suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan Undang-undang Dasar 1945. Oleh karena itu Pemikiran Dasar Sistem Kesehatan Nasional pada hakekatnya menentukan arah tujuan dan dasar-dasar pembangunan kesehatan sebagai kesatuan yang menyeluruh, terpadu serta berkesinambungan sebagai bagian dari Pembangunan Nasional.

Dengan memperhatikan faktor-faktor Sistem Ketahanan Nasional, jelas bahwa Sistem Ketahanan Nasional adalah suprasistem dari Sistem Ketahanan Nasional. Pada dasarnya Sistem Ketahanan Nasional merupakan pencerminan dari sistem Ketahanan Nasional ditinjau dari kebutuhan pencapaian Tujuan Pembangunan Kesehatan atau dari kepentingan kesehatan.

1. Tujuan Pembangunan Kesehatan

Tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari Tujuan Nasional.

2. Dasar-dasar Pembangunan Kesehatan

- a) Semua warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal, agar dapat bekerja dan hidup layak sesuai dengan martabat manusia.
- b) Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan rakyat.
- c) Penyelenggaraan upaya kesehatan diatur oleh pemerintah dan masyarakat serta dilaksanakan terutama melalui upaya peningkatan dan pencegahan yang dilakukan secara terpadu dengan upaya penyembuhan yang diperlukan.
- d) Setiap bentuk upaya kesehatan harus berasaskan perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa dengan mengutamakan kepentingan nasional, rakyat banyak dan bukan semata-mata untuk kepentingan golongan atau perorangan.
- e) Sikap, suasana kekeluargaan, kegotong royongan serta semua potensi yang ada diarahkan dan dimanfaatkan sejauh mungkin untuk pembangunan di bidang kesehatan.

- f) Sesuai dengan asas adil dan merata, hasil-hasil yang dicapai dalam pembangunan kesehatan harus dinikmati secara merata oleh seluruh penduduk.
 - g) Semua warga negara sama kedudukannya dalam hukum dan wajib menjunjung tinggi dan mentaati segala ketentuan peraturan perundang-undangan dalam bidang kesehatan.
 - h) Pembangunan Kesehatan Nasional harus berlandaskan pada kepercayaan akan kemampuan dan kekuatan sendiri, serta bersendikan kepribadian bangsa.
3. Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RPJK) mempunyai sasaran dan kebijaksanaan operasional sebagai berikut :
- a) Panca Karsa Husada (tujuan jangka panjang)
 - 1) Peningkatan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya dalam bidang kesehatan.
 - 2) Perbaikan mutu lingkungan hidup yang sehat.
 - 3) Peningkatan status gizi masyarakat.
 - 4) Pengurangan kesakitan dan kematian.
 - 5) Pengembangan keluarga sehat sejahtera dengan makin diterimanya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.
 - b) Panca Karya Husada (kebijaksanaan operasional)
 - 1) Peningkatan dan pemantapan upaya kesehatan.
 - 2) Pengembangan tenaga kesehatan.

- 3) Pengendalian, pengawasan dan pengadaan obat serta makanan dan bahan berbahaya bagi kesehatan.
- 4) Perbaikan gizi dan peningkatan kesehatan lingkungan.
- 5) Peningkatan dan pemantapan manajemen dan hukum.

b. Kebijakan tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan

Seperti diketahui bahwa Indonesia ikut menanda tangani “Deklarasi Alma Ata”, maka sesuai dengan deklarasi tersebut yang berbunyi “Untuk mencapai kesehatan bagi semua dalam tahun 2010, *Primary Health Care* adalah kuncinya”, di Indonesia Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) merupakan bentuk operasional dan *Primary Health Care*”.

Kebijakan pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan pendekatan *Primary Health Care* adalah sebagai berikut :

- 1) Jenjang tingkat-tingkat pelayanan kesehatan sehubungan dengan komponen atau unsur-unsur pelayanan kesehatan menurut Sistem Kesehatan Nasional seperti berikut :

Tabel .2.1Jenjang Tingkat Pelayanan Kesehatan

Jenjang (hirarkhi)	Komponen/unsur pelayanan kesehatan
Tingkat Rumah Tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarganya sendiri
Tingkat Masyarakat	Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri
Tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pertama	Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling
Tingkat Rujukan Pertama	Rumah Sakit Kabupaten dan satuan pelayanan kesehatan lainnya
Tingkat Rujukan yang lebih tinggi	Rumah Sakit Klas B dan Klas A serta satuan organisasi pelayanan lainnya.

2) Pelaksanaan *Primary Health Care* paling sedikit mencakup 8 unsur sebagai berikut :

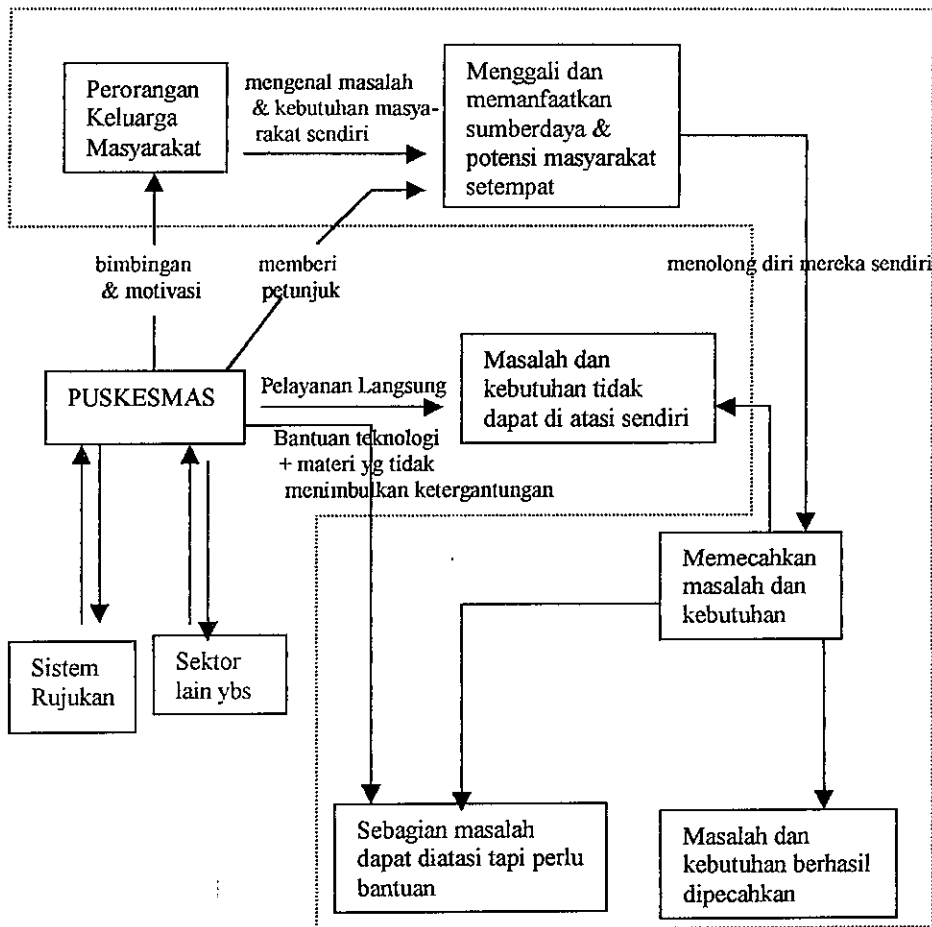
- a) Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya.
- b) Peningkatan persediaan makanan dan perbaikan gizi.
- c) Pengadaan air bersih dan sanitasi dasar yang memadai.
- d) Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana.
- e) Imunisasi terhadap penyakit infeksi yang utama.
- f) Pencegahan dan penanggulangan penyakit endemis setempat.
- g) Pengobatan penyakit umum dan luka-luka.
- h) Penyediaan obat esensial.

3) Mekanisme Pengembangan dan Pembinaan Peran Serta Masyarakat :

Puskesmas bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan memberi bimbingan dan motivasi kepada masyarakat wilayah kerjanya untuk mengenal masalah dan kebutuhan masyarakat sendiri, kemudian memberi petunjuk untuk menggali dan memanfaatkan sumber dan potensi yang ada setempat untuk menolong mereka sendiri dalam menanggulangi masalah dan kebutuhan yang dirasakan oleh masyarakat.

Gambar .2.2.

Mekanisme Pembinaan Peran Serta Masyarakat



Kegiatan dari masyarakat oleh masyarakat untuk masyarakat yang dibatasi dengan garis bertitik-titik pada dasarnya adalah PKMD.

Upaya masyarakat mungkin berhasil menanggulangi masalah dan memenuhi kebutuhannya, mungkin juga hanya sebagian saja dari masalahnya bisa ditanggulangi dan masih membutuhkan bantuan, atau masyarakat sama sekali tidak mampu mengatasi masalahnya.

Dalam hal masyarakat hanya berhasil menaggulangi sebagian dari masalahnya dan membutuhkan bantuan, maka Puskesmas bekerja sama dengan sektor-sektor yang terkait untuk memberikan teknologi dan materi yang tidak menimbulkan ketergantungan.

Dalam hal masyarakat sama sekali tidak mampu mengatasi masalahnya, maka Puskesmas bekerja sama dengan sektor terkait untuk memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat.

4) Kerjasama Lintas Sektoral :

Masalah dan kebutuhan yang dirasakan oleh masyarakat tidak hanya dalam bidang kesehatan, maka dengan sendirinya dalam membina peran serta masyarakat diperlukan kerjasama lintas sektoral.

Derajat kesehatan tidak hanya dapat diperbaiki dengan upaya pelayanan kesehatan saja, akan tetapi terutama dipengaruhi oleh keadaan lingkungan hidup yang terdiri dari lingkungan fisik, lingkungan biologis dan lingkungan kemasyarakatan termasuk keadaan ipleksosbudhankam. Faktor lain yang besar pengaruhnya adalah perilaku masyarakat tentang kesehatan dan cara-cara hidup yang sehat.

2. Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah suatu organisasi kesehatan fungsional sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat dan membina peran serta

masyarakat di samping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas meliputi :

- a. *Curatif* / pengobatan,
- b. *Preventif* / upaya pencegahan,
- c. *Promotif* / peningkatan kesehatan serta
- d. *Rehabilitatif* / pemulihan kesehatan (Depkes, 1991b).

Visi Puskesmas yaitu :

- a. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya,
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat,
- c. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Adapun misi Puskesmas ialah melaksanakan “18 Kegiatan Pokok Puskesmas”. Produk utama yang ditawarkan organisasi pelayanan kesehatan (termasuk Puskesmas) ialah pelayanan kesehatan. Produk sendiri didefinisikan sebagai segala sesuatu yang ditawarkan kepada pasar untuk memuaskan kebutuhannya.

3. Tujuan Puskesmas

Tujuan umum Puskesmas adalah menyelenggarakan upaya kesehatan Puskesmas yang bermutu, merata, terjangkau dan dengan peran

serta masyarakat secara aktif dalam rangka tercapainya kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat terwujud derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat.

Sedangkan tujuan khusus Puskesmas adalah sebagai berikut :

- a. Peningkatan dan pencakupan hasil guna dan kegiatan pengembangan, pembinaan dan pelayanan.
- b. Peningkatan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan dan peningkatan peran serta masyarakat termasuk swasta dalam berbagai bentuk upaya kesehatan.
- c. Peningkatan status gizi masyarakat melalui perbaikan gizi keluarga dan perubahan perilaku dan gaya hidup yang mendukung tercapainya perbaikan gizi.
- d. Peningkatan suatu lingkungan hidup masyarakat melalui perbaikan lingkungan hidup dan perubahan perilaku serta gaya hidup.
- e. Pengurangan kesakitan, kematian, cacat fisik, akibat penyakit atau kecelakaan, gangguan jiwa dan penyalahgunaan narkotik /bahan berbahaya dan pengaruh lingkungan yang tidak sehat.
- f. Pengembangan keluarga sehat sejahtera dan makin diterima Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (Depkes, 1991b).

4. Tugas Pokok Puskesmas

Sesuai dengan kemampuan tenaga dan fasilitas yang ada di puskesmas, maka tugas pokok puskesmas akan berbeda-beda. Namun tugas pokok puskesmas yang harus dilaksanakan adalah sebagai berikut :

- a. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
- b. Pemberantasan Penyakit Menular (P2M)
- c. Kesehatan Lingkungan
- d. Usaha Peningkatan Gizi
- e. Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)
- f. Penyuluhan kesehatan Masyarakat (PKM)
- g. Keluarga Berencana (KB)
- h. Pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan
- i. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
- j. Kesehatan Gigi dan Mulut
- k. Kesehatan Jiwa
- l. Laboratorium Sederhana
- m. Kesehatan Kerja
- n. Kesehatan Usia Lanjut
- o. Kesehatan Olah Raga
- p. Kesehatan Remaja
- q. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3)
- r. Pembinaan Pengobatan tradisional

5. Fungsi Puskesmas

Puskesmas berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara menyeluruh dan terpadu dalam bentuk usaha pokok Puskesmas, pusat pembinaan peran serta masyarakat dan pusat pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya (Depkes, 1991b).

Atas dasar fungsi tersebut maka tugas pokok yang harus diselenggarakan Puskesmas adalah :

- a. Menyelenggarakan 18 kegiatan pokok secara terpadu dan menyeluruh,
- b. Meningkatkan jangkauan atau cakupan pelayanan kesehatan,
- c. Sistem rujukan atau referal system,
- d. Meningkatkan peran serta masyarakat,
- e. Membimbing dan mengawasi pekarya kesehatan dan pekarya rumah tangga,
- f. Mengelola keperawatan bahan habis dan obat serta pengelolaan administrasi (Depkes, 1991b).

6. Citra Pelayanan Puskesmas.

Agar masyarakat menghargai pelayanan Puskesmas, maka Puskesmas perlu memelihara citra yang baik sebagai berikut:

- a. Kebersihan gedung serta jamban Puskesmas.
- b. Senyum dan sikap ramah dari setiap petugas Puskesmas.
- c. Pemberian pelayanan dengan mutu yang sebaik- baiknya.
- d. Kerja sama yang baik dengan pamong setempat dan petugas sektor lain.
- e. Selalu menepati janji pelayanan yang telah disepakati bersama.

7. Struktur Puskesmas

Susunan organisasi Puskesmas terdiri dari :

- a. Unsur pimpinan (Kepala Puskesmas),
- b. Unsur pembantu pimpinan (urusan tata usaha),

c. Unsur pelaksana. Sedangkan organisasi puskesmas dibagi menjadi 7 unit yaitu :

- 1). Unit I, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan kesejahteraan ibu dan anak, keluarga berencana dan perbaikan gizi.
- 2). Unit II, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit, khususnya imunisasi, kesehatan lingkungan dan laboratorium sederhana.
- 3). Unit III, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan kesehatan gizi dan mulut, kesehatan tenaga kerja dan manula.
- 4). Unit IV, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan perawatan kesehatan masyarakat, kesehatan sekolah dan olah raga, kesehatan jiwa, kesehatan mata dan kesehatan khusus lainnya.
- 5). Unit V, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan pembinaan dan pengembangan upaya kesehatan masyarakat dan penyuluhan kesehatan masyarakat.
- 6). Unit VI, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan pengobatan, rawat jalan dan rawat inap.
- 7). Unit VII, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan kefarmasian (Depkes, 1991b).

B. KEPALA PUSKESMAS.

Berdasarkan Undang-undang nomor 23 tahun 1992, bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan

serta memiliki pengetahuan dan atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. (Dep.Kes.RI, 1992).

Sumber daya kesehatan merupakan semua perangkat keras dan perangkat lunak yang diperlukan sebagai pendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Adapun yang termasuk perangkat lunak (*Software*) antara lain: manajemen, pembiayaan, dan sumber daya manusia yang diperlukan demi terselenggaranya upaya kesehatan.

1. Pengangkatan Dalam Jabatan.

Untuk memangku jabatan Kepala Puskesmas, diangkat dan diberhentikan seperti yang tertera dalam Keputusan Menteri Dalam Negeri nomor 23 tahun 1994 tentang Pedoman Organisasi dan Tatakerja Puskesmas adalah sebagai berikut:

- a. Kepala Puskesmas diangkat dan diberhentikan oleh Kepala Daerah atas usul Kepala Dinas Kesehatan Daerah.
- b. Kepala Puskesmas Pembantu diangkat dan diberhentikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah atas usul Kepala Puskesmas.

2. Kedudukan.

Menurut Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 23 tahun 1994 tentang pedoman organisasi dan tatakerja Pusat Kesehatan Masyarakat bahwa, kedudukan kepala puskesmas adalah didalam struktur organisasi puskesmas, adapun kedudukannya :antara lain: (Mendagri, 1994).

- a. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan daerah yang merupakan perangkat pemerintah daerah kabupaten.
- b. Puskesmas dipimpin oleh seorang kepala yang berada dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Dinas Kesehatan Daerah.
- c. Puskesmas Pembantu dipimpin oleh seorang Kepala Puskesmas Pembantu dan bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas.

3. Tugas.

Kepala Puskesmas mempunyai tugas memimpin, mengawasi, mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan kesehatan secara peripurna kepada msyarakat dalam wilayah kerjanya. (Depkes RI, 1994).

4. Fungsi.

Untuk melaksanakan tugas-tugas tersebut diatas, mempunyai fungsi sebagai berikut(Depkes RI, 1994)

- a. Pelayanan upaya kesehatan, kesejahteraan ibu dan anak, keluarga berencana (KB), perbaikan gizi, perawatan kesehatan masyarakat, pencegahan, pemberantasan penyakit, imunisasi, pembinaan kesehatan lingkungan, PKM, usaha kesehatan sekolah, olah raga, pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan, kesehatan gigi dan mulut, laboratorium sederhana, upaya kesehatan kerja serta usia lanjut, upaya kesehatan jiwa, mata, khusus lainnya dan pencatatn serta pelaporan.
- b. Pembinaan upaya kesehatan peran serta masyarakat, koordinasi semua upaya kesehatan, sarana pelayanan kesehatan, pelaksanaan rujukan

medik, pembantuan sarana dan pembinaan teknis kepada puskesmas pembantu, bidan di desa, unit pelayanan kesehatan swasta serta kader pembangunan kesehatan.

- c. Pengembangan upaya kesehatan dalam hal pengembangan kader pembangunan bidang kesehatan diwilayah, pengembangan kegiatan swadaya masyarakat.

5. Pengelolaan Puskesmas.

a. Pola Ketenagaan.

1). Jenis Tenaga.

Ketenagaan Puskesmas menurut Pedoman Kerja Puskesmas adalah sebagai berikut:

- a). Dokter
- b). Dokter gigi
- c). Perawat Kesehatan
- d). Perawat Kesehatan / mahir bidan.
- e). Perawat gigi
- f). Sanitarian (SPPH)
- g). *Public Health Nurse*
- h). Laborat / PKF / Analis
- i). Pembantu Ahli Gizi (SPAG)
- j). Tenaga Akademis (APK, Gizi, Akper)
- k). Pekarya Kesehatan (SMA+)
- l). Pekarya Kesehatan (SMA+)

- m). Tenaga P3M
- n) Pengatur Obat /AA
 Tenaga Terlatih
- o) Petugas Imunisasi
- p) Pembantu Perawat
- q) Tata Usaha
- r) Pesuruh

2). Status Kepegawaian

Status pegawai negeri sipil pusat dipekerjakan (DPK) adalah bagi dokter dan dokter gigi, sedangkan tenaga para medis dan non medis statusnya Pegawai Negeri Sipil Pusat Diperbantukan (DPB).

Dalam rangka pembinaan pegawai melalui jabatan fungsional selain jabatan struktural, dilaksanakan dalam upaya peningkatan mutu dan ketrampilan serta memupuk kegairahan kerja. Departemen Kesehatan jabatan fungsional untuk dokter, dokter gigi dan tenaga keperawatan.

Jabatan fungsional adalah jabatan teknis (keahlian) yang tidak tercantum dalam struktur organisasi, namun dapat diperlukan dalam tugas-tugas pemerintahan dan pembangunan. Dengan harapan untuk menjamin pembinaan kepangkatan dan peningkatan profesi, sehingga tugas-tugas pemerintah dan pembangunan dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien.

3). Tata Cara Penjatuhan Hukuman Disiplin

a). Tegoran Lisan

- (1). Jenis hukuman disiplin yang berupa tegoran lisan, dinyatakan oleh pejabat yang berwenang menghukum kepada pegawai negeri sipil yang melakukan pelanggaran disiplin dalam suatu ruangan.
- (2). Dalam menyatakan jenis hukuman disiplin tegoran lisan, pejabat yang berwenang menghukum memberitahukan kepada pegawai negeri sipil yang dijatuhi hukuman disiplin.
- (3). Setiap jenis hukuman disiplin tegoran lisan yang dijatuhkan kepada seorang pegawai negeri sipil, wajib diberitahukan secara tertulis oleh pejabat yang berwenang menghukum kepada pejabat yang mengurus kepegawaian.

b). Tegoran Tertulis.

- (1). Jenis hukuman disiplin yang berupa tegoran tertulis ditetapkan dengan surat keputusan,
- (2). Dalam surat hukuman tegoran tertulis itu, harus disebutkan pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh Pegawai Negeri Sipil yang bersangkutan.

b. Peranan Kepala Puskesmas

1). Sebagai Manager

a). Organisasi dan tatalaksana.

Puskesmas mempunyai wilayah kerja satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan yang langsung bertanggung jawab dalam bidang teknis kesehatan maupun administratif kepada Kepala dinas kesehatan kabupaten.

Puskesmas Pembantu dan bidan di desa di dalam wilayah kerja Puskesmas merupakan bagian integral dari Puskesmas. Puskesmas pembantu melaksanakan sebagian tugas-tugas Puskesmas sesuai dengan kemampuan tenaga dan fasilitas yang ada dalam wilayah kerja tertentu yang merupakan sebagian dari wilayah kerja puskesmas.

Jenis dan jumlah tenaga puskesmas yang sebenarnya tidak perlu sama untuk setiap puskesmas, tetapi disesuaikan dengan jumlah penduduk dan luas daerah yang dicakup serta keadaan geografis dan berhubungan diwilayah kerjanya.

Namun demikian jumlah tenaga yang tersedia belum dapat memenuhi kebutuhan pada waktu sekarang, maka untuk sekarang diadakan pola tenaga yang seragam bagi setiap puskesmas. Yang penting tenaga tersebut bekerja dalam satu team, berarti pekerjaan tenaga yang satu mengisi kekurangan dari tenaga yang lain dan sebaliknya. Walaupun pekerjaan yang dilakukan berbeda-beda akan tetapi semuanya dengan satu tujuan, ialah meningkatkan kesehatan dari masyarakat diwilayah kerja Puskesmas dan dibawah satu pimpinan, ialah

Kepala Puskesmas. Tidak ada pengkotakan struktur dalam Puskesmas.

Kepala Puskesmas perlu melakukan pembagian tugas bersama-sama stafnya disesuaikan dengan jenis dan jumlah tenaga serta kegiatan yang perlu dilakukan. Dalam hal ini perlu dipertimbangkan pula lokasi pekerjaan dan waktu pekerjaan, sehingga bisa diadakan pembagian tugas dan giliran kerja yang merata diantara tenaga-tenaga Puskesmas yang ada dan pekerjaan dapat dilaksanakan dengan baik.

Pertemuan berkala antara Kepala Puskesmas dengan segenap stafnya (termasuk Puskesmas Pembantu dan Bidan di Desa) perlu dilakukan secara teratur paling sedikit sebulan sekali. Buku Pedoman Mini Lokakarya Puskesmas dengan lampirannya merupakan pedoman untuk penyelenggaraan pertemuan berkala tersebut.

Tujuan pertemuan berkala itu antara lain adalah :

- Menampung masalah / hambatan yang dihadapi dalam melaksanakan pekerjaan sehari-hari untuk dipecahkan bersama.
- Merencanakan bersama kegiatan yang perlu dilakukan dalam bulan berikutnya atau minggu yang akan datang.
- Menilai hasil-hasil pekerjaan yang telah dilakukan dalam bulan yang lalu.

- Meneruskan informasi/instruksi/petunjuk dari atasan untuk diketahui dan dilaksanakan bersama.

b). Bimbingan teknis dan supervisi

Selain pertemuan berkala dengan segenaf staf Puskesmas yang dilakukan di Puskesmas, Kepala Puskesmas perlu juga datang untuk melihat dan memberi bimbingan kepada staf Puskesmas secara berkala ditempat mereka bekerja, di Puskesmas, di Puskesmas pembantu, dilapangan maupun dirumah penduduk dalam rangka kunjungan rumah. Hal ini penting sekali dilakukan secara teratur untuk memelihara disiplin kerja staf Puskesmas.

Dalam kunjungan ini dimanfaatkan pula untuk meningkatkan sistem rujukan (*referral system*) dimana konsultasi dari staf Puskesmas dapat dilakukan ditempat mereka bekerja, disamping melimpahkan pengetahuan dan keterampilan kepada staf Puskesmas yang bersangkutan.

c). Hubungan kerja antara instansi Kecamatan

Camat merupakan koordinator dari semua instansi/dinas tingkat Kecamatan. Kepala Puskesmas bertanggung jawab secara teknis kesehatan dan administratif kepada Dokabu. Hubungan dengan Camat merupakan hubungan koordinasi, namun demikian tanggung jawab secara moril dari Kepala Puskesmas terhadap Camat tetap ada.

Hubungan kerjasama yang baik perlu dipupuk antara Puskesmas dengan semua instansi di tingkat Kecamatan. Kepala Puskesmas harus secara aktif mencari hubungan kerjasama dengan instansi-instansi ditingkat Kecamatan. Usaha kesehatan tidak dapat berjalan sendiri dan perlu kerjasama dengan instansi-instansi lain. Pertemuan berkala antara instansi tingkat Kecamatan perlu diadakan dibawah koordinasi pak Camat.

- c). Kepala Puskesmas sebagai penggerak pembangunan diwilayah kerjanya

Disamping hubungan langsung antara Kepala Puskesmas dan staf dengan anggota masyarakat sebagai pengunjung Puskesmas dalam rangka pemeriksaan, pengobatan dan penyuluhan kesehatan, perlu pula dilakukan hubungan kerjasama dengan masyarakat dalam rangka membantu masyarakat menolong mereka sendiri dalam bidang kesehatan. Khususnya dengan para pemuka masyarakat dalam rangka memperbaiki nasib mereka baik dalam ruang lingkup kesehatan maupun dalam hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Sering kali masyarakat belum dapat mengenal masalah yang mereka hadapi, dan belum bisa menentukan prioritas masalah yang perlu ditanggulangi. Kepala Puskesmas beserta

segenap stafnya bekerjasama dengan instansi-instansi lain ditingkat Kecamatan. Perlu memberi bimbingan kepada masyarakat untuk mengenal masalahnya dan menentukan prioritas masalah yang perlu ditanggulangi sesuai kemampuan swadaya mereka sendiri.

Untuk itu perlu dilakukan pertemuan-pertemuan baik secara individu dengan pemuka masyarakat maupun secara kelompok. Pertemuan ini biasanya dilakukan diluar jam kerja, sore atau malam. Bilamana diperlukan latihan, maka Kepala Puskesmas dan segenap stafnya harus dapat melayaninya.

2). Sebagai Pendamping Camat

Program pemerintah pada saat ini baru bisa menempatkan Kepala Puskesmas sebagai seorang sarjana secara merata di Kecamatan-kecamatan. Dengan sendirinya harapan dari seluruh masyarakat Kecamatan adalah untuk mendapatkan manfaat dari keahliannya dalam bidang kesehatan masyarakat maupun pandangan dan cara berfikir yang luas dan kreatif dari seseorang sarjana. Maka peranan Puskesmas di Kecamatan disamping sebagai pimpinan Puskesmas, juga merupakan tenaga ahli dan pendamping camat.

c. Perencanaan Di Tingkat Puskesmas (*Microplanning*)

1). Pengertian, Tujuan dan Ruang Lingkup

a). Pengertian :

Perencanaan mikro tingkat Puskesmas atau *microplanning* adalah penyusunan rencana ditingkat Puskesmas untuk 5 (lima) tahun, termasuk rincian tahapan tiap tahunnya.

b). Tujuan :

(1) Umum

Meningkatkan cakupan pelayanan program prioritas sesuai dengan masalah yang dihadapi Puskesmas, sehingga dapat meningkatkan fungsi Puskesmas.:

(2) Khusus

- Tersusunnya rencana kerja Puskesmas untuk jangka waktu 5 tahun secara tertulis.
- Tersusunnya rencana kerja tahunan Puskesmas, sebagai jabaran rencana kerja 5 tahunan tersebut secara tertulis.

c). Ruang Lingkup

Rencana yang disusun seyogyanya meliputi seluruh kegiatan pokok Puskesmas, akan tetapi dapat dibatasi sesuai dengan masalah yang dihadapi, dengan memperhatikan prioritas, kebijaksanaan dan strategi yang telah ditetapkan oleh Pusat, Dati I dan Dati II-nya.

2).Langkah-langkah Penyusunan Rencana

Dalam melaksanakan kegiatan penyusunan rencana tingkat Puskesmas, ada 4 (empat) langkah pokok yang perlu dilaksanakan yaitu :

- a) Identifikasi keadaan dan masalah.
- b) Penyusunan rencana
- c) Penyusunan POA tahun pertama.
- d) Penulisan naskah rencana.

a) Identifikasi keadaan dan masalah

Langkah ini akan menghasilkan satu rumusan tentang keadaan dan prioritas masalah yang dihadapi Puskesmas serta alternatif pemecahannya.

Kegiatan-kegiatan ini mencakup :

- (1) Mengetahui kebijaksanaan yang telah ditetapkan
- (2) Pengumpulan data
- (3) Analisa data
- (4) Perumusan masalah
- (5) Penentuan peringkat masalah

Penjelasannya adalah:

- (1) Mengetahui kebijaksanaan yang telah ditetapkan oleh :

DATI-II, misalnya target, strategi pelaksanaan program dan kebijaksanaan sektor lain terkait yang dikeluarkan Dati-I.

(2) Pengumpulan Data

(a) Data Umum

Data yang dihimpun meliputi keadaan umum wilayah kerja Puskesmas, misalnya pembagian administratif, sosial, ekonomi, budaya dan lain sebagainya.

(b) Data wilayah

Data yang dihimpun meliputi peta, luas wilayah, jumlah desa, jumlah RT/RW, jarak desa ke Puskesmas, sarana komunikasi, dan lain sebagainya.

(c) Data Penduduk

Data yang dihimpun meliputi jumlah seluruh penduduk, distribusi per desa dan per RK/RW; menurut jenis kelamin dan golongan umur dengan penekanan pada distribusi yang disesuaikan dengan sasaran program.

(d) Data Sumber Daya

Puskesmas :

- Sasaran Fisik

Meliputi seluruh bangunan fasilitas kesehatan (Puskesmas, Puskesmas Pembantu), Puskesmas keliling, kendaraan, peralatan medis dan nonmedis.

- Tenaga

Meliputi seluruh macam tenaga, status kepegawaiannya, jumlah dan latar belakang pendidikannya.

- Dana

Meliputi semua dana yang diterima Puskesmas yaitu yang berasal dari APBN, APBD I dan II termasuk dari BKKBN, PHB dan sektor lain yang terkait, serta kemungkinan sumbangan-sumbangan yang bisa didapatkan.

Masyarakat :

- Sarana Fisik

Meliputi posyandu, pos KB, dan pos lainnya serta peralatan yang dimiliki seperti dacin, set alat masak, dukun kit dan lain sebagainya.

- Tenaga

Meliputi kader PKK, kader Dasawisma, kader posyandu dan kader lainnya, serta dukun bersalin atau tenaga kesehatan tradisional lainnya.

- Dana

Meliputi Dana Sehat, Dana Koperasi Simpan Pinjam dan dana lainnya yang dapat dipergunakan untuk kegiatan kesehatan.

(e) Data Status Kesehatan

Data yang dihimpun meliputi data indikator derajat kesehatan yaitu IMR (*infant Mortality Rate*), CMR (*Children Mortality Rate*) MMR (*Maternal Morality Rate*) CDR (*Crude Death Rate*), *Incidence/Prevalence Rate* dan CFR (*Case Fatality Rate*) penyakit tertentu, CBR *Crude Brith Rate*), FR (*Fertility Rate*), LE (*Level of Educatioan*) dan lain sebagainya.

(f) Data Cakupan Program

Data yang dihimpun meliputi data cakupan untuk masing-masing program sesuai dengan indikator dan variabelnya. Sebagai pegangan dapat dipakai indikator/variabel yang digunakan dalam perhitungan stratifikasi Puskesmas.

(3) Analisa Data

Analisa keadaan dan masalah dalam perencanaan meliputi :

(a) Analisa Derajat Kesehatan

Analisa ini akan menjelaskan masalah kesehatan yang dihadapi, di mana akan tergambarakan ukuran-ukuran

derajat kesehatan secara kuantitatif, penyebaran masalah tersebut menurut umur, tempat dan waktu.

Dengan perkataan lain, pendekatan analisa derajat kesehatan mempergunakan pendekatan epidemiologis.

(b). Analisa Aspek Kependudukan

Analisa ini akan menghasilkan ukuran-ukuran demografis dalam wilayah tertentu misalnya kecamatan.

Beberapa ukuran yang penting adalah : jumlah penduduk, penyebarannya, berdasarkan kelompok umur dan wilayah serta waktu, pertumbuhan penduduk, kelahiran, kematian, morbiditas penduduk dan lain sebagainya.

Angka-angka ini sangat berguna untuk dipergunakan sebagai “denominator” dari angka derajat kesehatan dan luaran program, sebagai dasar perhitungan target pelayanan serta dasar perhitungan target pelayanan serta dasar perhitungan intensitas atau jumlah pelayanan yang diperlukan.

(c). Analisa Upaya Pelayanan Kesehatan

Analisa ini akan menghasilkan data atau informasi mengenai masukan, proses, luaran atau kalau mungkin dampak pelayanan/upaya kesehatan yang dapat berbentuk upaya promotif, preventif, kuratif atau rehabilitatif.

Aspek masukan meliputi sarana, tenaga dan dana; aspek proses meliputi mekanisme pelaksanaan upaya kesehatan termasuk koordinasi, supervisi dan lain sebagainya; aspek luaran meliputi hasil upaya kesehatan berupa cakupan dan lain sebagainya.

(d). Analisa perilaku

Analisa ini akan memberikan gambaran tentang sikap dan perilaku masyarakat terhadap kesehatan dan upaya kesehatan.

Sebagai contoh analisa ini memberi keterangan tentang sikap masyarakat terhadap Puskesmas, pola masyarakat dalam mencari pengobatan, sikap masyarakat terhadap imunisasi, penggunaan oralit dan juga memberikan keterangan tentang derajat peran serta masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan.

(e). Analisa Lingkungan

Analisa lingkungan meliputi lingkungan fisik dan biologis, sosial budaya serta ekonomi.

Lingkungan fisik misalnya sumber/sarana air bersih, perumahan, limbah rumah tangga atau industri, sarana komunikasi, transportasi dan lain sebagainya.

Lingkungan biologis misalnya gambarkan vektor penyakit yang ada di wilayah tersebut.

Lingkungan sosial budaya menggambarkan derajat interaksi sosial dalam masyarakat, misalnya pendidikan, sistem sosial yang ada (gotong-royong) dan lain sebagainya.

Lingkungan ekonomi misalnya mata pencaharian, pendapatan, pengangguran dan lain sebagainya.

(4). Perumusan Masalah

Dari data yang sudah ditabulasikan, kemudian dianalisa berdasarkan ke-5 aspek tersebut diatas, sehingga dapat diidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh Puskesmas.

Permasalahan tersebut harus dirumuskan dengan baik secara epidemiologis, sehingga tergambar masalahnya, dimana, kapan dan seberapa besar.

Dengan perkataan lain, besarnya masalah diusahakan dapat tergambar secara kuantitatif.

(5). Penentuan Peringkat Masalah

Dari beberapa masalah yang telah dirumuskan tersebut, lalu dilakukan penentuan peringkat masalah yang perlu diutamakan penanggulangannya.

Untuk menentukan peringkat masalah, dapat dipergunakan cara *Delbecq* atau cara *Hanlon*.

Dengan cara *Delbecq* masalah tersebut didiskusikan oleh anggota kelompok dengan saran dari nara sumber. Cara

Hanlon lebih sering digunakan, karena lebih sederhana dan setiap anggota rapat Puskesmas dapat ikut berperan. Semua anggota rapat diminta memberikan nilai terhadap masalah tersebut, melalui sistem *scoring* untuk masing-masing kriterianya.

b) Penyusunan rencana

Setelah Puskesmas menentukan peringkat masalah di wilayah kerjanya, kemudian disusun rencana dengan sistematika (urutan) sebagai berikut :

1. Perumusan tujuan dan sasaran
2. Perumusan kebijaksanaan dan langkah-langkah
3. Perumusan kegiatan
4. Perumusan sumber daya

(1) Perumusan tujuan dan sasaran

Perumusan tujuan dan sasaran dilakukan setelah peringkat masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas ditentukan. Perencanaan pada dasarnya merupakan bagian dari proses pemecahan masalah. Oleh sebab itu perumusan masalah secara tepat merupakan langkah awal yang sangat menentukan, terutama untuk menentukan tujuan dan sasaran. Tujuan pada dasarnya merupakan gambaran suatu keadaan dimasa yang akan datang, yang diwujudkan melalui berbagai kegiatan yang

akan dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan masalah yang dihadapi.

(2) Perumusan kebijaksanaan dan langkah-langkah

Setelah tujuan dan sasaran ditentukan, baik untuk jangka menengah maupun jangka pendek, kemudian ditetapkan kebijaksanaan dan langkah-langkah, untuk tercapainya tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

(3) Perumusan kegiatan

Setelah ditetapkan kebijaksanaan & langkah-langkah, kemudian disusun kegiatan-kegiatannya.

(4) Perumusan Sumber daya

Setelah seluruh kegiatan beserta targetnya ditentukan, kemudian diperkirakan sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan setiap kegiatan. Sumber daya tersebut mencakup tenaga, sarana dan biaya.

(c). Penyusunan Rencana Pelaksanaan (*Plan of Action* = POA)

Setelah rencana tersusun, kemudian perlu disusun rencana pelaksanaannya atau lebih dikenal dengan *Plan of Action* (POA).

Dalam penyusunan POA yang penting untuk diperhatikan oleh Puskesmas adalah :

(1) Penjadwalan

(2) Pengalokasian sumber daya

(3) Pelaksanaan kegiatan

(1) Penjadwalan

(a) Penentuan Waktu.

Setiap kegiatan yang telah direncanakan untuk jangka menengah maupun jangka pendek, digambarkan jadwal waktu pelaksanaannya. Penggambarannya biasanya digunakan grafik balok tidur dalam suatu format tertentu (*Gant Chart*).

Pembagian waktu di dalam format, tergantung kebutuhan.

Namun demikian biasanya untuk jangka menengah, pembagian waktunya adalah per tahun, sedangkan untuk jangka waktu pendek biasanya per bulan.

(b) Penentuan lokasi dan sarannya.

Penentuan lokasi dan sarannya merupakan penjabaran lebih lanjut dari kegiatan yang telah ditentukan diatas. Disini lebih berorientasi pada keperluan untuk operasional atau untuk kebutuhan jangka pendek.

(c) Pengorganisasian

Pengorganisasian untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan pada dasarnya mencakup pembagian kerja, serta penanggung jawab pelaksanaan kegiatan dilapangan. Hal ini dapat digunakan cara-cara yang telah ditetapkan oleh Puskesmas melalui lokakarya mini.

Pengorganisasian ini pada dasarnya hanya digunakan untuk melaksanakan rencana jangka pendek (tahunan).

(2) Pengalokasian sumber daya

- (a) Harus ditentukan besarnya dana yang diperlukan, sumbernya dari mana dan bagaimana pemanfaatannya.
- (b) Harus diperinci jenis dan jumlah sarana yang diperlukan.
- (c) Harus diperinci jenis dan jumlah tenaga yang diperlukan.

(3) Pelaksanaan kegiatan

- (a) Persiapan
- (b) Penggerakan Pelaksanaan
- (c) Pengawasan Pengendalian dan Penilaian

3). Penulisan Dokumen Perencanaan

Seluruh rangkaian kegiatan perencanaan tersebut diatas beserta semua kelengkapan form-form bantunya harus dikumpulkan dan disusun, sehingga menjadi suatu dokumen resmi.

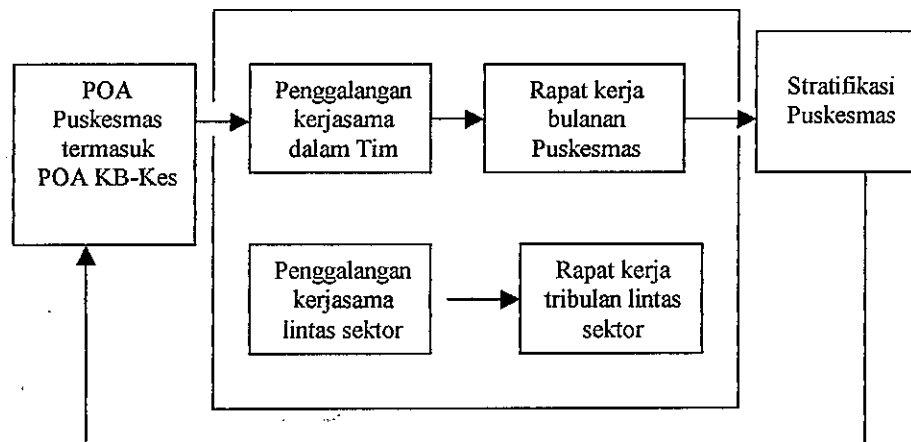
d. Penggerakan Pelaksanaan (Lokakarya Mini Puskesmas)

1). Pengertian, Tujuan dan Ruang Lingkup

a) Pengertian :

Dalam rangka manajemen Puskesmas yang terdiri dari P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakan-Pelaksanaan), P3 (Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian), Lokakarya Mini Puskesmas merupakan pedoman untuk P2, yang untuk lebih jelasnya adalah seperti pada skema di bawah ini :

Gambar. 2.3.



b) Tujuan :

(1) Umum

Meningkatkan fungsi Puskesmas melalui peningkatan kemampuan tenaga Puskesmas untuk bekerjasama dalam Tim dan membina lintas program dan lintas sektoral.

(2) Khusus

- (a) Terlaksananya penggalangan kerjasama Tim (*teamwork*) lintas program dalam rangka pengembangan manajemen sederhana, terutama dalam pembagian tugas dan pembuatan rencana kerja harian.
- (b) Terlaksananya penggalangan kerjasama lintas sektoral dalam rangka pembinaan peran serta masyarakat.
- (c) Terlaksananya rapat kerja bulanan Puskesmas sebagai tindak lanjut penggalangan kerjasama Tim Puskesmas.

(d) Terlaksananya rapat kerja tribulanan lintas sektoral sebagai tindak lanjut penggalangan kerjasama lintas sektoral.

c) Ruang Lingkup :

Untuk meningkatkan fungsi Puskesmas, maka petugas Puskesmas perlu bekerja secara Tim dan masing-masing anggota Tim harus mempunyai rasa kebanggaan, sehingga masing-masing anggota mempunyai semangat untuk membela keberhasilan Tim-nya.

Dalam rangka membina petugas Puskesmas untuk bekerja sama dalam Tim sehingga dapat melaksanakan fungsi Puskesmas dengan baik.

2). Lokakarya Mini Puskesmas terdiri dari 4 komponen :

a). Penggalangan Kerja sama Tim Puskesmas

(1) Pengertian :

Dalam rangka meningkatkan fungsi Puskesmas yang terdiri dari pengembangan upaya kesehatan, pembinaan peran serta masyarakat dan pelayanan upaya kesehatan pokok, tenaga Puskesmas yang terdiri dari berbagai kategori, diharapkan dapat bekerjasama secara terpadu dibawah satu pimpinan dan satu administrasi.

Untuk meningkatkan keterpaduan kerja antar anggota Puskesmas dan meningkatkan produktivitas kerjanya,

diperlukan pembinaan kerjasama dalam Tim, sehingga ada keterbukaan dan tanggung jawab, disamping masing-masing mempunyai rasa kebanggaan sebagai anggota Tim.

Diperlukan suatu proses dinamika kelompok dalam suatu pertemuan Penggalangan Kerjasama Tim, yang diikuti dengan analisa beban kerja, yang dikaitkan dengan berbagai kelemahan penampilan kerja Puskesmas menurut hasil Stratifikasi dan menyusun POA untuk memperbaiki penampilan kerja Puskesmas.

(2) Tujuan :

(a) Umum :

Adanya pengembangan sistem manajemen sederhana dengan cara penggalangan kerjasama antar staf Puskesmas untuk meningkatkan fungsi Puskesmas.

(b) Khusus :

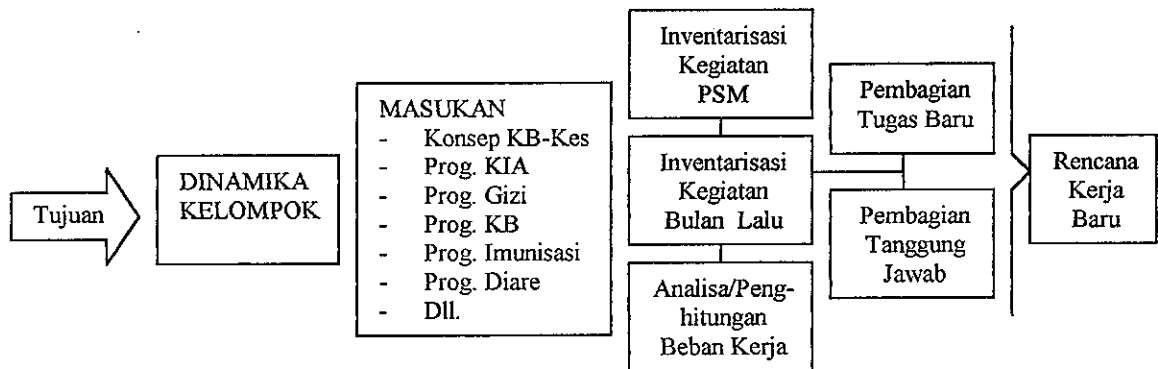
- Tercapainya semangat kerjasama dalam suatu Tim atas dasar kemauan, kemampuan dan kesempatan yang dimiliki.
- Adanya inventarisasi hasil kegiatan setiap tenaga Puskesmas bulan lalu dan menghitung beban kerjanya.
- Adanya pembagian tugas yang baru bagi setiap petugas Puskesmas berdasarkan POA.

- Adanya Tim Pelayanan Terpadu dan menentukan daerah binaan/pelayanan masing-masing Tim.
- Tersusunnya rencana kerja harian untuk bulan yang akan datang.

(3) Pentahapan Pelaksanaan :

- Tahapan pelaksanaan penggalangan kerjasama Tim dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar. 2.4.



(4) Pelaksanaan :

- Pembimbing dan pelatih/pengarah
= pembimbing: Ka. Dinkes Kabupaten dan Staf.
= pelatih/pengarah: Ka. Puskesmas dan Staf.

- Peserta

Peserta Lokakarya Mini ialah semua petugas ini: dokter gigi/perawat gigi, perawat/perawat kesehatan/PK.C, bidan/PK.E, sanitarian/PK.A.B, petugas gizi, petugas SPT2TP dan petugas lain yang dianggap penting.

- Waktu:

Waktu yang diperlukan selama 14 jam, yang dapat dilaksanakan selama dua hari dari jam 10.00 atau empat hari.

- Tempat:

Tempat Lokakarya Mini sedapat mungkin di Puskesmas atau tempat lain yang berdekatan.

- Persiapan:

= Pertemuan Kadinkes dan staf dengan Kepala Puskesmas dalam rangka rencana penyelenggaraan Lokakarya Mini Puskesmas.

= Kepala Puskesmas menentukan, menunjuk dan memberitahu calon peserta.

= Kepala Puskesmas membentuk panitia kecil (3 orang) untuk mempersiapkan:

- alat-alat perlengkapan Lokakarya mini
- tempat/ruangan
- kertas lembar balik dengan materi untuk masukan
- daftar inventaris upaya PSM
- rencana kerja bulan lalu.

b). Penggalangan Kerja sama Lintas Sektor.

(1) Pengertian:

Kerjasama lintas sektoral sering sukar diwujudkan, jika tidak dilandasi oleh saling pengertian dan keterbukaan mendalam antara komponen yang terlibat, serta tidak ada kejelasan tentang tujuan bersama.

Untuk menggalang kerjasama lintas sektoral terutama dalam membina peran serta masyarakat ditingkat Kecamatan, perlu dirumuskan bersama secara jelas tentang peran yang harus dilakukan masing-masing sektor dan mekanisme kerjanya.

Dengan perkembangan kebijaksanaan pembangunan kesehatan, dalam rangka meningkatkan kesejahteraan dan mutu hidup keluarga, sasaran utamanya adalah penurunan angka kematian bayi dan anak balita, angka kematian ibu melahirkan serta angka kelahiran, dengan pendekatan keterpaduan Kesehatan, kerjasama dengan sektor lain, alih teknologi serta alih kelola kepada masyarakat, dengan mengembangkan peran serta masyarakat, dengan mengembangkan peran serta masyarakat dalam bentuk penyelenggaraan Posyandu. Oleh karena itu, penggalangan kerjasama lintas sektoral pada saat ini diarahkan untuk

merumuskan kerjasama dalam membina upaya peran serta masyarakat bidang kesehatan.

(2) Tujuan:

- Umum:

Terjalannya kerjasama lintas sektoral dalam rangka pembinaan peran serta masyarakat secara baik.

- Khusus:

= Adanya saling mengetahui dan saling mengenal program pembinaan peran serta masyarakat masing-masing sektor terkait di tingkat Kecamatan.

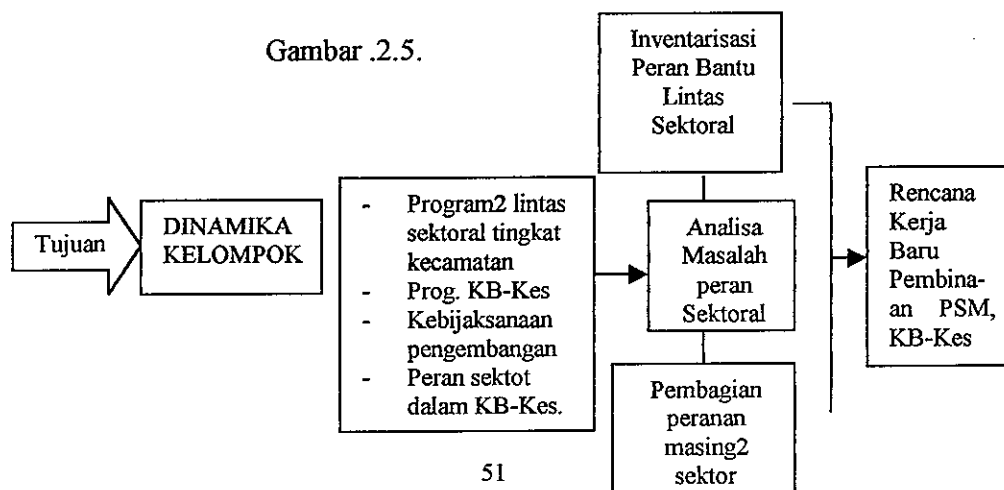
= Adanya saling mengetahui peran masing-masing sektor yang saling mendukung, untuk membina peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan.

= Terumuskannya rencana kerja tribulanan masing-masing sektor pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan secara terpadu.

(3) Pentahapan Pelaksanaan

- Tahapan Penggalangan Kerjasama Lintas Sektoral.

Gambar .2.5.



Pertemuan dalam rangka penggalangan kerjasama lintas sektoral diselenggarakan oleh Camat dengan Tim Pembina PKK kecamatan dan dibantu sepenuhnya oleh Puskesmas.

Secara garis besar, acara penggalangan kerjasama lintas sektoral adalah sebagai berikut :

(a). Dinamika kelompok

Untuk menanamkan motivasi kerjasama dalam Tim dilakukan proses dinamika kelompok, yang dapat mengungkapkan pada peserta tentang pentingnya kerjasama secara Tim dalam melaksanakan suatu program.

(b). Penjelasan dari sektor-sektor

Masing-masing sektor menjelaskan kegiatannya dalam pembinaan peran serta masyarakat.

(c). Penjelasan tentang Keterpaduan Kesehatan dalam rangka meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan keluarga dengan upaya penurunan angka kematian bayi, anak balita dan angka kematian ibu bersalin serta angka kelahiran dengan alih teknologi dan alih kelola melalui pengembangan dan pembinaan posyandu. (Topik pembahasan tidak selalu KB- Kes tapi disesuaikan dengan kebutuhan).

- (d). Penjelasan POA Kesehatan, agar sektor yang bersangkutan mengetahui rencana kegiatan yang akan dilaksanakan dan cakupan serta pengembangan dan pembinaan program.
- (e). Penyajian hasil-hasil kesepakatan kerjasama lintas sektoral dalam membina keterpaduan KB-Kesehatan, baik ditingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/ Kodya, agar peserta mengetahui peranan masing-masing sektor dalam rangka kerjasama lintas sektoral.
- (f). Inventarisasi peranan saling mendukung dari masing-masing sektor dalam membina Keterpaduan KB-Kesehatan. Tujuan dari acara ini adalah mengetahui seberapa jauh masing-masing sektor sudah berperan dalam kerjasama dan hambatan-hambatan serta masalah yang dihadapi dalam kerjasama.
- (g). Analisa masing-masing sektor, dilakukan dengan cara membandingkan antara peranan masing-masing sektor yang sudah dilaksanakan dengan hasil kesepakatan (butir E) dan mengelompokkan masalah dan hambatan yang dihadapi untuk dipecahkan bersama.
- (h). Merumuskan masing-masing dalam pembinaan peran serta masyarakat di bidang KB-Kesehatan secara musyawarah untuk mufakat.

- (i). Membuat rencana kerja tribulanan masing-masing sektor dalam membina peran serta masyarakat di bidang keterpaduan KB-Kesehatan.

c) Rapat Kerja Bulanan Puskesmas

(1) Pengertian :

Setelah Puskesmas menyelesaikan lokakarya penggalangan Puskesmas, maka segala keputusan yang sudah diambil secara bersama harus dilaksanakan sebaik-baiknya. Walaupun lokakarya sudah diselenggarakan dan segala hasilnya sudah dilaksanakna sebaik-baiknya, masih perlu adanya tingkat lanjut yang bertujuan untuk menilai pencapaian dan hambatan-hambatan yang dijumpai oleh para pelaksananya, sehingga dapat dibuat perencanaan ulang yang lebih baik.

Salah satu usaha untuk melaksanakan tindak lanjut dari lokakarya penggalangan Tim adalah mengadakan Rapat Kerja Rutin setiap bulan, yang penyelenggaraannya serta materinya diuraikan berikut ini.

(2) Tujuan :

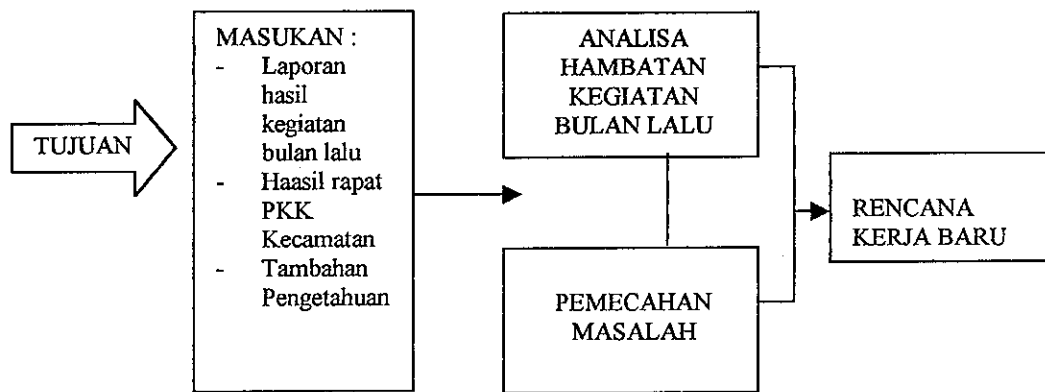
- (a) Timbulnya kebiasaan pada seluruh petugas Puskesmas untuk selalu mengadakan tindak lanjut dari setiap kegiatan dalam melaksanakan program kesehatan.
- (b) Adanya suatu sistem managemen sederhana dan keterselenggarakannya rapat kerja rutin bulanan

Puskesmas, untuk melakukan program yang sedang berjalan secara teratur, dan hambatan-hambatan yang dijumpai selama satu bulan yang lalu dapat dipecahkan bersama.

(3) Pentahapan Pelaksanaan

(a) Tahapan pelaksanaan rapat kerja bulanan Puskesmas

Gambar 2.6.



Materi yang akan dibahas dalam Rapat Kerja Bulanan Puskesmas adalah sebagai berikut :

- Laporan pelaksanaan Rencana Kerja Harian dari tiap petugas dan hasil cakupan pelayanan Posyandu tiap desa pada bulan lalu dari Tim pembina dari daerah binaan Posyandu.
- Kebijakan dari atasan langsung yang didapat dari hasil Rapat Dinas Kesehatan dan kebijakan Pemerintah Daerah yang didapat dari rapat Kecamatan

- Tambahan pengetahuan dan ketrampilan kepada petugas Puskesmas dalam rangka peningkatan pelayanan kepada masyarakat atau dalam rangka mengatasi kejadian luar biasa.
- Analisa dari masalah/hambatan yang terjadi dan pemecahan masalah.
- Rapat Kerja ditutup dengan acara pembuatan rencana kerja harian, dari semua petugas Puskesmas untuk bulan depan.

(b) Pelaksanaan :

Rapat Kerja Bulanan Puskesmas penyelenggaraannya diadakan oleh kepala Puskesmas dibantu oleh staf.

- Pengarah : Kepala Puskesmas
- Peserta : Dokter gigi/perawat gigi, perawat/perawat kesehatan/PK.C, bidan/PK.E, sanitarian/PK.AB, pekerja kesehatan, petugas P3m, petugas SPT2TP, petugas gizi dan petugas lain, termasuk yang ada di Puskesmas Pembantu.
- Waktu : biasanya Rapat Kerja diadakan pada hari Sabtu atau Minggu pertama tiap-tiap bulan atau hari yang dianggap tepat, antara jam 09.00 – 14.00.
- Tempat : Puskesmas
- Persiapan :

- = pemberitahuan hari, tanggal dan jam
- = pengaturan tempat, sebaiknya susunan tempat duduk seperti huruf “U”
- = papan tulis, kapur tulis (atau white board dengan spidolnya, atau flip chart) dan kertas buram
- = rencana kerja bulan lalu
- = target bulanan dan rekapitulasi cakupan pelayanan Posyandu per desa
- = catatan/buku notulen rapat Dinas Kesehatan dan Kecamatan.

d). Rapat Kerja Tribulanan Lintas Sektor.

(1) Pengertian :

Semangat kerjasama dalam Tim telah ditimbulkan dalam lingkungan sektor-sektor, perlu dipelihara dengan baik agar kerjasama lintas sektoral yang telah dibina bisa berjalan mantap dan berkesinambungan. Salah satu cara untuk memelihara kerjasama ialah dengan mengadakan pertemuan berkala dan membahas pelaksanaan kerjasama maupun yang dihadapi dan sekaligus mencari pemecahannya bersama-sama.

(2) Tujuan :

(a). Umum :

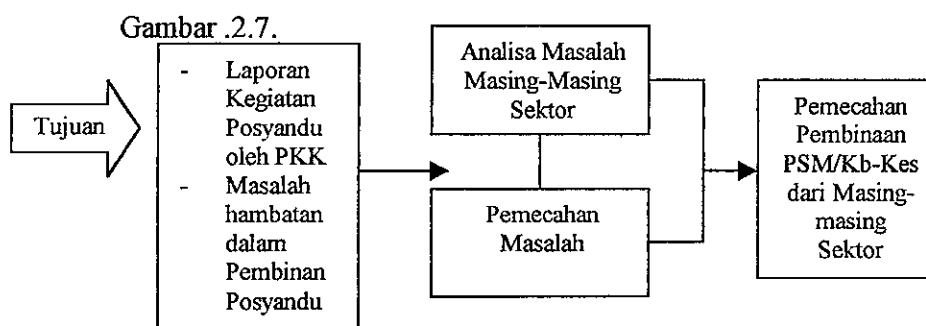
Meningkatnya dan terpeliharanya hubungan kerjasama lintas sektoral.

(b) Khusus :

- Terlaksananya pertemuan lintas sektoral berkala untuk mengkaji kegiatan kerjasama selama 3 bulan yang lalu dalam pembinaan PSM di bidang kesehatan.
- Terpecahkannya masalah dan hambatan yang dihadapi dalam rangka kerjasama lintas sektoral.
- Terumuskannya mekanisme dan rencana kerjasama lintas sektoral untuk tribulan berikutnya.

(3) Pentahapan Pelaksanaan :

(a) Tahapan pelaksanaan Rapat Kerja tribulan lintas sektoral.



Materi yang akan dibahas dalam rapat kerja tribulan lintas sektoral adalah sebagai berikut :

- Laporan kegiatan penyelenggaraan Posyandu oleh Ketua Tim Penggerak PKK Kecamatan, dan hambatan/masalah yang dijumpai serta usaha yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut.
- Laporan sektor-sektor dalam pembinaan PSM di bidang kesehatan, dan hambatan/masalah yang dijumpai serta

usaha yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut. Laporan dari Puskesmas disertai dengan gambaran cakupan pelayanan Posyandu secara akumulatif, agar desa yang cakupannya rendah diketahui sektor lain.

- Sambutan dari Tim Pembina Posyandu Dati II tentang usaha untuk mengatasi hambatan/masalah dan menyampaikan kebijaksanaan Pemda maupun Tim Pembina Posyandu Dati II.
- Susunan prioritas pembinaan ke desa-desa berdasarkan cakupan yang paling rendah.
- Analisa dan pemecahan masalah yang dilakukan bersama.
- Menyusun rencana pembinaan untuk tribulan yang akan datang, dan sebagai penutup rencana kerja dari semua sektor diserahkan oleh Camat kepada Ketua Tim Penggerak PKK Kecamatan.

(b) Pelaksanaan :

- Pengarah : Camat
- Peserta : Undangan rapat ditanda tangani oleh Camat dan disampaikan kepada :
 - = Tim Pembina Posyandu/KB-Kes Dati II
 - = Tim Penggerak PKK Kecamatan
 - = Puskesmas di wilayah Kecamatan
 - = BKKBN Kecamatan

- = Bangdes Kecamatan
- = Sektor lain yang dianggap perlu
- Waktu : Pertemuan sebaiknya diadakan pada hari sabtu akhir tribulan antara jam 09.00- 12.30.
- Tempat : Kecamatan atau tempat lain yang dianggap sesuai.
- Persiapan :
 - = Pendekatan kepada Tim Pembina Dati II sambil memberikan undangan.
 - = Pendekatan kepada sektor lain agar menyajikan laporan pembinaan, terutama kepada Ketua Tim Penggerak PKK Kecamatan.
 - = Persiapan tempat, alat tulis menulis dan formulir rencana kerja.
 - = Pendekatan kepada BKKBN untuk memperoleh dana Rakor KB sebagai bantuan pembiayaan.
 - = Puskesmas membuat/menghitung cakupan pelayanan posyandu secara akumulatif dari desa-desa.
 - = Catatan-catatan hasil kesepakatan yang lalu, arsip surat-surat instruksi yang berkaitan dengan peran serta masyarakat, posyandu dan lintas sektoral.
 - = Pendekatan kepada Camat agar mau memimpin rapat/pertemuan dengan menyerahkan bahan-bahannya.

= Menunjuk salah satu staf Puskesmas untuk membuat notulen rapat.

e. Pemantauan pelaksanaan (Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas SP2TP)

1) Pengertian, Tujuan dan Ruang Lingkup

a) Pengertian :

Dalam menegemen diperlukan adanya data yang akurat, tepat waktu dan kontinu dan mutakhir secara periodik. Berdasarkan S.K. Menteri Kesehatan nomor 63/Menkes/II/1981, berlaku sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP).

SP2TP adalah tata cara pencatatan dan pelaporan yang lengkap untuk pengelolaan Puskesmas, meliputi keadaan fisik, tenaga, sarana dan kegiatan pokok yang dilakukan serta yang dicapai oleh Puskesmas.

Dengan melakukan SP2TP sebaik-baiknya, akan didapat data dan informasi yang diperlukan untuk perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pemantauan, pengawasan, pengendalian dan penilaian penampilan Puskesmas serta situasi kesehatan masyarakat umumnya.

b) Tujuan :

(1) Umum :

Tersedianya data dan informasi yang akurat, tepat waktu dan mutakhir secara periodik/teratur untuk pengelolaan program kesehatan masyarakat melalui Puskesmas diberbagai tingkat administrasi.

(2) Khusus :

- (a) Tersedianya data yang meliputi keadaan fisik, tenaga, sarana dan kegiatan pokok Puskesmas yang akurat, tepat waktu dan secara teratur.
- (b) Terlaksananya pelaporan data tersebut secara teratur diberbagai jenjang administrasi, sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (c) Termanfaatkannya data tersebut untuk pengambilan keputusan dalam rangka pengelolaan program kesehatan masyarakat melalui Pusk diberbagai tingkat administrasi.

c) Ruang Lingkup :

(1) SP2TP dilakukan oleh semua Puskesmas (termasuk Puskesmas dengan Perawatan, Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling).

(2) Pencatatan dan Pelaporan mencakup :

- (a) data umum dan demografi wilayah kerja Puskesmas
- (b) data ketenagaan di Puskesmas

(c) data sarana yang dimiliki Puskesmas

(d) data kegiatan pokok Puskesmas yang dilakukan baik didalam maupun diluar gedung Puskesmas

(3) Pelaporan dilakukan secara periodik (bulanan,tribulan, semester dan tahunan), dengan menggunakan formulir yang baku. Seyogyanya berjenjang dari Puskesmas ke Dati II, dari Dati II ke Dati I, dan Dati I ke Pusat. Namun sementara ini dapat dilakukan dari Dati II langsung ke Pusat, dengan Tindakan ke Propinsi.

f. Pembimbingan dan Supervisi

1) Pengertian

Secara umum pembimbingan adalah suatu upaya pengarahan antara lain dengan mendengarkan alasan dan keluhan tentang masalah pelaksanaan dan pemberian petunjuk serta saran dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi pelaksana.

Pembimbingan merupakan upaya meningkatkan daya guna dan hasil guna serta kemandirian pelaksanaan upaya kesehatan puskesmas dan masyarakat.

2) Tujuan Pembimbingan

a) Tujuan Umum

Terselenggaranya upaya kesehatan yang berdaya guna dan berhasil guna.

b) Tujuan khusus

- (1) Terselenggaranya program upaya kesehatan sesuai dengan pedoman pelaksanaan.
- (2) Kekeliruan dan penyimpangan dalam pelaksanaan dapat diluruskan kembali.
- (3) Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan.
- (4) Meningkatnya hasil pencapaian pelayanan kesehatan.

3) Ruang Lingkup

Ruang lingkup pembimbingan Puskesmas :

a) Mencakup supervisi/pembimbingan ditingkat Puskesmas oleh Kepala Puskesmas kepada para pelaksana kegiatan di wilayah kerjanya.

b) Mencakup pembimbingan dalam bidang :

(1) Masukan :

- (a) Persediaan Obat
- (b) Peralatan
- (c) Perlengkapan Administrasi
- (d) Ketenagaan
- (e) Anggaran

(2) Proses:

Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan pedoman kerja.

(3) Luaran :

Hasil kegiatan berupa cakupan.

4) Pembimbingan Puskesmas dilaksanakan terhadap tenaga teknis maupun tenaga masyarakat dalam bentuk :

a) Pertemuan di dalam Puskesmas

Pembimbingan yang dilakukan menyangkut kegiatan teknis maupun administrasi serta penambahan pengetahuan.

b) Kunjungan lapangan.

Kunjungan dilakukan terhadap :

(1) Petugas kesehatan termasuk bidan di desa

(2) Kader Kesehatan

(3) Sarana Pelayanan (Puskesmas Pembantu, Posyandu)

c) Pelaksanaan Pembimbingan

(1) Dokter Kepala Puskesmas

(2) Staf Puskesmas

d) Sasaran pembimbingan

Staf Puskesmas maupun tenaga sukarela dari masyarakat, secara kelompok maupun perorangan.

g. Stratifikasi Puskesmas

1) Pengertian Stratifikasi Puskesmas

Stratifikasi Puskesmas adalah upaya untuk melakukan penilaian prestasi kerja Puskesmas dengan mengelompokkan Puskesmas dalam 3 strata yaitu :

a) Strata Puskesmas dengan prestasi kerja baik (Strata I),

b) Strata Puskesmas dengan prestasi kerja cukup (Strata II),

c) Strata Puskesmas dengan prestasi kerja kurang (Strata III).

Pengelompokkan ketiga strata tersebut digunakan dalam rangka penilaian terhadap tingkat perkembangan fungsi Puskesmas sehingga dengan demikian pembinaan dalam rangka peningkatan fungsi Puskesmas dapat dilaksanakan lebih terarah. Hal ini diharapkan agar dapat menimbulkan gairah kerja, rasa tanggung jawab dan kreatifitas kerja yang dinamis melalui pengembangan falsafah mawas diri.

Disamping itu karena pengaruh berbagai faktor maka dijumpai keanekaragaman tingkatan fungsi Puskesmas. Faktor sumber daya dan faktor lingkungan akan mempengaruhi kemampuan Puskesmas dalam pengelolaan dan pelaksanaan program-program kesehatan. Agar didapat pembinaan yang serasi antara kemampuan dalam pengelolaan dan beban yang dikelola, maka sudah selayaknya untuk mengelompokkan Puskesmas tersebut ke dalam beberapa strata sesuai dengan tingkat perkembangannya.

2) Tujuan Stratifikasi Puskesmas

Dari uraian Pengertian Stratifikasi Puskesmas di atas dapat disimpulkan tujuan Stratifikasi Puskesmas adalah sebagai berikut :

a) Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran tentang tingkat perkembangan fungsi Puskesmas secara berkala dalam rangka pembinaan dan pengembangannya.

b) Tujuan Khusus

- (1) Mendapatkan gambaran secara menyeluruh perkembangan Puskesmas dalam rangka mawas diri
- (2) Mendapatkan masukan untuk perencanaan Puskesmas di masa mendatang.
- (3) Mendapatkan informasi tentang masalah dan hambatan pelaksanaan Puskesmas sebagai masukan untuk pembinaannya.

3) Ruang lingkup Stratifikasi Puskesmas

Berdasarkan pada kebijaksanaan yang telah digariskan dalam Sistem Kesehatan Nasional upaya kesehatan dilaksanakan dan dikembangkan melalui Puskesmas, termasuk Pembantu, unit-unit kesehatan lainnya, sistem rujukan dan peran serta masyarakat.

Puskesmas termasuk Puskesmas Pembantu tersebut merupakan perangkat sarana pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat dan berperan penting dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat.

Sasaran dari stratifikasi adalah seluruh Puskesmas, termasuk Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling serta upaya Puskesmas dalam membimbing memberi bantuan teknis kepada upaya kesehatan swasta dan pembinaan peran serta masyarakat.

Sedangkan ruang lingkup stratifikasi Puskesmas dikelompokkan dalam 4 aspek atau kelompok variabel yang meliputi :

- a) Hasil kegiatan Puskesmas dalam bentuk cakupan dari masing-masing kegiatan.
- b) Hasil dan cara pelaksanaan Manajemen Puskesmas.
- c) Sumber daya yang tersedia di Puskesmas
- d) Keadaan lingkungan yang mempengaruhi pencapaian hasil kegiatan Puskesmas.

Dengan demikian dapat dikemukakan bahwa berdasarkan hasil pelaksanaan stratifikasi Puskesmas ada 3 area yang perlu dibina:

- a) Puskesmas sebagai wadah pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pembinaan ini diarahkan terhadap fasilitas fisik. Pelaksanaan manajemen dan kemampuan tenaga kerja.
- b) Pelaksanaan program-program sektor kesehatan maupun program lintas sektoral yang secara langsung maupun tidak langsung menjadi tanggung-jawab Puskesmas dalam pelaksanaannya maupun kesehatan perlu ditingkatkan.
- c) Peran serta masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat dan produktif. Pembinaan kemampuan Puskesmas dalam membina peran serta masyarakat di bidang kesehatan perlu ditingkatkan.

Melalui pembinaan komponen-komponen tersebut di atas, diharapkan Puskesmas dapat meningkatkan fungsinya yang pada waktunya nanti dapat menunjang turunnya angka

kematian bayi, angka kematian balita dan angka kelahiran sebagai indikator yang peka untuk status kesehatan.

Dalam jangka panjang pola pembinaan melalui stratifikasi Puskesmas akan terus ditingkatkan ruang lingkupnya sehingga meliputi seluruh kegiatan yang menjadi tanggung-jawab Puskesmas dalam wilayah kerjanya, termasuk kegiatan dalam rangka membina upaya kesehatan swasta.

4) Pelaksanaan Stratifikasi Puskesmas

a) Pelaksanaan stratifikasi Puskesmas mencakup seluruh aspek Puskesmas termasuk Puskesmas Pembantu. Puskesmas keliling dan hasil pembinaan peran serta masyarakat (Posyandu).

b) Kegiatan stratifikasi mencakup kegiatan :

(1) Pengumpulan Data

(2) Pengelolaan Data

(3) Analisa masalah dan penentuan langkah penanggulangannya.

Kegiatan tersebut dilakukan mulai dari tingkat Puskesmas, Kabupaten, Propinsi, sampai ke tingkat pusat.

c) Stratifikasi Puskesmas dilaksanakan setahun sekali secara menyeluruh dan serentak di semua Puskesmas dan bertahap sesuai dengan jenjang administrasi sampai ke Pusat.

d) Pelaksanaan Stratifikasi Puskesmas ditingkat Puskesmas :

(1) Tahap I :

Puskesmas mengumpulkan data sesuai dengan pedoman, kemudian dilakukan penghitungan scoring untuk menentukan strata Puskesmas. Dalam menentukan scoring manajemen, diminta pendapat Dokabu untuk ikut menilai. Setelah penghitungan scoring selesai dilakukan Strata Puskesmas telah dapat ditentukan.

(2) Tahap II :

Diadakan analisa dengan melihat nilai scoring yang rendah pada hasil kegiatan dan manajemen, dicari sebab-sebabnya mengapa hasil cakupan rendah, misal :

Tenaga : - kurang jumlahnya
- kurang terampil
- kurang bimbingan
- kurang produktif
: dan sebagainya

Sarana : - jarak jauh tidak ada sarana transport
- sarana teknis pelayanan kurang memadai

Dana : - kurang memadai

(3) Tahap III :

Upaya untuk mengatasi masalah-masalah tersebut diatas dan kiranya ada hal-hal yang memerlukan bantuan tingkat Kabupaten/Din. Kes. Dati II. Kemudian menyusun rencana

penanggulangan masalah-masalah tersebut. Hasil analisa dan rencana penanggulangan masalah dikirim ke Dati II untuk dipelajari oleh Dokabu/Kandep.

h. Administrasi Keuangan dan Barang

Pengertian, Tujuan dan Ruang Lingkup

1) Pengertian

Administrasi keuangan di Puskesmas adalah sistem pengelolaan keuangan, baik yang berasal dari APBN (Anggaran Pembangunan Sektoral, Inpres dan Bantuan Luar Negeri), APBD tk. I dan tk. II, PHB, dan redistribusi/penerimaan.

2) Tujuan

(a) Umum :

Terselenggaranya administrasi keuangan di Puskesmas dengan baik dan benar, sesuai dengan peraturan yang berlaku.

(b) Khusus :

- Adanya catatan secara tertib dan benar atas semua uang yang diterima oleh Puskesmas.
- Adanya catatan secara tertib dan benar atas semua pengeluaran/penggunaan uang untuk menunjang pelaksanaan kegiatan Puskesmas.
- Adanya file bukti-bukti penerimaan dan pengeluaran uang Puskesmas secara lengkap dan benar.

- Adanya pengawasan yang baik dari pimpinan Puskesmas terhadap staf pelaksana keuangan, untuk mencegah timbulnya penyalahgunaan.
- Adanya pelaporan secara tertib dan benar tentang pengelolaan keuangan Puskesmas secara periodik.

3) Ruang Lingkup

Administrasi keuangan di Puskesmas meliputi :

- (a) Sumber-sumber dana yang diperoleh Puskesmas
- (b) Tenaga/petugas dan penanggung-jawab pengelolaan keuangan
- (c) Tata-cara pengelolaan keuangan

Kepala Puskesmas selaku atasan langsung Bendaharawan/PUMK :

- Tugas dan tanggung jawab kepala Puskesmas.
 - = Menguji, membebaskan dan memerintahkan dan memerintahkan Bendaharawan/PUMK untuk membayar setiap tagihan yang diajukan kepadanya.
 - = Menyusun juklak setiap kegiatan sehingga tidak terjadi kegiatan yang tumpang tindih.
 - = Membuat laporan pertanggung jawaban keuangan kepada instansi yang berwenang.
 - = Mengadakan pemeriksaan kas Intern secara berkala terhadap Bendaharawan minimal tribulan 1 kali.
 - = Mengawasi pelaksanaan kegiatan baik terhadap segi administratif maupun segi teknis operasional.

- Uraian Tugas Kepala Puskesmas selaku atasan langsung Bendaharawan/PUMK

= Membuat langkah-langkah persiapan yang berkenaan dengan pelaksanaan kegiatan meliputi :

- Mempelajari Petunjuk Pelaksanaan.
- Menyusun rencana kerja yang meliputi jadwal per tri wulan sehingga pelaksanaannya terkoordinasi.
- Membuat kebijaksanaan yang akan dijalankan baik oleh pelaksana keuangan maupun oleh pelaksana operasional

= Membuat perkiraan kebutuhan akan uang tunai di kas dalam rangka menjamin kelancaran pembayaran sewaktu-waktu.

= Menguji, membebaskan dan memerintahkan kepada Bendaharawan untuk membayar tagihan setelah diadakan pengujian yang meliputi :

- benar tidaknya uraian kegiatan pada tagihan
- benar tidaknya jumlah biaya yang ditagih
- benar tidaknya pelaksana yang mengajukan tagihan
- benar tidaknya kegiatan tersebut sudah dilaksanakan.

- = Melakukan Pemeriksaan Kas Intern secara periodik terhadap Bendaharawan atau PUMK selambat-lambatnya sekali tiga bulan
- = Mencari kelemahan/hambatan serta pemecahan masalah untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan.
- = Membuat/menyusun laporan pertanggung jawaban keuangan serta menyampaikannya kepada instansi yang bersangkutan tentang penggunaan keuangan bulan lalu.
- = Membuat evaluasi atas keadaan pelaksanaan anggaran dan menyusun data-data yang diperlukan untuk penyusunan anggaran tahun yang akan datang.
- = Menyimpan secara rapi, teratur dan lengkap dokumen/arsip yang menyangkut keuangan terutama mengenai pemeriksaan.

1) Pembukuan

Yang dimaksud dengan pembukuan adalah pencatatan semua penerimaan serta pengeluaran yang dilakukan seseorang dalam rangka ketertiban administrasi keuangan. Adapun buku-buku yang digunakan dalam pengelolaan/pengurusan keuangan terdiri dari :

- (a) Buku Kas Umum
- (b) Buku Bank
- (c) Buku Kas Pembantu

(d) Buku Persekot Kerja

(e) Buku Surat Pertanggung jawaban Keuangan (SPJ)

2) Administrasi Barang di Puskesmas

(termasuk Puskesmas Perawatan dan Puskesmas Pembantu)

a) Dasar Hukum

Dasar hukum bagi pengelola barang di Puskesmas termasuk Puskesmas Perawatan dan Puskesmas Pembantu untuk melakukan penata-usahaan semua barang-barang Milik Negara/kekayaan Negara adalah :

- (1) Undang-undang Perbendaharaan Indonesia (Indiesche Comptabiliteit Wet) stbl. 1925 Nomor 448, terakhir diubah dengan Undang-undang Nomor 9 tahun 1986, tentang Cara Pengurusan dan Pertanggung jawaban Keuangan Negara Republik Indonesia dan
- (2) Instruksi Presiden Nomor 3 tahun 1971, tanggal 30 Maret 1971 tentang Inventaris Barang-barang Milik Negara/Kekayaan Negara.
- (3) Surat Keputusan Menteri Keuangan Nomor : KEP-225/MK/V/4/1971 tanggal 13 April

1971, tentang Pedoman Pelaksanaan Inventarisasi Barang-barang Milik Negara/Kekayaan Negara.

(4) Surat Keputusan menteri Kesehatan R.I Nomor 362/MEN-KES/SK/II/1981 tanggal 4 Juli 1981 tentang berlakunya Buku Cara Pelaksanaan Inventarisasi dan Registrasi Barang-barang Milik Negara/Kekayaan Negara Departemen Kesehatan R.I.

(5) Instruksi Menteri Kesehatan R.I. Nomor 408/MEN-KES/INST/VIII/81 tanggal 5 Agustus 1981 tentang Pelaksanaan Inventarisasi Barang-barang Perlengkapan Milik Negara Departemen Kesehatan.

(6) Surat Edaran Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan nomor : 0721/SJ/B.Perl/81 tanggal 5 Agustus 1981, tentang Pelaporan Inventarisasi Barang-barang Milik Negara/kekayaan Negara.

b) Dokumen yang harus ada dalam pengelolaan barang di Puskesmas

(1) Buku-buku, kartu, serta formulir yang perlu ada di Puskesmas antara lain :

(a) Buku Induk Barang Inventaris (BIBI)

Buku Induk Barang Inventaris merupakan buku inventaris, ke dalam buku ini dibukukan ke dalam BIBI, selanjutnya dibukukan buku pembantu.

(b) Kartu Inventaris Ruangan (KIR)

Kartu ini digunakan untuk mencatat barang-barang inventaris yang berada dalam setiap ruangan kerja Puskesmas.

(c) Kartu Penerimaan/Persediaan Barang (KPPB)

Kartu ini digunakan untuk mencatat barang-barang inventaris secara per jenis barang baik penerimaan maupun pengeluarannya.

(d) Surat Bukti Barang Masuk (SBBM)

Formulir Surat Bukti Masuk merupakan formulir yang digunakan untuk mencatat semua penerimaan barang-barang inventaris.

(e) Surat Bukti Barang Keluar (SBBK)

Formulir Surat Bukti Keluar merupakan formulir yang digunakan untuk mencatat semua barang yang keluar dari Gudang.

(f) Surat Permintaan Mengeluarkan Barang
(SPMB)

Formulir Surat Permintaan Barang merupakan formulir yang digunakan untuk Kepala Puskesmas dalam rangka mengeluarkan barang Puskesmas.

i. Surat Menyurat

Setiap unit organisasi selalu melakukan hubungan surat-menyurat, baik ke dalam antar sub-unitnya maupun ke luar dengan unit organisasi atau instansi lain. Surat-surat tersebut ada yang bersifat sekali pakai lalu tak berguna lagi, tapi ada yang perlu disimpan karena masih selalu diperlukan. Surat-surat yang demikian itu perlu ditata dengan baik, agar mudah dicari kembali saat dibutuhkan. Biasanya orang lebih mengenal sebagai arsip. Penata-laksanaan surat-menyurat pada dasarnya adalah pengurusan arsip.

1) Pengertian, Tujuan dan Ruang Lingkup

a) Pengertian

ARSIP adalah naskah-naskah/surat-surat yang dibuat dan diterima oleh Puskesmas dalam corak apapun, yang digunakan untuk kelancaran kegiatan Puskesmas dan harus ditata usahakan dengan baik, sehingga bila sewaktu-waktu diperlukan dapat ditemukan dengan cepat.

Arsip dapat digolong-golongkan sebagai berikut :

- (1) Arsip Dinamis : Arsip yang dipergunakan secara langsung dalam perencanaan, pelaksanaan kegiatan Puskesmas dan pengawasan dalam lingkungan Unit Kerja Puskesmas.
- (2) Arsip Aktif : Arsip dinamis yang secara langsung dan terus-menerus diperlukan dan dipergunakan dalam penyelenggaraan administrasi dan kegiatan Puskesmas
- (3) Arsip Inaktif : Arsip dinamis yang skala penggunaannya untuk penyelenggaraan administrasi dan kegiatan Puskesmas sudah menurun volumenya.
- (4) Arsip Statis : Arsip yang tidak dipergunakan secara langsung untuk perencanaan, pelaksanaan kegiatan Puskesmas sehari-hari.

b) Tujuan

(1) Umum

Terciptanya tata-kearsipan yang sinkron, terkoordinasi, berdaya guna dan berhasil guna dalam lingkungan unit kerja Puskesmas.

(2) Khusus

- a) Terselenggaranya surat-menyurat dengan baik dan tertib

b) Adanya sistem catatan dan kearsipan surat-menyurat dengan tertib dan lengkap serta mudah ditemukan kembali bila diperlukan.

c) Ruang Lingkup

Penatausahaan surat menyurat Puskesmas meliputi :

- (1) Pengurusan surat-surat yang masuk
- (2) Pengurusan surat-surat yang keluar
- (3) Penyusunan berkas-berkas arsip.

2) Pelaksanaan Penata-usahaan Surat-menyurat.

a) Azas Penata Usahaan Surat-Menyurat.

- (1) Pengurusan surat masuk dan surat keluar harus melalui Tata Usaha, sehingga dapat dicatat dalam Agenda secara tertib.
- (2) Tata Usaha meneruskan surat masuk dan keluar sesuai dengan maksud dan tujuan surat dengan mencatat pada agenda.
- (3) Tata Usaha memilih surat yang perlu mendapat tanggapan, dan memproses jawaban.

b) Tugas Tata Usaha :

- (1) Melaksanakan kegiatan pengurusan surat, baik yang masuk maupun yang keluar.
- (2) Melaksanakan kegiatan penataan berkas-berkas arsip-arsip surat yang telah in-aktif.

(3) Melaksanakan kegiatan penyusunan arsip menurut isi pokok surat, pemusnahan atau penyerahan berkas sesuai tata cara dan ketentuan yang berlaku.

(4) Mengusahakan peralatan yang dibutuhkan dalam rangka penata-usahaan surat menyurat seperti :

- filing cabinet/almari/trak file
- folder
- stopmap
- dan lain-lain sesuai kebutuhan

c) Pengurusan surat- menyurat

Dalam melaksanakan tugas, bagian Tata usaha harus memisahkan pengurusan surat masuk dan surat keluar, sehingga apabila sewaktu-waktu dibutuhkan dapat dengan segera ditemukan kembali.

1) Pengurusan Surat Masuk

Dalam unit kerja Puskesmas, tata pengurusan surat masuk perlu dilakukan dengan pembukuan di agenda surat masuk

2) Pengurusan Surat Keluar

Pada penataan/pengurusan surat keluar buku-buku yang diperlukan adalah sebagai berikut :

- (a) Buku Agenda Konsep Surat Keluar
- (b) Buku Agenda Surat Keluar
- (c) Buku Harian pengiriman surat/Ekspedisi

3) Penyimpanan Surat (pengarsipan surat)

Penyimpanan surat-surat (baik petinggal surat keluar atau surat masuk) sangat penting. Penyimpanan tersebut harus dilakukan dengan teliti, cermat, tidak rusak, sistematis dan efisien. Dengan melakukan pengarsipan yang baik, maka surat akan mudah dicari kembali, bila diperlukan selalu dapat ditelusuri perkembangan Puskesmas dengan baik.

j. Pengelolaan Obat

1). Pengertian

Pengelolaan obat merupakan suatu rangkaian kegiatan yang menyangkut empat fungsi pokok yaitu

- PERENCANAAN,
- PENGADAAN,
- PENDISTRIBUSIAN dan
- PENGGUNAAN OBAT

dengan memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia, mencakup pola/tata laksana dan perangkat lunak lainnya, tenaga, sarana dan dalam rangka pencapaian tujuan.

2). Tujuan

Memelihara dan meningkatkan penggunaan obat secara rasional dan ekonomis di unit-unit pelayanan kesehatan melalui penyediaan obat-obatan yang tepat jenis, jumlah dan tepat waktu dan tempat.

3). Kegiatan

Kegiatan utama pengelolaan obat meliputi :

Perencanaan, pengadaan, pendistribusian dan penggunaan obat.

Untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan tersebut antara lain diperlukan sumber-sumber tertentu yang meliputi sistem informasi dan pembiayaan.

Uraian diatas pengelolaan obat ini disusun dengan sistematika sebagai berikut :

- (1) Informasi
- (2) Pembiayaan
- (3) Perencanaan
- (4) Pengadaan
- (5) Pendistribusian
- (6) Penggunaan obat

k) Membangun Fisik Puskesmas

1) Fasilitas

Dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, perlu diupayakan Pembangunan Sarana Kesehatan sebagai berikut:

a) Puskesmas :

- (1) Luas lantai gedung Puskesmas : 135 M²
- (2) Daerah dengan penduduk padat dan kunjungan tinggi dapat dibangun dengan luas lantai : 250 M²

(3) Khusus DKI Jakarta luas lantai gedung Puskesmas

Kecamatan : 420 M² / 435 M²

(4) Ruang tambahan untuk tempat perawatan bagi

Puskesmas Perawatan : 350 M²

b) Puskesmas Pembantu :

(1) Luas lantai Puskesmas Pembantu : 80 M² terdiri dari :

Ruang pelayanan kesehatan 30 M² dan tempat tinggal paramedis 50 M².

(2) Khusus DKI Jakarta luas lantai gedung Puskesmas

Kelurahan : 116 M².

c) Rumah Dokter : 70 M²

d) Rumah Paramedis : 50 M²

2) Pembangunan Fisik

a) Lokasi pembangunan unit Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Rumah Dokter/Rumah Paramedis ditetapkan dengan Surat Keputusan Bupati/Walikota/Kabupaten/Kota dengan Surat Keputusan Bupati/Walikota/Kabupaten/Kota Tingkat II atas usul Kepala Dinas Kesehatan Dati II yang tembusannya disampaikan kepada :

(1) Gubernur KDH Tingkat I

(2) Kepala Dinas Kesehatan Dati I

(3) Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi

b) Pembangunan unit Puskesmas terdiri dari :

Gedung Puskesmas, 1 Rumah Dokter, 2 Rumah Paramedis

C. KINERJA

1. Pengertian Kinerja

Para ahli memberikan definisi kinerja yang beragam sesuai dengan sudut pandang, titik tangkap dari situasi dan kondisi masing-masing.

Beberapa definisi kinerja, antara lain :

- a. Menurut Ilyas 2001 : mengartikan kinerja sebagai penampilan hasil karya personel dalam suatu organisasi.
- b. Menurut Peter Jennergren, kinerja diartikan sebagai tingkat yang menakjubkan seberapa jauh pelaksanaan tugas dapat dijalankan secara aktual dan pelaksanaan misi organisasi tercapai.
- c. Bernandin & Russel memberi batasan kinerja sebagai catatan out come yang dihasilkan dari fungsi suatu pekerjaan tertentu atau kegiatan selama suatu periode waktu tertentu.
- d. Soeprihanto (2000) mendefinisikan kinerja karyawan sebagai hasil kerja seorang karyawan selama periode tertentu dibandingkan dengan berbagai kemungkinan, misalnya standar, target/ sasaran, atau kriteria tertentu yang telah ditentukan terlebih dahulu dan disepakati bersama.

Dari pengertian diatas disimpulkan bahwa kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh seseorang dalam melaksanakan suatu fungsi pekerjaan dalam suatu periode waktu tertentu. Dengan demikian indikator pengukuran kinerja dapat dikembangkan dari hasil yang dicapai (kinerja hasil) dan proses dalam mencapai hasil (kinerja proses).

Deskripsi kinerja menyangkut 3 komponen penting yaitu : tujuan, ukuran dan penilaian. Penentuan tujuan setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja, tujuan ini akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personel. Walaupun demikian, penentuan tujuan saja tidak cukup, sebab itu dibutuhkan ukuran apakah seorang personel telah mencapai ukuran yang diharapkan. Untuk itu ukuran kualitatif dan kuantitatif standar kinerja dalam setiap tugas dan jabatan personel memegang peranan penting. Komponen ketiga dari definisi kinerja adalah penilaian. Penilaian kinerja dilakukan secara reguler yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja setiap personel. Sehingga akan membuat setiap personel senantiasa berorientasi terhadap tujuan dan berperilaku kerja sesuai dan daerah dengan tujuan yang hendak dicapai. (Ilyas 2001).

2. Penilaian Kinerja

a. Pengertian Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah suatu cara mengukur kontribusi-kontribusi dari individu-individu anggota organisasi kepada organisasinya. Menurut Soeprihanto (2000), penilaian pekerjaan merupakan suatu pedoman dalam bidang personalian yang diharapkan dapat menunjukkan prestasi kerja para karyawan secara rutin dan

teratur sehingga sangat bermanfaat bagi pengembangan karier karyawan yang dinilai maupun perusahaan secara keseluruhan.

Definisi lain penilaian kinerja adalah proses menilai hasil karya personel dalam suatu organisasi melalui instrumen penilaian kinerja. Pada hakekatnya penilaian kinerja merupakan suatu evaluasi terhadap penampilan kerja personel yang dibandingkan dengan standar baku penampilan. Kegiatan penilaian kinerja ini membantu umpan balik kepada para personel tentang pelaksanaan kerja mereka (LAN 2000).

Melalui penilaian ini dapat diketahui apakah pekerjaan sudah sesuai atau belum dengan uraian pekerjaan yang telah disusun sebelumnya. Dengan melakukan penilaian demikian, seorang pemimpin akan menggunakan uraian pekerjaan sebagai tolok ukur. Bila pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan atau melebihi uraian pekerjaan, berarti pekerjaan itu berhasil dilaksanakan dengan baik. Bila dibawah uraian pekerjaan, berarti pelaksanaan pekerjaan tersebut kurang.

Dengan demikian, penilaian kinerja dapat didefinisikan sebagai proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan atau unjuk kerja (*performance appraisal*) seorang personel dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja atau kegiatan kilas balik unjuk kerja (*performance review*),

atau penilaian personel (*employee appraisal*), atau evaluasi (*employee evaluation*) (Ilyas 2001).

Penilaian kinerja mencakup faktor-faktor antara lain (LAN 2000) :

- 1). Pengamatan, yang merupakan proses menilai dan melihat perilaku yang ditentukan oleh sistem pekerjaan.
- 2). Ukuran, yang dipakai untuk mengukur prestasi kerja seseorang dibandingkan dengan uraian pekerjaan yang telah ditetapkan untuk personel tersebut.
- 3) Pengembangan, yang bertujuan untuk memotivasi personel mengatasi kekurangan dan mendorong yang bersangkutan untuk mengembangkan kemampuan dan prestasi yang ada pada dirinya.

b. Tujuan Penilaian Kinerja

Tujuan penilaian prestasi kerja antara lain : 1) Mengetahui keadaan ketrampilan dan kemampuan setiap karyawan secara rutin. 2) Digunakan sebagai dasar perencanaan bidang personalia, khususnya penyempurnaan kondisi kerja, peningkatan mutu dan hasil kerja. 3) Digunakan sebagai dasar pengembangan dan pendayagunaan karyawan seoptimal mungkin, sehingga dapat diarahkan jenjang kariernya, kenaikan pangkat dan kenaikan jabatan. 4) Mendorong terciptanya hubungan timbal balik yang sehat antara bawahan dengan atasan. 5) mengetahui kondisi perusahaan secara keseluruhan dari bidang personalia, khususnya prestasi karyawan dalam pekerjaan. 6) Secara pribadi, bagi karyawan dapat mengetahui kekuatan dan

kelemahan masing-masing sehingga dapat memacu perkembangannya. Sebaliknya bagi atasan yang menilai akan lebih memperhatikan dan mengenal bawahan, sehingga dapat membantu memotivasi karyawan dalam bekerja. 7) Hasil penilaian kinerja dapat bermanfaat bagi penelitian dan pengembangan dibidang personalia secara keseluruhan (Soeprihanto 2000).

c. Metode Penilaian Kinerja

Beberapa metode dan tehnik yang dapat digunakan untuk melakukan penilaian kerja (LAN 2000) :

- 1) Teknik skala pengharkatan grafik (*rating scale*), merupakan teknik yang paling sederhana dan populer. Skala ini mencantumkan sejumlah faktor seperti (kualitas dan kuantitas) dan juga jajaran prestasi (dari prestasi yang tidak memuaskan sampai pada prestasi yang luar biasa) bagi tiap faktor.
- 2) Metode penjenjangan berselang-seling (*rank order*) diterapkan dengan cara mendaftar semua karyawan yang akan dinilai, dan dicoret mereka yang tidak cukup diketahui dengan baik untuk diperingatkan, setelah itu mengidentifikasi karyawan yang berprestasi paling tinggi dan paling rendah berdasarkan faktor yang telah diukur.
- 3) Metode perbandingan berpasangan (*paired comparisons*) dimana setiap karyawan dibandingkan dalam tiap faktor (kuantitas dan kualitas pekerjaan).

- 4) Metode distribusi kekuatan (*forced distribution*) dengan metode ini prosentase karyawan yang akan dinilai ditetapkan sebelumnya dan kemudian ditempatkan dalam kategori prestasi.
- 5) Metode insiden kritis (*critical incident*) dengan metode ini para penyelia menyimpan catatan bawahan, setiap 6 bulan atau lebih, kemudian penyelia dan bawahan mengadakan pertemuan untuk mendiskusikan prestasi bawahan dengan menggunakan insiden khusus sebagai contoh.
- 6) Skala pengharkatan perilaku (*weight checklist*), skala ini dikaitkan dengan perilaku yang bertujuan untuk mengkombinasikan manfaat yang diperoleh dari insiden kritis naratif dan pengharkatan kuantitatif dengan mengkaitkan suatu skala kualitatif terhadap contoh-contoh spesifik, naratif yang baik dan buruk.
- 7) Metode gabungan, pada umumnya perusahaan menerapkan beberapa metode sekaligus dalam membuat penilaian terhadap prestasi kerja, ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa metode yang satu akan dapat menutupi kekurangan metode yang lain.
- 8) Manajemen Berdasarkan Sasaran (MBS), hasil riset pada departemen pemeriksaan internal, menyarankan bahwa manajemen berdasarkan sasaran yang dikombinasikan dengan beberapa bentuk check list penilaian adalah merupakan metode penilaian yang sering digunakan.

Tipe-tipe penilaian kinerja menurut Gomes (1997) terdiri dari :

- 1) Penilaian berdasarkan hasil (*result-based performance evaluation*) yaitu penilaian yang didasarkan adanya target-target dan ukuran spesifik serta dapat diukur.
- 2) Penilaian berdasarkan perilaku (*behaviour-based performance evaluation*) yaitu penilaian perilaku-perilaku yang berkaitan dengan pekerjaan.
- 3) Penilaian berdasarkan *judgement* (*judgement-based performance evaluation*) yaitu penilaian yang didasarkan kuantitas pekerjaan, kualitas pekerjaan, koordinasi, kepribadian, keramahan dan integritas pribadi serta kesadaran dan dapat dipercaya menyelesaikan tugas.

d. Obyek Penilaian Kinerja

Pada dasarnya ada dua aspek yang dapat dinilai yaitu : keluaran dan proses atau perilaku kerja. Penggunaannya tergantung pada jenis pekerjaan dan fokus penilaian yang dilakukan. Pekerjaan yang sifatnya berulang dan keluaran mudah diidentifikasi, maka penilaian biasanya difokuskan pada keluaran, sedangkan pada pekerjaan yang hasilnya sulit diidentifikasi fokus penilaian ditujukan pada aktivitas atau proses.

Penilaian keluaran maupun proses dapat digunakan untuk penilaian kinerja, tergantung untuk tujuan apa penilaian dilakukan. Bila penilaian ditujukan untuk meningkatkan kompensasi (upah atau

bonus), fokus penilaian adalah keluaran. Akan tetapi bila penilaian tujuannya untuk pengembangan personel, penilaian difokuskan pada proses atau perilaku personel terhadap pekerjaan (Ilyas 2001).

e. Penyimpangan dalam Penilaian Kinerja

Penilaian prestasi kerja seringkali dipengaruhi oleh bias dari penilai. Menurut Singer bias penilaian terdiri dari : a). *Halo Effect* yaitu pendapat pribadi penilai terhadap karyawan yang kemudian mendistorsi pengukuran prestasi kerja. b). Kesalahan kecenderungan sentral yaitu kecenderungan memutuskan prestasi kerja karyawan dalam tingkat efektif dan tidak efektif. c). Bias kemurahan hati dan disiplin, terjadi bila penilai cenderung memberi nilai baik pada prestasi kerja karyawan sedangkan bias disiplin sebaliknya. d). Bias lintas budaya, yaitu bila seseorang diminta untuk mengevaluasi orang lain yang berdasar latar belakang yang berbeda, maka ia cenderung menggunakan kinerja budayanya sendiri. e). Prasangka pribadi, yaitu ketidaksukaan terhadap sekelompok orang sehingga akan mendistorsi penilaiannya terhadap kelompok tersebut. f). Efek resensi, yaitu bila pengukuran kerja bersifat subyektif maka penilaian sangat dipengaruhi oleh tindakan yang baru saja dilakukan, oleh karena tindakan tersebut lebih diingat oleh penilai, untuk menyusun dan merumuskan penilaian yang lebih baik dibutuhkan dua piranti pokok yaitu analisis pekerjaan (*job analisis*) dan standar prestasi kerja (*performance standar*) (LAN 2000).

3. Penilaian Sendiri (*self assessment*)

a. Teori dan Pengertian

Ada dua teori yang dikemukakan Ashford (1990), yang menyarankan peran sentral penilaian sendiri dalam memahami perilaku individu. Teori tersebut adalah teori kontrol dan interaksi simbolik, yang keduanya mendorong dan memberikan kerangka pemikiran bagi fungsi penilaian sendiri.

Menurut teori kontrol, individu harus menyelesaikan tiga tugas untuk menyelesaikan tujuan, antara lain menetapkan standar untuk perilaku mereka, mendeteksi perbedaan antara perilaku dengan standar (umpan balik) dan berperilaku yang sesuai dan layak untuk mengurangi perbedaan tersebut.

Inti dari teori interaksi simbolik adalah preposisi yaitu mengembangkan konsep sendiri dan membuat penilaian sendiri berdasarkan pada kepercayaan tentang bagaimana orang lain memahami dan mengevaluasi dirinya. Interaksi simbolik menyatakan bahwa orang dapat menduga dan mengontrol dirinya dengan mempertimbangkan bagaimana mereka akan dinilai oleh lingkungan sosial mereka. Teori ini menegaskan pentingnya memahami pendapat orang lain disekitarnya terhadap perilaku mereka. Preposisi ini penting sebagai pedoman interpretasi tentang penilaian sendiri yang digunakan dalam mengukur atau menilai kinerja personel dalam organisasi.

Penilaian sendiri adalah pendekatan yang paling umum digunakan untuk mengukur perbedaan individu. Penilaian ini biasanya digunakan pada bidang sumber daya manusia seperti penilaian kebutuhan pelatihan, analisa peringkat jabatan, perilaku kepemimpinan, penilaian kinerja, dan lainnya. Penilaian sendiri dilakukan bila personel mampu melakukan penilaian terhadap proses dan hasil karya yang mereka laksanakan sebagai bagian dari tugas organisasi. Penilaian sendiri ditentukan oleh sejumlah faktor kepribadian, pengalaman dan pengetahuan serta sosial demografi seperti suku dan pendidikan. Dengan demikian, tingkat maturitas/kematangan personel dalam menilai hasil karya sendiri menjadi hal yang patut dipertimbangkan.

Yammarino dan Atwater (1993) mengemukakan bahwa penilaian mitra kerja yang relevan secara bermakna ditentukan oleh sejumlah faktor personel dan interpersonal, serta didasarkan pada interaksi dan observasi dari individu dinilai dan yang menilai. Model ini mengemukakan bahwa proses perbandingan menghasilkan tiga kategori individu. Pertama, *accurate estimators* adalah individu mampu melakukan penilaian sendiri sesuai dengan penilaian mitra kerja yang relevan. Kedua, *over estimators* adalah individu yang menilai diri sendiri lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan penilaian mitra kerja lain yang relevan. Ketiga, *under estimators*

adalah individu yang menilai diri sendiri lebih rendah bermakna dibandingkan dengan mitra kerja yang relevan.

b. Kekuatan Model Penilaian Sendiri

Penilaian sendiri memberikan kemudahan untuk dilaksanakan dalam penilaian kinerja personel, sekalipun lokasi kerja yang berpencar-pencar dan luas. Metode ini juga dapat digunakan dalam menilai kinerja profesional kesehatan secara efektif dan efisien.

Beberapa keuntungan yang didapatkan dari penggunaan metode penilaian ini adalah sebagai berikut :

- 1) Dapat digunakan dengan baik bila ditujukan untuk pengembangan, umpan balik kinerja personel dan masukan untuk penyelesaian masalah ketenagaan.
- 2) Dapat digunakan untuk penilaian kinerja personel dalam jumlah besar, lokasi kerja terpencar dan sulit terjangkau.
- 3) Dapat digunakan untuk mendapatkan informasi kinerja profesional sebagai bahan pertimbangan untuk pengembangan personel di masa depan.
- 4) Dapat digunakan untuk pemetaan kinerja profesional kesehatan pada tingkat propinsi dan nasional.
- 5) Dapat digunakan untuk penilaian kinerja profesional dengan biaya murah dan cepat.

c. Kelemahan Penilaian Sendiri

Sebagai suatu metode penilaian kinerja profesional, ada sejumlah kelemahan yang dimiliki, menurut Yammarino dan Atwater (1993), kelemahan tersebut seperti; kecenderungan memberi skor tinggi (*inflated*), reliabilitas dan validitas kurang, kemungkinan bias, dan kurang akurat. Sedang menurut Miner and Crane (1995), kelemahan tersebut antara lain :

1) Kelemahan Konstan

Contoh yang tepat dari kesalahan konstan pada penilaian adalah kecenderungan memberi skor tinggi, dimana penilai secara konsisten menilai personel dengan skor tinggi, sehingga memberikan kesan bahwa kinerja mereka tinggi dibandingkan sebenarnya. Kesalahan tipe ini cenderung bergerak ke nilai tinggi secara perlahan dari waktu ke waktu, tapi perubahan kinerja tidak tampak, selain itu dapat terjadi kearah berlawanan, dimana penilai cenderung menilai lebih dari kinerja mereka, tapi kasus seperti ini jarang terjadi.

2) Kesalahan Rentang Retriksi

Kesalahan ini adanya kecenderungan penilai untuk memberi skor pada nilai tertentu yang mencerminkan kinerja secara akurat. Pada penilaian dengan menggunakan skala sebenarnya, penilai bebas untuk menilai kinerja pada setiap skala yang tersedia, tetapi kecenderungan penilai pada nilai tengah. Kesalahan ini disebut

error of central tendency. Akibatnya dari kesalahan penilaian ini adalah hampir setiap orang dinilai rata-rata atau memuaskan dan personel yang deviasi biasanya jumlahnya sedikit.

3) Bias Personel

Bias ini merupakan kesalahan yang sangat sering terjadi pada penilaian kinerja, dimana nilai budaya, cemburu, dan harapan personel ikut mempengaruhi penilaian, sehingga menyebabkan hasil penilaian distorsi. Kesalahan ini juga dapat terjadi karena penilai tidak dibekali pengetahuan yang cukup untuk menilai. Bias personel juga dapat berbasis pada diskriminasi suku, seks, umur, agama atau faktor lain, tetapi bias tipe ini tidak begitu menonjol.

4. Kriteria Kinerja

Suatu kajian tentang kriteria kinerja memberikan suatu pemahaman yang jelas tentang tingkat-tingkat kinerja. Terdapat banyak definisi yang dapat digunakan untuk menggambarkan tingkat-tingkat kinerja dan tergantung pada sudut pandang organisasi dimana pengkajian tersebut akan digunakan. Yang terpenting dalam hal ini adalah fleksibilitas organisasi dalam menggunakan tingkat-tingkat kinerja guna menentukan harga atau nilai seorang individu dan memenuhi sasaran-sasaran organisasi. Beberapa kriteria kinerja tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut : (Timpe 1999)

Tabel 1

Kriteria Kinerja

Kriteria Kinerja	Deskripsi
1. Buruk	Kinerja dibawah harapan dan sasaran minimum.
2. Sedang	Kinerja memenuhi sebagian besar sasaran minimum yang ditentukan bagi individu tersebut.
3. Baik	Kinerja memuaskan, telah memenuhi persyaratan-persyaratan esensial serta mencapai hasil yang dianggap beralasan bagi karyawan tersebut sesuai dengan masa kerja, pengalaman dan pelatihan yang dimiliki.
4. Sangat Baik	Kinerja diatas norma. Pencapaian serta hasil telah berada diatas harapan untuk seorang karyawan yang cakap dengan masa kerja, pengalaman dan pelatihan yang dimiliki.
5. Istimewa	Kinerja luar biasa disemua aspek. Pencapaian serta hasil melampaui harapan-harapan yang ditentukan untuk semua sasaran. Prestasi dan hasil kerja sangat tinggi, dan semua tanda menunjukkan bahwa setiap tingkat kinerja akan tetap tinggi selama beberapa waktu. Kinerja mendekati yang paling baik yang dapat diharapkan pada pekerjaan ini pada waktu ini. Menangani bahkan masalah/ situasi yang paling sulit hanya dengan bimbingan sekali-kali.

Kriteria kinerja yang lain menggunakan rerata sebagai pembagi (*cut of point*) dengan didasari beberapa alasan diantaranya, secara konseptual tingkat kinerja diterima oleh organisasi adalah kriteria diatas rata-rata. Dengan demikian rerata kinerja personel merupakan batas minimal prestasi kerja yang masih dapat diklasifikasikan baik. Hal ini didukung oleh data penelitian Gani (1986), Yanuar (1989) dan Alfikri (1994) yang menemukan waktu kerja produktif tenaga kesehatan pada organisasi pemerintah masing-masing sebesar 53,2 %, 51,76 %, dan 54,4%.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kinerja

Sumber daya manusia merupakan modal dasar yang paling besar dan sangat menguntungkan dalam pembangunan di segala bidang. Oleh karena itu usaha peningkatan kualitas pengembangan dan pemanfaatan dalam potensi sumber daya manusia mutlak harus dilaksanakan. Adanya tenaga kerja yang berkualitas diharapkan tujuan organisasi dapat berhasil guna dan berdaya guna, melalui pengembangan yang optimal.

Hubungan antar individu dan kelompok dalam organisasi menghasilkan suatu harapan terhadap perilaku kerja individu. Sedangkan kinerja organisasi merupakan hasil interaksi yang kompleks dan agresasi kinerja sejumlah individu dalam organisasi.

Dalam organisasi pelayanan kesehatan, sangatlah penting untuk memiliki instrumen penilaian kinerja yang efektif bagi tenaga kerja profesional. Menurut Drucker, tenaga profesional merupakan sumber daya terbaik dalam suatu organisasi, sehingga evaluasi kinerja mereka menjadi salah satu variabel penting bagi efektivitas organisasi. Proses evaluasi kinerja menjadi bagian terpenting dalam upaya manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi yang efektif (Ilyas 2001).

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi (determinan) kinerja personel, menurut Gibson (1990) perlu dilakukan pengkajian terhadap beberapa teori kinerja. Secara teoritis ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu : variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut

mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personel. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas.

Lebih lanjut, Gibson (1990) menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel individu terdiri dari sub variabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, dan demografi. Sub variabel demografi mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Variabel psikologis terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja dan variabel demografis. Variabel organisasi berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu, variabel ini digolongkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan.

Berdasarkan model teori kinerja yang dikemukakan oleh Gibson dengan didukung oleh pendapat para ahli yang lain seperti yang telah dikemukakan diatas, maka beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Variabel Individu

1). Karakteristik.

Karakteristik adalah sesuatu yang ada pada diri seseorang atau selalu melekat pada diri orang tersebut, adapun asalnya sudah

dibawa sejak lahir, keturunan dan bisa juga didapat dari proses pembelajaran.

Sumber daya manusia merupakan modal dasar yang besar dan sangat menguntungkan bagi usaha baru pembangunan disegala bidang, oleh karena itu usaha peningkatan kualitas, pengembangan dan pemanfaatan potensi sumber daya manusia mutlak dan harus dilakukan dimana saja dan kapan saja.(Depkes RI, 1994).

Adanya tenaga kerja yang berkualitas diharapkan tujuan organisasi dapat berhasil guna dan berdaya guna, melalui pengembangan yang optimal. Pengembangan sumber daya manusia atau keefektifan individu mencakup kemampuan, keahlian, pengetahuan, sikap, motivasi dan stres.(Gibson, 1990).

a). Tingkat pendidikan.

Agar tercapainya kesuksesan didalam bekerja dituntut pendidikan yang sesuai dengan jabatan yang dipegangnya. Pendidikan disini adalah pendidikan formal di sekolah atau kursus, (LAN RI, 2000)

b). Masa Kerja.

Lama kerja biasanya dikaitkan dengan waktu mulai kerja dengan umur pada saat sekarang, diamsusikan bahwa semakin lama seseorang bekerja pengalamannya semakin luas dan semakin banyak.

Adapun masa kerja adalah lamanya bekerja seorang petugas atau karyawan, masa kerja berkaitan erat dengan pengalaman-pengalaman yang didapat dalam menjalankan tugas. Mereka yang berpengalaman dipandang lebih mampu dalam pelaksanaan tugas, makin lama masa kerja seseorang kecakapan mereka akan lebih baik, karena mereka sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya.

c). Kemampuan.

Beberapa pegawai, meskipun dimotivasi dengan baik, apabila kurang mempunyai kemampuan atau ketrampilan untuk bekerja maka hasilnya akan kurang, tidak seperti yang diharapkan, kemampuan dan ketrampilan akan memainkan peranan utama dalam perilaku dan prestasi individu. (Muchlas, 1998)

Kemampuan adalah suatu karakteristik individu yang menggambarkan pelaksanaan kerja yang potensial, (Wexley dan Yukl, 1997). Peggunaan berbagai macam kemampuan teknis dan manajerial tergantung jenjang pekerjaan apakah sebagai pelaksana teknis, manajer tingkat bawah, manajer menengah atau puncak. Kemampuan teknis akan semakin besar pada tingkat pelaksana teknis, sedangkan kemampuan konseptual sangat diperlukan pada manajer puncak. Pada manajer tingkat bawah dan menengah kemampuan manajerial

dan kemampuan kemanusiaan sangat diperlukan untuk kelancaran pelaksanaan tugas organisasi.

Menurut Gillbert, (1977) penampilan kerja adalah apa yang dapat dikerjakan seseorang sesuai dengan tugas dan fungsinya. Penampilan kerja, akan sangat ditentukan oleh sikap, pengetahuan dan ketrampilan.

2). Pengetahuan .

Pengetahuan merupakan salah satu unsur pembentuk perilaku disamping sikap, keinginan, kehendak, minat, emosi, motivasi dan reaksi. Dimana perilaku merupakan hasil berbagai pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Lebih lanjut L. Green mengemukakan bahwa secara umum perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposing, enabling dan reinforcing. Predisposing atau faktor pemudah adalah yang mendahului perilaku yang menjelaskan alasan-alasan atau motivasi untuk berperilaku, termasuk dalam faktor predisposing ini antara lain : pengetahuan, sikap, kepercayaan, tata nilai dan lain sebagainya (Noto Admodjo 1993).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tau, dan ini terjadi setelah dilakukan penginderaan terhadap sesuatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Menurut Mantra (1995), apabila manusia sebagai individu maka unsur-unsur yang diperlukan agar dapat berbuat sesuatu adalah :

- a). Pengertian tau pengetahuan (*knowledge*) tentang yang dilakukan.
- b). Keyakinan atau kepercayaan tentang manfaat dan kebenaran dari apa yang akan dilakukan (*attitude* yang positif).
- c). Sasaran yang diperlukan untuk melakukannya.
- d). Dorongan atau motivasi untuk berbuat, yang dilandasi oleh kebutuhan yang dirasakannya.

Perlu diperhatikan bahwa dalam kenyataan hubungan antara unsur-unsur tersebut tidak sepenuhnya dapat diharapkan yaitu bahwa pengetahuan dan sikap yang positif tidak selalu diikuti dengan tindakan, namun demikian jika kita menghendaki sesuatu yang dapat bertahan lebih lama, maka jelas diperlukan adanya pengetahuan yang positif tentang apa yang akan dikerjakan. Dengan kata lain perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan dengan perilaku tanpa didasari pengetahuan.

Menurut Muchlas (1999) Pengetahuan secara keseluruhan meliputi kemampuan dan ketrampilan yang diperoleh dari pendidikan, pelatihan maupun pengalaman, tanpa mengabaikan

kepatuhan pada prosedur dan pedoman yang ada dalam menjalankan dan menyelesaikan tugas suatu pekerjaan.

Menurut teori perubahan perilaku dari Maibach dan Haltgrave, perubahan perilaku tidak selalu terjadi tiba-tiba, tetapi melalui tahapan, tahapan informasi yang diterima boleh jadi dilanjutkan dengan perubahan perilaku tetapi dapat juga berhenti pada tahap penerimaan informasi. Tulus 1992).

b. Variabel Psikologis

Sikap

Sikap manusia atau secara singkat disebut sikap telah didefinisikan dalam berbagai versi oleh para ahli. Sikap mempunyai arti penting dalam kehidupan manusia sebab sikap yang terbentuk dalam diri yang muncul. Walgito (1994) menyatakan sikap sebagai faktor yang ada dalam diri manusia, dan dapat menyebabkan kecenderungan manusia untuk berbuat atau bertingkah laku terhadap obyek sikap yang dihadapi. Definisi lain menyebutkan bahwa sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek atau isyu-isyu (Baron / Byrne, 1991 dalam Azwar 1998). Adapun Thurstone (dalam Walgito, 1994) berpendapat bahwa sikap merupakan suatu tingkatan perasaan, baik yang mendukung (favorable) atau yang tidak mendukung (unfavorable) terhadap obyek sikap tersebut. Adapun definisi sikap yang akan diacu dalam penelitian ini adalah menurut

Fishbein dan Ajzen (1980) yang menyatakan bahwa sikap merupakan perasaan yang mendalam dari seseorang terhadap suatu obyek sikap, dimana perasaan tersebut dapat positif dan negatif.

Lebih lanjut Azwar (1998) menyatakan bahwa sikap seorang terhadap suatu obyek selalu berperan sebagai perantara antara responnya dan obyek yang bersangkutan. Respon diklasifikasikan dalam 3 macam, yaitu respon *kognitif* (respon perseptual dan pernyataan mengenai apa yang diyakini), respon *afektif* (respon syaraf simpatetik dan pernyataan afeksi), serta respon perilaku atau *konatif* (respon berupa tindakan dan pernyataan mengenai perilaku). Masing-masing klasifikasi respon ini berhubungan dengan ketiga komponen sikapnya. Dikatakan juga bahwa dengan melihat salah satu saja di antara ketiga bentuk respon tersebut sikap seseorang sudah dapat diketahui. Walaupun begitu, deskripsi lengkap mengenai sikap individu tentu harus diperoleh dengan melihat ketiga macam respon secara lengkap.

1) Ciri-ciri Sikap

Ada beberapa pendapat mengenai ciri-ciri sikap, diantaranya adalah pendapat Walgito (1994) yang menyatakan bahwa ada 5 ciri sikap yaitu :

- a). Sikap tidak dibawa sejak lahir tetapi terbentuk dalam perkembangan kehidupan manusia. Oleh karena itu sikap dapat

dibentuk, dipelajari dan berubah. Faktor pengalaman merupakan faktor penting dalam pembentukan sikap.

- b). Sikap selalu berhubungan dengan obyek sikap, dimana hubungan tersebut terjadi melalui proses persepsi seseorang terhadap obyek sikap. Hubungan tersebut dapat negatif atau positif yang akan menimbulkan sikap tertentu terhadap obyek tersebut.
- c). Sikap dapat tertuju pada satu obyek atau sekumpulan obyek. Ada kecenderungan seseorang menggeneralisasikan obyek sikap, yaitu apabila seseorang mempunyai sikap negatif terhadap obyek sikap tertentu maka ada kecenderungan orang tersebut akan menunjukkan sikap yang sama terhadap kelompok obyek tersebut yang tergabung di dalamnya.
- d). Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar. Kalau sikap telah menjadi nilai dalam kehidupan seseorang maka akan berlangsung lama dan sulit diubah, tetapi bila sikap tersebut belum mendalam maka akan mudah berubah.
- e). Sikap mengandung perasaan dan motivasi. Sikap seseorang terhadap suatu obyek selalu diikuti oleh perasaan yang bersifat positif atau negatif. Sikap juga mengandung faktor motivasi yang berarti bahwa sikap mempunyai daya dorong terhadap seseorang untuk berperilaku tertentu terhadap obyek yang dihadapi.

Pendapat lain dari Olson dan Zanna (dalam Perلمان dan Cozby, 1983) menyebutkan bahwa pada dasarnya sikap mempunyai 3 ciri yaitu :

- a). Sikap bukan bawaan sejak lahir tetapi didapat melalui proses belajar.
- b). Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar, menetap atau tidak, tergantung kuat tidaknya keyakinan seseorang terhadap obyek sikap tersebut.
- c). Sikap mempengaruhi perilaku, artinya perilaku individu merupakan refleksi dari perasaannya terhadap obyek tersebut.

2). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sikap

Azwar (1998) mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi sikap adalah pengalaman pribadi, hubungan dengan orang lain yang dianggap idola, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi individu. Sedang Ma'rat (dalam Walgito, 1994) menjelaskan bahwa terbentuknya sikap dipengaruhi oleh faktor internal yaitu fisiologis dan psikologis serta faktor eksternal yaitu pengalaman, situasi, norma-norma, hambatan dan pendorong. Secara ringkas dikatakan oleh Mednick dkk. (1975) bahwa ada 3 faktor yang mempengaruhi sikap yaitu : pengaruh sosial, karakter pribadi dan informasi yang diterima.

c. Variabel Organisasi

1) Kepemimpinan

a) Pengertian kepemimpinan

Seseorang sering mempersoalkan kepemimpinannya, apabila suatu organisasi berjalan dengan lesu, seperti pemimpinnya lemah, jarang masuk kantor, tidak pernah bercakap-cakap dengan bawahan, dan seterusnya. Namun kalau organisasi itu berjalan dengan baik, orang sering kali lupa membicarakan bagaimana kepemimpinannya.

Menurut Thoha (1993), kepemimpinan adalah suatu proses untuk mempengaruhi perilaku orang lain. Untuk mempengaruhi dibutuhkan kekuasaan. Kekuasaan itu sendiri merupakan potensi pengaruh dari seorang pemimpin. Hal tersebut berarti bahwa kekuasaan adalah merupakan sumber yang memungkinkan seorang pemimpin mendapatkan hak untuk mengajak, mayakinkan dan mempengaruhi orang lain. Sementara menurut Dunhan (1984), kepemimpinan adalah proses untuk melakukan pengembangan secara langsung dengan melakukan koordinasi pada anggota kelompok, serta memiliki karakteristik untuk dapat meningkatkan kesuksesan dan pengembangan dalam mencapai tujuan organisasi.

Sementara Cribbin (1984) mengemukakan bahwa kepemimpinan adalah kemampuan seseorang untuk

memperoleh konsensus dan ikatan pada sasaran bersama, melampaui syarat-syarat organisasi yang dicapai dengan pengalaman, sumbangan, dan kepuasan di pihak kelompok kerja. Di sisi lain Gleen (Salusu, 1996) menyebutkan bahwa kepemimpinan sesungguhnya bersumber dari keunggulan manusia itu sendiri, tetapi ada resep atau formula untuk menjalankannya.

Uraian tersebut diatas menunjukkan bahwa peran seorang pemimpin dalam organisasi sangat penting, khususnya dalam upaya meningkatkan kinerja karyawannya untuk mencapai tujuan organisasi (Kusnanto, 1998). Namun perlu diketahui bahwa keberhasilan organisasi, tidak terlepas dari pencapaian tujuan organisasi, tetapi menjadi subjek atau pelaku. Hal ini ditegaskan oleh Gibson, (1996), bahwa keberhasilan organisasi sangat ditentukan oleh keberhasilan kelompok karyawannya. Pendapat ini mempunyai konsekuensi adanya tuntutan kepada organisasi untuk memperhatikan aspek-aspek kritis yang menjadi faktor penentu keberhasilan karyawan.

Dengan tugas pekerjaan yang dirasakan sesuai dengan kemampuannya, karyawan dapat melaksanakan tugasnya dengan baik dan memperoleh kepuasan kerja. Sebaliknya, apabila pimpinan dalam memberikan tugas kepada

karyawannya dirasakan kurang sesuai dengan kemampuannya, yang berarti mengganggu jalannya proses pencapaian tujuan organisasi. Hal ini diperkuat dengan pendapat Noe, (1994), yang menyatakan bahwa karyawan diberi tugas oleh atasannya, tetapi secara pribadi tidak menyenangi pekerjaan tersebut, maka akan menimbulkan perasaan kurang puas terhadap atasannya, dan cenderung akan menghindarkan diri dari situasi-situasi tugas yang harus dilaksanakan.

Robbin, (1996) berpendapat bahwa yang merasa tidak terpuaskan dalam melaksanakan pekerjaan yang diberikan atasannya, mereka akan menghindari pekerjaan tersebut, dan kemungkinan akan mengundurkan diri. Oleh karena itu sudah sewajarnya jika organisasi berusaha untuk mencari sumber-sumber timbulnya ketidakpuasan kerja karyawan. Ada kemungkinan ketidakhadiran karyawan serta disiplin kerja yang rendah merupakan anti klimak perasaan karyawan, karena merasa kurang puas terhadap kebijakan pimpinan.

Harsey & Blancard (1992), sepakat bahwa yang dimaksud dengan kepemimpinan adalah suatu proses yang mempengaruhi aktivitas seseorang atau sekelompok orang, untuk mencapai tujuan dalam situasi tertentu. Proses kepemimpinan disini adalah fungsi pemimpin, pengikut dan variabel situasional lainnya. Sedangkan menurut Robbin

(Muchlas, 1998), kepemimpinan itu diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk mempengaruhi sebuah kelompok, menuju pencapaian tujuan kelompok tersebut.

Berdasarkan pengertian kepemimpinan tersebut, maka nampak bahwa kepemimpinan adalah suatu proses yang meliputi tiga unsur, yang pemimpin, pengikut atau bawahan, serta faktor situasi yang berinteraksi. Interaksi ini akan menghasilkan prestasi dan kepuasan pengikut/bawahan, dengan menggunakan gaya kepemimpinan tertentu.

b) Gaya Kepemimpinan

Menurut Likert (Hanafi, 1997), gaya kepemimpinan yang berorientasi pada karyawan, merupakan gaya kepemimpinan yang lebih efektif dibandingkan dengan gaya kepemimpinan yang lebih berorientasi pada produksi/tugas. Pemimpin yang efektif mempunyai hubungan yang baik dengan bawahan, dan dalam pengambilan keputusan bergantung pada kelompok, bukan pada individu. Pemimpin tersebut juga mendorong karyawan untuk menentukan dan mencapai sasaran serta prestasi yang tinggi. Hersey & Blanchard (1992), menyatakan bahwa gaya kepemimpinan adalah pola perilaku konsisten yang mereka terapkan dalam bekerja, dengan dan melalui orang lain, seperti yang dipersepsikan orang-orang tersebut. Pola-pola tersebut timbul

pada diri orang-orang pada waktu mereka mulai memberikan tanggapan dengan cara yang sama dalam kondisi serupa. Salah satu unsur situasi kepemimpinan yang penting adalah gaya pimpinan yang dibentuk dalam periode tertentu melalui pengalaman, pendidikan dan pelatihan.

Jadi dapat disimpulkan bahwa gaya kepemimpinan adalah gaya perilaku yang diterapkan seorang pimpinan dalam melaksanakan tugasnya bersama orang lain, seperti yang dipersepsikan orang-orang yang dipimpinya.

c) **Kepemimpinan Situasional**

Kepemimpinan situasional yang paling banyak dipraktikkan ialah bahwa kepemimpinan situasional dari Hersey dan Blanchard (1992). Teori ini dikembangkan atas dasar saling berhubungannya diantara hal-hal sebagai berikut : a) Jumlah petunjuk dan pengarahan yang diberikan oleh pimpinan (perilaku tugas); b) Jumlah dukungan sosio emosional yang diberikan oleh pimpinan (perilaku hubungan); dan c) tingkat kesiapan atau kematangan para pengikut yang ditunjukkan dalam melaksanakan tugas khusus, fungsi, atau tujuan tertentu.

Menurut Fiedler (Salusu, 1996), efektifitas gaya kepemimpinan tergantung situasi pimpinan itu berada, dan pada kepribadian pemimpin sendiri dalam organisasi. Efektivitas organisasi tergantung pada dua variabel yang

berinteraksi yaitu : (1) sistem motivasi dari pemimpin; dan (2) tingkat atau keadaan yang menyenangkan dari situasi. Kepemimpinan situasional ini berhubungan dengan perilaku pemimpin dengan bawahan atau pengikutnya. Ada dua perilaku pemimpin yang biasa dilakukan kepada bawahan/ pengikutnya berupa perilaku pengarahan (komunikasi satu arah), dan perilaku mendukung (komunikasi dua arah). Selanjutnya para pengikut ini dilihat tingkat kematangannya (maturity) dalam hal mau dan mampu melaksanakan tugas.

Mengetahui Gaya Kepemimpinan seseorang penting, untuk mencocokkan situasi si pemimpin dengan situasi yang dihadapinya. Fiedler (Muchlas 1999), mengusulkan bahwa efektivitas kinerja sebuah kelompok tergantung pada adanya kecocokan antara gaya seseorang pemimpin pada saat berinteraksi dengan bawahannya, dan bergantung pada derajat kontrol serta pengaruh situasi pada si pemimpin. Ada tiga dimensi situasional yang menjadi kunci dalam menetapkan efektifitas kepemimpinan sebagai berikut :

(1) Kekuatan Posisi, adalah derajat pengaruh yang dimiliki seseorang pimpinan diukur dari variabel-variabel kekuatan yang melekat pada kedudukan pimpinan, misalnya kemauan pemimpin untuk mempengaruhi bawahannya,

baik melalui kekuatan legitimasi, kekuatan imbalan, atau kekuasaan paksaan

(2) Hubungan Tugas, dapat diartikan sejauh mana penugasan prosedur pekerjaan itu ditetapkan (pekerjaan itu terstruktur atau tidak terstruktur). Dalam dimensi ini berarti terdapat struktur tugas yang jelas dan terarah, sehingga kualitas pekerjaan dan prestasi mudah dikendalikan.

(3) Hubungan Pimpinan dan bawahan

Hubungan Pimpinan dan bawahan atau suasana kelompok. Yang dimaksud disini adalah terdapat kadar keyakinan, kepercayaan dan rasa hormat bawahan terhadap atasannya.

Pemimpin yang berhasil adalah pemimpin yang dalam melakukan kegiatannya menggunakan perilaku yang disesuaikan dengan tuntutan keunikan dari lingkungan, yaitu menggunakan gaya yang disesuaikan dengan situasi yang dibutuhkan (Thoah, 1998). Selanjutnya Fiedler (Muchlas, 1998) menyatakan bahwa melalui evaluasi situasi-situasi yang berpengaruh sesuai dengan ke tiga dimensi tersebut diatas, akan diperoleh hubungan yang semakin baik antara pimpinan dan bawahan. Semua itu makin terstruktur pekerjaannya dan semakin kuat posisinya

akan semakin besar pula kontrol atau pengaruh yang dimiliki seorang pemimpin.

d) Kematangan Pengikut atau Kelompok

Yang dimaksud dengan kematangan (maturitas) menurut Muchlas (1998) adalah adanya kemampuan dan kemauan dari orang-orang (pengikut/bawahan) untuk bertanggung jawab dalam mengarahkan perilaku mereka sendiri. Ada dua komponen maturitas : (1) maturitas kerja, yaitu yang berhubungan dengan ketrampilan dan pengetahuan seseorang, dan (2) maturitas psikologis, berhubungan dengan kemauan dan motivasi untuk melakukan sesuatu.

Hersey & Blanchard (1992) mengembangkan kematangan dalam tugas tertentu, yang dapat diperoleh dari pendidikan formal, pengalaman yang dipelajari seseorang atau yang diperoleh dari pekerjaan, atau kombinasi dari keduanya. Pola kepemimpinan situasional berusaha menggambarkan hubungan antara kematangan yang berkaitan dengan gaya kepemimpinan, yang diterapkan pada saat pengikut bergerak dari keadaan tidak matang, ke tingkat yang lebih matang. Gaya kepemimpinan yang sesuai bagi tingkat kematangan pengikut tertentu digambarkan dengan kurve prespektif yang bergerak melalui ke empat

kuadran kepemimpinan. Masing-masing dari keempat gaya kepemimpinan tersebut adalah :

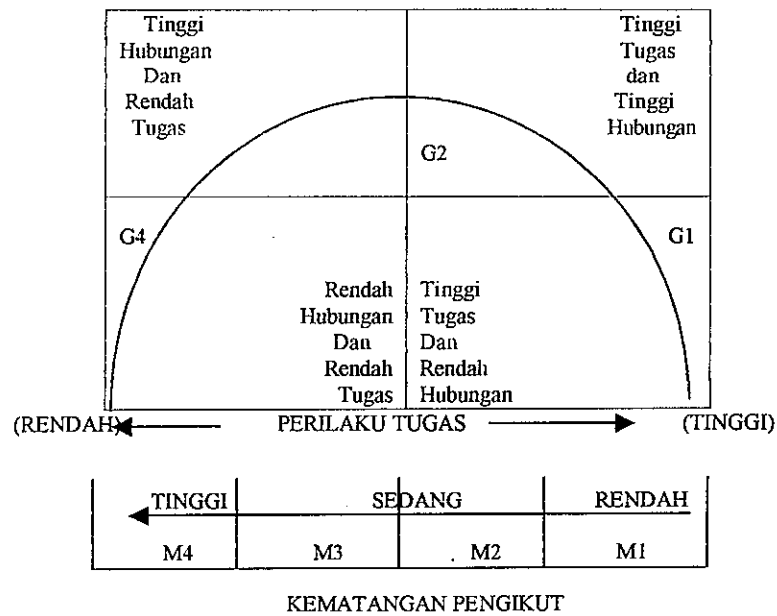
- (1) Memberitahukan (*telling*), banyak detail tugas, sedikit hubungan sesama, tetapi lebih menekankan kepada perilaku direktif (G1), yaitu memberikan pengarahan yang jelas dan spesifik.
- (2) Menjajakan (*selling*) , banyak detail tugas, banyak hubungan sesama. Di sini tidak hanya memberikan perilaku direktif tetapi juga supportif (G2).
- (3) Mengikutsertakan (*participating*), sedikit detail tugas, banyak hubungan sesama (G3). Disini dibutuhkan adanya komunikasi antara pimpinan dan bawahan dalam pengambilan keputusan organisasi.
- (4) Pendelegasian (*delegating*); sedikit detail tugas, dan sedikit hubungan sesama (G4). Dalam hal ini pemimpin hanya memberikan sedikit arahan dan dukungan.

Kemudian dengan membagi kontinum tingkat kematangan di bawah model kepemimpinan ke dalam empat tingkat (M1,M2,M3, M4), maka beberapa tanda yang menunjukkan tingkat kematangan itu dapat dirujuk . Empat fase komponen dari maturitas adalah sebagai berikut :

- M1. (rendah). Mereka tidak mampu, tetapi juga tidak mau untuk bertanggung jawab melakukan sesuatu. Mereka tidak mempunyai kompetensi dan kepercayaan diri.
- M2. (rendah ke sedang). Mereka tidak mampu, tapi mau melakukan tugas yang diperlukan. Memiliki motivasi, tetapi kurang penguasaan ketrampilan.
- M3. (sedang ke tinggi). Mereka mampu, tetapi tidak mau melaksanakan tugas pimpinannya.
- M4. (tinggi). Mereka mau dan mampu melakukan sesuatu yang dipimpinnya.

Untuk mengetahui hubungan kepemimpinan situasional yang berfokus pada kesesuaian atau efektivitas gaya kepemimpinan, dan sejalan dengan tingkat kematangan atau perkembangan yang relevan dari para pengikut dapat dilukiskan dalam gambar 1.

Gambar 1. Gaya Pemimpin



Menurut Hersey & Blanchard (1992), “memberitahukan” adalah untuk pengikut kematangannya orang yang tidak mampu dan tidak mau (M1) memiliki tanggung jawab adalah tidak koepeten, atau tidak mempunyai tanggung jawab. Dengan demikian Gaya “memberitahukan” yang direktif (G1) dapat memberikan keterangan yang jelas dan spesifik. Dalam gaya ini tercakup perilaku tinggi tugas dan rendah hubungan.

“Menjajakan” adalah untuk kematangan rendah ke sedang. Orang yang tidak mampu tetapi berkeinginan (M2) untuk memiliki tanggung jawab memiliki keyakinan, tetapi kurang memiliki ketrampilan. Dengan demikian gaya “ menjajakan” (G2) yang menyediakan perilaku derektif karena kurang mampu, tetapi juga perilaku suportif

untuk memperkuat kemauan dan antusias mereka. Dalam gaya ini tercapuk perilaku yang tinggi tugas dan tinggi hubungan.

"Mengikutsertakan" adalah bagi tingkat kematangan sedang ke tinggi. Orang-orang pada tingkat kematangan ini mampu tetapi tidak mau (M3) untuk melakukan suatu tugas yang diberikan pimpinan. Dengan demikian gaya "partisipatif" (G3) yang suportif dan tidak direktif memiliki kemungkinan efektif paling tinggi dengan orang-orang pada tingkat kematangan ini. Gaya ini disebut "mengikutsertakan" karena pemimpin dan pengikut berbagi tanggung jawab dalam pengambilan keputusan.

Dalam gaya ini tercapuk perilaku tinggi hubungan dan rendah tugas. "Mendelekasikan" adalah bagi tingkat kematangan tinggi. Orang dengan tingkat kematangan ini (M4), adalah mampu dan mau, atau yang untuk memikul tanggung jawab. Dengan demikian gaya mendelekasikan yang berprofil rendah (G4), yang menyediakan arahan yang rendah, tetapi efektifitas tinggi, dengan orang-orang yang berada level kematangan tinggi. Dalam gaya ini tercapuk perilaku yang rendah hubungan dan rendah tugas. (Hersey & Blanchard, 1982. Muchlas 1998, Thoah, 1998). Kesesuaian gaya kepemimpinan dengan berbagai level kematangan bawahan, tertera pada tabel 2.

Tabel 2

Gaya kepemimpinan yang sesuai dalam kaitan dengan

berbagai tingkat kematangan

TINGKAT KEMATANGAN	
M1 Rendah Tidak mampu dan tidak mau Atau tidak yakin	G1 Membertahukan Perilaku tinggi tugas dan rendah hubungan
M2 Rendah ke sedang Tidak mampu tetapi mau Atau yakin	G2 Menjajarkan Perilaku tinggi tugas Dan tinggi hubungan
M3 Sedang ke tinggi Mampu tetapi tidak mau Atau tidak yakin	G3 Mengikuti sertakan Perilaku tinggi hubungan Dan rendah tugas
M4 Tinggi Mampu/kompeten dan mau/yakin	G4 Mendelegasikan Perilaku rendah hubungan Dan rendah tugas

2) Iklim Kerja

Iklim kerja menurut Payne & Pugh adalah berkenaan dengan sikap yang lazim, nilai-nilai, norma-norma dan perasaan yang dimiliki para pekerja terhadap suatu organisasi, mereka berpendapat bahwa reaksi efektif ini sebagian besar dihasilkan dari interaksi antara struktur organisasi dengan tujuan, kebutuhan dan kemampuan individu atau kelompok. Sedangkan Helleigel & Stocum mengatakan bahwa iklim kerja lebih merupakan suatu fenomena dalam keputusan yang dapat dirasakan dan dapat diketahui dengan cara menentukan skorring dari kuesioner. Mereka berpendapat bahwa iklim kerja adalah sekumpulan atribut yang

Mengembangkan visi organisasi/ kelompok secara bersama. Setiap personel harus saling mengetahui visi pribadi terhadap organisasi, visi dapat dijelaskan sebagai tujuan akhir dari kelompok. Visi memberikan kerangka referensi atau pedoman bagaimana seharusnya perilaku organisasi. Visi menjelaskan secara rinci dan dapat dimengerti oleh setiap personel, kenapa kita disini,

Pilar 1 – Berbagai Visi

Dalam menciptakan iklim kerja yang baik terdapat 12 pilar yang maksimal, ke- 12 pilar tersebut adalah :

diaplikasikan dapat mendorong terciptanya prestasi kerja personel komponen yang dapat dilaksanakan. Seluruh pilar ini bila

Dalam menciptakan iklim kerja yang baik terdapat 12 pilar kelompok.

dapat mempengaruhi perilaku dan hasil kerja seperti produktivitas kerja tertokus pada interaksi bersama terhadap situasi kerja yang perilaku kerja mereka / kinerja. Keller menyatakan bahwa iklim diasumsikan menjadi kekuatan utama dalam mempengaruhi karyawan yang bekerja dalam lingkungan tersebut, dan dipisahkan secara langsung atau tidak langsung oleh para merupakan seperangkat unsur dari lingkungan kerja yang Menurut Gibson, lingkungan kerja/ iklim kerja organisasi lingkungannya.

dirasakan dalam organisasi dan sub sistemnya , yang mungkin tumbuh dari cara organisasi tersebut menghadapi para anggota dan

dilatarbelakangi oleh nilai organisasi merupakan konsisten yang
 Penentuan organisasi secara akurat, spesifik dan

Pilar 3 – Tujuan

organisasi.
 kualitas, kuantitas dan prestasi kerja personel, kelompok atau
 norma personel maupun kelompok, maka akan berefek terhadap
 sebagai landasan perilaku. Bila nilai dasar organisasi menjadi
 jujur, jujur, amanah, kerja keras, loyal dan konsisten merupakan
 inilah yang menentukan cara dalam mencapai tujuan. Nilai-nilai
 oleh kelompok/ organisasi untuk mencapai tujuan ?. Nilai dasar
 nilai. Apakah nilai-nilai dasar yang harus dianut dan ditegakkan
 secara bersama. Sebenarnya visi berproses dan bermuara pada
 Mengembangkan nilai-nilai organisasi atau kelompok

Pilar 2 – Berbagi Nilai

kelompok atau organisasi.
 berbagi betapa pentingnya visi bagi setiap tugas baik individu,
 personel harus ikut ambil bagian dalam pengembangan visi dan
 terhadap tuntutan, kritikan dan saran. Dengan demikian seluruh
 bersama, untuk itu perlu dilakukan komunikasi terbuka dan respon
 membuat dan mendorong mereka untuk berpegang teguh pada visi
 tersebut. Keterlibatan personel dalam pengembangan visi akan
 dapat membuat setiap personel memiliki dan loyal terhadap visi
 siapa kita dan apa produk kita. Selain itu juga pimpinan harus

Para pemimpin dan manajer harus secara jelas mengekspresikan bahwa mereka menilai dan menginginkan kinerja yang baik. Mereka harus menekankan bahwa pentingnya suatu kesuksesan dalam berkarya. Mereka sungguh-sungguh mengkomunikasikan nilai dan tingkat produktivitas dengan tiap

Pilar 5 – Kerinduan akan Produktivitas

Pemimpin harus mengembangkan proses manajemen sedemikian rupa sehingga setiap anggota bertindak konsisten dan fokus pada misi kelompok atau organisasi. Nilai dan tujuan yang dikembangkan didukung oleh struktur kelompok, kultur dan sistem simbolik komponen (penempatan staf, ketrampilan, strategi, pengetahuan, teknologi dan sistem), pertimbangan politik (karier, cara hidup, keluarga, dan interaksi tugas) dan kebutuhan personel. Kesemuanya itu memberikan peluang pada personel dan kelompok untuk fokus pada hal-hal penting yang membantu dalam mencapai tujuan.

Pilar 4 – Fokus

Dapat dikatakan tujuan yang tepat telah menyelesaikan sebagian masalah yang dihadapi oleh organisasi. Tujuan merupakan pedoman ideal dari tujuan jangka pendek dan menengah yang harus dicapai oleh organisasi. Setiap personel harus menentukan dan mendefinisikan tujuan kinerja masing-masing dan bekerja secara searah mencapai cita-cita organisasi.

Untuk mencapai suatu yang besar, aliansi dan sinergi antar personel mutlak dilaksanakan melalui kerja kelompok. Percaya dan saling menerima serta kreatif menggunakan perbedaan pengetahuan dan keterampilan tampaknya merupakan pondasi untuk berbagi nilai sehingga kerja kelompok dapat dibangun secara efektif.

Pilar 8 – Kerja Kelompok

Jabatan, kelompok dan organisasi, kemudian melatih mereka untuk berkinerja tinggi sesuai kebutuhan. Dengan demikian pimpinan hanya akan merekrut orang terbaik, personel harus mampu menampilkan peran mereka secara baik. Setiap melakukan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Setiap dengan baik dan yakin kalau mereka mempunyai kompetensi untuk Pimpinan harus yakin bahwa setiap personel mampu bekerja

Pilar 7 – Personel Kompeten

akan loyal dan bekerja keras. Bila personel menyadari pimpinan memfasilitasi mereka dengan instrumen, dana, peralatan, waktu, sumber daya, mereka

Pilar – 6 Dukungan untuk Sukses

menggunakan seluruh pengetahuan dan kemampuan untuk bekerja dalam kondisi produktif dan dihargai, kemudian mereka akan personel. Efeknya, personel mengetahui bahwa mereka bekerja

Menyampaikan informasi kepada personel tentang bagaimana kinerja mereka dalam kaitannya dengan pencapaian tujuan. Setiap pemimpin yang sukses selalu memberikan umpan balik tentang perilaku kerja personel versus pencapaian tujuan

Pilar 11 – Umpan Balik dan Penyelesaian Masalah

Setiap sistem pada umumnya membutuhkan kepemimpinan, begitu juga setiap personel tentu berharap memiliki pemimpin yang baik. Pemimpin yang sukses harus memimpin dengan menciptakan atmosfer atau kondisi sehingga membuat setiap personel dapat berkontribusi secara total.

Pilar 10 – Kepemimpinan

Antitesis dari pemberdayaan adalah peraturan ketat dan meniadakan senegris. Untuk membuat personel sadar akan potensinya, pemimpin dan mitra kerja lainnya. Untuk mencapai kinerja tinggi, personel harus merasa diberdayakan sehingga dapat berkarya dengan sepenuh hati. Artinya, mereka harus merasa bebas untuk berkontribusi secara spesifik sesuai dengan kompetensi masing-masing. Dengan kondisi seperti ini diharapkan setiap personel menyadari otonomi dan diberdayakan oleh organisasi.

Pilar 9 – Pemberdayaan dan Otonomi

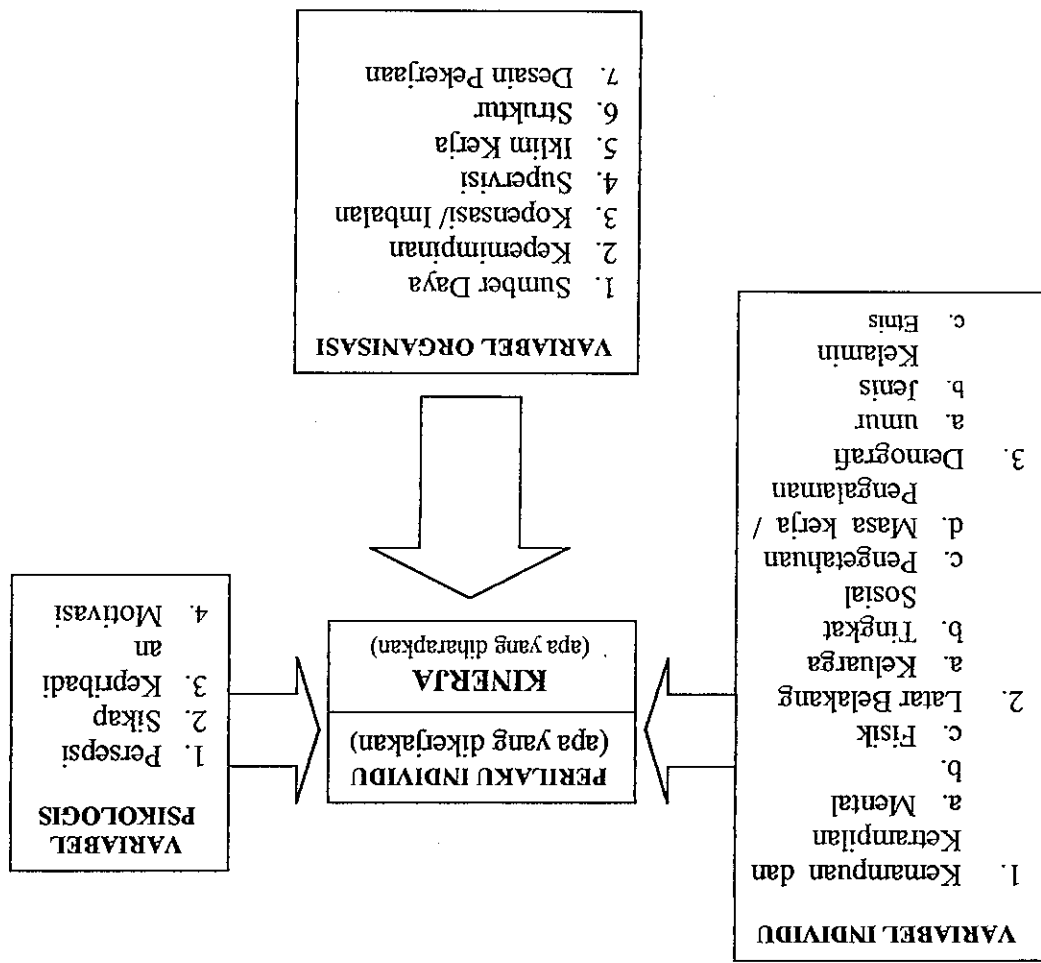
mereka. Umpan balik memberikan informasi seberapa jauh penampilan personel konsisten dengan ekspektasi yang ditentukan. Umpan balik akan efektif bila si penerima mengharapkan informasi, mau mendengar dan merubah perilaku kerja bila dibutuhkan dalam meningkatkan kinerja.

Pilar 12 - Imbalan

Setiap personel membutuhkan insentif baik sosial maupun finansial. Personel akan bekerja keras dan sungguh-sungguh bila usaha mereka menghasilkan apa yang mereka inginkan, butuhkan dan bernilai. Artinya personel akan termotivasi tinggi apabila usaha mereka menghasilkan sesuatu yang diharapkan dan bernilai. Konsekuensinya, lingkungan kerja harus memfasilitasi peluang kepada setiap personel untuk menghasilkan keluaran yang mereka harapkan.

D. Kerangka Teori

Gambar 2.1. Model Teori Perilaku dan Kinerja dari Gibson (1992)

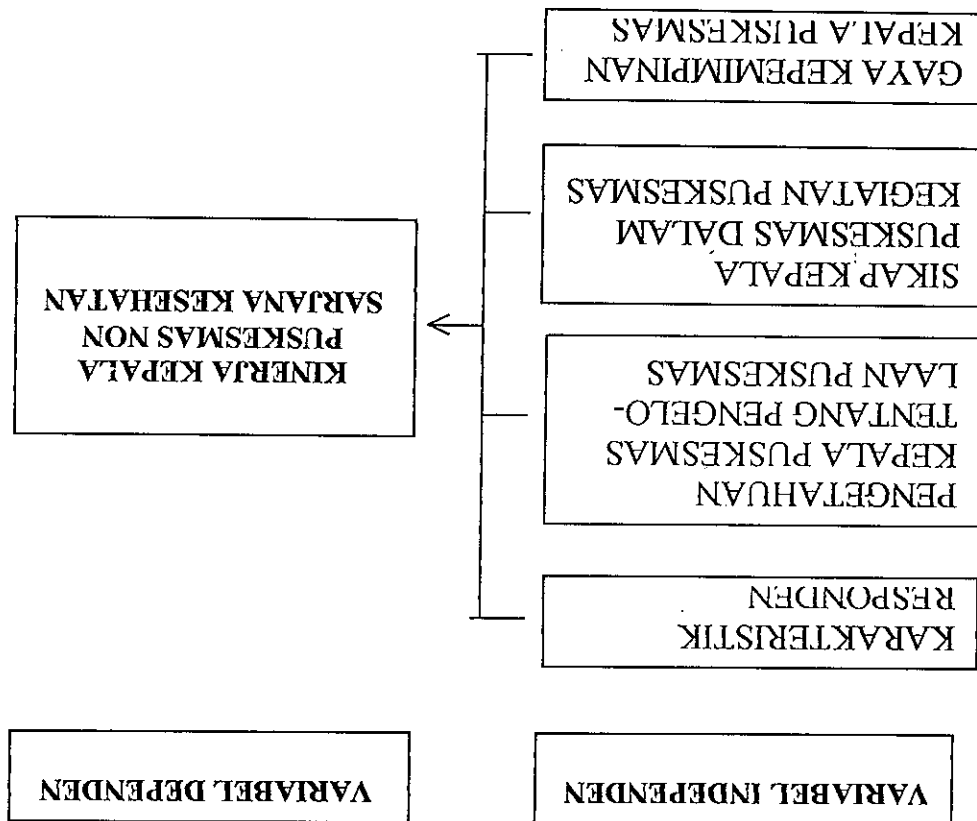


BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep.

Berdasarkan tinjauan pustaka yang tergambar dalam kerangka teori, maka dapat kami susun kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



B. Definisi Operasional

Untuk mendapatkan kesamaan pengertian dalam penelitian ini, maka tiap variabel dijabarkan ke dalam definisi operasional, sebagai berikut :

1. Karakteristik.

Adalah merupakan ciri khusus yang dimiliki oleh responden dan melekat pada diri, antara lain: Umur, jenis kelamin, status marital, pendidikan, masa bakti dan kepanggkatan.

a. Umur

Adalah usia Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen yang dihitung sejak tahun kelahirannya sampai dengan tahun pada saat dilakukan penelitian dan dihitung dengan angka tahun.

b. Jenis Kelamin

Adalah jenis kelamin responden yang terdiri laki-laki atau perempuan dari Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen yang dapat dilihat dan diketahui pada saat dilakukan pengamatan dan wawancara.

c. Status Marital

Adalah status perkawinan seperti yang tercantum dalam KTP dan dapat diketahui pada saat dilakukan wawancara.

d. Pendidikan.

Adalah disiplin ilmu atau tingkat pendidikan formal yang ditempuh oleh responden, sebagai salah satu syarat untuk memperoleh jabatan kepala puskesmas.

d. Masa Bakti

Adalah lama kerja responden sebagai Kepala Puskesmas Non

Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen.

Adalah proses atau sistem kegiatan dan penampilan hasil karya responden baik kwanntitas maupun kualitas yang dapat dilihat berdasarkan tugas pokok dan fungsi Kepala Puskesmas terhadap kegiatan perencanaan, pelaksanaan, koordinasi, pencatatan, pelaporan, pemantauan, dan evaluasi tugas-tugas pokok Puskesmas.

5. Kinerja.

Adalah gaya responden dalam mempengaruhi dan menyakinkan karyawan Puskesmas, sehingga staf dapat digerakkan secara maksimal untuk bertindak sesuai program Puskesmas.

4. Kepemimpinan.

Sikap adalah perasaan seseorang atau pendapat responden yang mendalam terhadap tugas pokok dan fungsi Kepala Puskesmas dalam menghadapi program atau proses kegiatan Puskesmas

3. Sikap.

Penggetahuan adalah kemampuan responden tentang tugas pokok dan fungsi Kepala Puskesmas dalam proses pengelolaan kegiatan pelayanan kesehatan untuk menjalankan organisasi Puskesmas.

2. Pengetahuan.

Adalah pangkat dan golongan ruang bagi pegawai negeri sipil yang disandang oleh responden sebagai salah satu syarat untuk memperoleh jabatan kepala Puskesmas.

e. Kepangkatan

Sedangkan metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif yaitu suatu metode yang menggunakan proses berpikir yang dimulai dengan mengumpulkan data, selanjutnya data dari hasil penelitian yang terkumpul ditarik kesimpulan secara umum. Metode penelitian kualitatif dipilih dengan pertimbangan : pertama, metode kualitatif lebih mudah menyesuaikan apabila berhadapan dengan kenyataan. Kedua, metode kualitatif menyajikan secara

pengaruh-pengaruh dari suatu fenomena. Penelitian deskriptif dilakukan untuk mengetahui sejauh mana proses yang berlaku, kegiatan-kegiatan dan proses sedang berlangsung serta deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* atau belah lintang.

Cuma mencapai tujuan yang telah disebutkan di atas yaitu untuk memperoleh gambaran tentang Kinerja Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen, maka penelitian ini termasuk jenis penelitian

B. Jenis Penelitian

Kabupaten Sragen.

Adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat disamping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah

7. Puskesmas

Pengangkatan dari Bupati KDH Kabupaten Sragen. Puskesmas di Kabupaten Sragen, ditunjukkan dengan Surat Keputusan bidang kesehatan dan sedang menjalani masa bakti sebagai Kepala pada Adalah kepala puskesmas yang berpendidikan Sarjana diluar

6. Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan

Data primer dalam penelitian ini, diperoleh secara langsung dari hasil wawancara mendalam (*Indepth Interview*) terhadap Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan di Kabupaten Sragen. Wawancara mendalam adalah suatu metode yang digunakan pada proses pengumpulan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan dan data secara lisan dari responden / sasaran penelitian.

a. Wawancara Mendalam (*Indepth Interview*).

1. Data Primer.

Data yang diambil oleh peneliti dalam penelitian ini, berupa data primer dan data sekunder.

D. Teknik Pengumpulan Data

Untuk kelengkapan data memerlukan beberapa informan yang terdiri dari: bawahan staf tata usaha dan kelompok fungsional sedang atas terhadap kepala dan karyawan dinas kesehatan kabupaten Sragen, sebagai Triangulasi.

Subyek penelitian adalah Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan pada 6 (enam) Puskesmas di Kabupaten Sragen. Sampel dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas yang lulus dari perguruan tinggi sebagai sarjana muda atau sarjana diluar keilmuan kesehatan. Jumlah responden ada 6 (enam) orang Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan.

C. Subyek Penelitian

Subyek penelitian adalah Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan pada 6 (enam) Puskesmas di Kabupaten Sragen. Sampel dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas yang lulus dari perguruan tinggi sebagai sarjana muda atau sarjana diluar keilmuan kesehatan. Jumlah responden ada 6 (enam) orang Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan.

Menurut Guba dan Lincoln dalam Moleong (2000) pengamatan dalam penelitian kualitatif memegang peranan yang sangat besar karena beberapa alasan, diantaranya karena pengamatan didasarkan atas pengalaman memungkinkan peneliti mencatat peristiwa dalam

b. Pengamatan (observasi)

kelompok terarah (DKT).

Dalam rangka untuk melengkapi data wawancara mendalam juga dilakukan pada informan atasan dan bawahan, atasan yaitu kepala dinas dan bagian yan kes dinas kesehatan kabupaten Sragen. Sedangkan pelaksanaan wawancara mendalam terhadap informan bawahan dilakukan pada staf puskesmas non para medis atau bagian tata usaha, sedangkan staf fungsional atau medis/ para medis dilakukan diskusi

dipakai dan apabila menolak tidak dipakai.

Wawancara mendalam dilakukan kepada responden utama yaitu Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan dengan bantuan instrumen berupa kuesioner atau pedoman wawancara yang telah disusun serta disiapkan sebelumnya, dan dibantu dengan alat tulis. Pada pelaksanaan wawancara mendalam, suasana pembicaraan seakrab mungkin tanpa menimbulkan kesan diwawancarai. Untuk itu, penulis sengaja menggunakan alat bantu *tape recorder*, apabila tidak memakai *tape recorder* kelihatan sibuk catat- mencatat, di khawatirkan akan mengganggu suasana pembicaraan dan informasi / keterangan tidak tergal. Dalam pemakaian *tape recorder* sebelumnya minta izin terlebih dahulu pada informan, berkenan atau tidak apabila berkenan

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa kualitatif yang bersifat terbuka (*Open Ended*) dan mengikuti pola berpikir

D. Analisa Data

Data sekunder adalah data penunjang dan pelengkap dari data primer yang diperoleh dari bawahan staf Puskesmas dan atasan Kepala Dinas atau Wakil Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen.

2. Data Sekunder

Diskusi kelompok terarah (DKT) akan digunakan sebagai pelengkap data atau penguat hasil wawancara mendalam dengan kepala Puskesmas Non sarjana kesehatan. Subyek peserta diskusi kelompok terarah adalah: dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan bidan desa. Jumlah kelompok diskusi terarah sebanyak enam kelompok yang setiap Puskesmas satu kelompok, adapun peserta antara enam sampai sepuluh orang tenaga fungsional.

c. Diskusi Kelompok Terarah (*Focus Group Discussion*)

Data sebagai bahan pengamatan terhadap proses pengelolaan Puskesmas yang dapat dilihat langsung, dan ada bukti- bukti peristiwa yang berawal dari perencanaan, pelaksanaan, koordinasi, pencatatan, pelaporan, pemantauan serta evaluasi program Puskesmas.

memungkinkan peneliti mampu memahami situasi- situasi yang rumit situasi yang berkaitan dengan pengetahuan proposional maupun pengetahuan yang langsung diperoleh dari data, dan pengamatan di lapangan.

Teknik pemeriksaan keabsahan data dengan triangulasi dapat dilakukan pada staf Puskesmas sebanyak dua kelompok (medis dan non medis). bawahan, pada atasan Kepala Dinas Kesehatan dan stafnya, sedang di bawah itu. Triangulasi data dilakukan dengan *cross check* data pada atasan dan data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembandingan terhadap data pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar penelitian kualitatif disebut triangulasi. Triangulasi data adalah teknik Menurut Mathew, (1992) Uji validitas yang dilakukan pada adanya pertanyaan yang benar-benar mengukur dari yang hendak diukur.

konstruk dari sesuatu yang akan diteliti. Melalui uji coba dapat diketahui Uji validitas dimaksudkan untuk meningkatkan validitas tampak dan

E. Validitas dan Reliabilitas Data

tanpa mempengaruhi opini responden. responden dan menguraikan dari apa yang telah didengarnya secara nyata dimana peneliti bertindak sebagai seorang yang mengidentifikasi masalah pendekatan yang digunakan adalah pendekatan emik (*Emic Dimension*), reduksi data, penyajian data, verifikasi dan penarikan kesimpulan. Sedangkan Tahapan analisa data secara analisis isi adalah pengumpulan data, dan disajikan dalam bentuk deskripsi.

Pengolahan data disesuaikan dengan tujuan penelitian selanjutnya diverifikasi diolah dengan metode pengolahan analisa deskripsi isi (*Content Analysis*). Data kualitatif diolah sesuai dengan karakteristik penelitiannya dan yang telah terkumpul kemudian dilakukan kesimpulan.

induktif. Dalam proses berpikir *induktif*, pengujianya bertitik tolak dari data

melalui sumber, metode dan teori. Adapun teknik pemeriksaan keabsahan data terhadap atasan dengan wawancara mendalam pada kepala dinas dan stafnya, sedangkan terhadap bawahan dengan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah. Wawancara mendalam pada staf tata usaha sedangkan diskusi kelompok terarah pada staf fungsional puskesmas, masing-masing puskesmas terdapat satu kelompok diskusi terarah.

Reliabilitas (keterandalan) pada penelitian kualitatif dapat dicapai dengan melakukan auditing data. Hal ini dapat dilakukan dengan cara data hasil wawancara ditulis dan dikelompokkan sesuai dengan topik dari permasalahan.

a. Hambatan sangat terasa saat berada di lapangan terutama pada saat akan melaksanakan kegiatan wawancara mendalam dengan informan. Penulis dihadapkan pada hambatan birokrasi dalam mengurus surat perizinan untuk wawancara dengan informan tertentu.

1. Faktor Penghambat:

antara lain:

Dalam melaksanakan penelitian ini penulis menjumpai beberapa faktor penghambat dan pendukung, terutama dalam melaksanakan kegiatan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah dengan informan. Faktor-faktor tersebut

Sebagaimana telah dituturkan di muka bahwa penelitian ini untuk menjawab permasalahan yang berhubungan dengan kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan di Kabupaten Sragen, adapun datanya diperoleh dengan wawancara mendalam dilakukan terhadap Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, staf tata usaha Puskesmas serta Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen. Peserta diskusi kelompok terarah adalah para petugas fungsional Puskesmas yang terdiri dari: dokter, perawat, bidan induk dan bidan desa.

A. GAMBARAN PELAKSANAAN PENELITIAN

HASIL PENELITIAN

BAB IV

a. Lembaga dimana penulis belajar sangat mendukung pembuatan tesis ini karena penelitian tentang kinerja Kepala Puskesmas non sarana kesehatan masih sangat jarang bahkan belum pernah dilakukan.

b. Secara umum semua informan mendukung penelitian ini, terutama kalangan Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen. Bahwa penelitian ini belum pernah dilakukan dan selalu diminta untuk memonitoring kinerjanya

2. Faktor Pendukung:

a. benar adanya.

b. mengulangi pertanyaan yang sama untuk memastikan bahwa jawaban itu mengutarakan isi hati yang terpendam, sehingga berkali-kali penulis harus seandainya saat menjawab pertanyaan karena betapa semangatnya untuk d. Disamping itu, penulis juga menjumpai beberapa informan yang berbicara kesehatan di puskesmas.

c. Untuk para informan tertentu, penulis harus mempersiapkan sejumlah dana untuk pelaksanaan diskusi kelompok terarah setelah selesai melakukan kegiatan pokok puskesmas. Dengan harapan tidak mengganggu proses pelayanan pelaksanaan diskusi kelompok terarah setelah selesai melakukan kegiatan untuk pengadaan makan siang. Hal ini dapat dipahami karena waktu dana

d. Setelah surat ijin diperoleh, penulis harus dapat menyesuaikan waktunya dengan jadwal kegiatan mereka yang pada umumnya sangat padat dan belum siap. Waktu pelaksanaan wawancara yang sebelumnya telah disepakati, sering ditunda-tunda sehingga pelaksanaan terpaksa mundur.

Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan dari pemerintah daerah bila terjadi sesuatu untuk segera melaporkannya.

B. KARAKTERISTIK KEPALA PUSKESMAS NON SARJANA KESEHATAN

1. Umur
Usia Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan pada tahun 2002, yang berusia 35 tahun seorang, usia 41 tahun seorang, usia 49 tahun dua orang, usia 50 tahun seorang dan usia 52 tahun seorang.

2. Jenis Kelamin
Jenis kelamin Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan pada tahun 2002, yang perempuan seorang, sedangkan laki-laki 5 (lima) orang.

3. Status Marital
Status perkawinan Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan pada tahun 2002, semuanya 6 (enam) orang telah menikah / kawin.

4. Alamat Rumah.
Alamat rumah Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan pada tahun 2002, semuanya 6 (enam) orang berdomisili diluar wilayah kerja Puskesmasnya.

5. Jarak Rumah Dengan Tempat Kerja.
Jarak rumah domisili Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan dengan tempat kerja pada tahun 2002, yang berjarak 11 Km dua orang, berjarak 15 Km seorang, berjarak 25 Km seorang dan yang berjarak 30 Km dua orang.

6. Pendidikan.
 Pendidikan formal yang dimiliki oleh Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, untuk dapat diangkat dan salah satu syarat sebagai Kepala Puskesmas pada tahun 2002, dengan berbagai disiplin ilmu, antara lain: sarjana Sosial Politik 2 (dua) orang, sarjana Pendidikan 2 (dua) orang, sarjana Ekonomi seorang dan sarjana Hukum seorang.
7. Kepangkatan.
 Kepangkatan atau golongan ruang Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan pada tahun 2002, sebagai salah satu syarat untuk memperoleh jabatan Kepala Puskesmas adalah, semuanya 6 (enam) orang berpangkat Penata dengan golongan ruang III c.
8. Masa Kerja.
 Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, masa kerja sebagai pegawai negeri sipil pada tahun 2002, 6 (enam) orang terdiri dari terendah 8 tahun, 10 tahun, 19 tahun 25 tahun, 26 tahun dan terlama 30 tahun.
9. Pengalaman Kerja.
 Pengalaman bekerja Kepala Puskesmas Non sarjana kesehatan, dari jumlah enam yang tiga telah berkecimpung di jajaran kesehatan sebagai staf Dinas Kesehatan dua orang dan yang satu sebagai staf Puskesmas Kalijambe Kabupaten Sragen. Tiga orang lainnya dari staf pemerintah daerah, Dinas Pekerjaan Umum dan Kantor Transmigrasi Kabupaten Sragen.

Di kabupaten Sragen jumlah seluruh Puskesmas ada 26 (dua enam) unit, dengan 6 (enam) Puskesmas dikepalai oleh sarjana non kesehatan. Sebelum mengadakan wawancara terlebih dulu peneliti datang untuk berkenalan dan memberi tahu maksud dan tujuan sekaligus menentukan waktu untuk mengadakan wawancara mendalam. Pelaksanaan wawancara mendalam dilakukan di ruang kerja masing-masing Kepala Puskesmas. Secara umum semuanya mau untuk direkan dengan *tape recorder*. Pelaksanaan wawancara cukup mendapatkan tanggapan positif dari Kesehatan.

a. Wawancara Mendalam Dengan Kepala Puskesmas Non Sarjana
 Wawancara mendalam penulis laksanakan pada waktu jam kerja dan di ruang kerja masing-masing petugas. Suasana wawancara agar kelihatan santai dan akrab, penulis memakai alat bantu *tape recorder*, bagi mereka yang mau dan bagi yang menolak untuk direkam penulis dengan mencatat hasil wawancara. Proses pelaksanaan wawancara mendalam adalah sebagai berikut:

1. Wawancara mendalam (*Depth Interview*).

C. HASIL PEROLEHAN DATA DALAM PENGELOLAAN PUSKESMAS.

10. Lama Menjabat Sebagai Kepala Puskesmas.
 Lama bekerja sebagai Kepala Puskesmas di Kabupaten Sragen sampai pada bulan November tahun 2002, semuanya 6 (enam) orang telah bekerja selama 1 (satu) tahun 3 (tiga) bulan.

Wawancara mendalam pada atasan dilakukan terhadap Kepala Dinas Kesehatan, Wakil Kepala Dinas Kesehatan dan beberapa staf di Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen. Yang sebelumnya telah menyepakati waktu untuk wawancara bersama peneliti. Pelaksanaan wawancara mendalam kurang lebih memerlukan waktu 120 menit, dilakukan di ruang kerjanya masing-masing dengan bantuan *tape recorder* untuk memudahkan penulis agar lebih *efektif* dan *efisien* dalam wawancara.

c. Wawancara Mendalam Terhadap Informan Atasan

Wawancara mendalam terhadap informan bawahan dilakukan terhadap karyawan dengan tujuan, untuk memastikan data-data yang telah diperoleh dari Kepala Puskesmas sebagai (*counter check data*). Wawancara mendalam terhadap informan bawahan dilakukan terhadap karyawan dengan tujuan, untuk memastikan data-data yang telah diperoleh dari Kepala Puskesmas sebagai (*counter check data*). Wawancara mendalam terhadap informan bawahan dilakukan terhadap karyawan dengan tujuan, untuk memastikan data-data yang telah diperoleh dari Kepala Puskesmas sebagai (*counter check data*). Wawancara mendalam terhadap informan bawahan dilakukan terhadap karyawan dengan tujuan, untuk memastikan data-data yang telah diperoleh dari Kepala Puskesmas sebagai (*counter check data*).

b. Wawancara Mendalam Terhadap Informan Bawahan.

Wawancara mendalam terhadap informan bawahan dilakukan terhadap karyawan dengan tujuan, untuk memastikan data-data yang telah diperoleh dari Kepala Puskesmas sebagai (*counter check data*).

Waktu yang digunakan untuk pelaksanaan kegiatan diskusi kelompok terarah, sebelumnya peneliti telah datang di Puskesmas untuk membuat kesepakatan waktu dengan Kepala Puskesmas. Peserta diskusi kelompok terarah adalah petugas fungsional yang jumlahnya antara 6 (enam) sampai 10 (sepuluh) orang, terdiri dari dokter, perawat, bidan induk dan bidan desa. Saat yang digunakan untuk DKT sehabis menjalankan pelayanan kesehatan pada masyarakat, dengan harapan tidak mengganggu proses pelayanan kesehatan di Puskesmas. Dengan waktu berkisar jam 12.00 WIB, sehingga peneliti harus menyediakan hidangan dengan harapan para karyawan segar kembali dan bersemangat untuk berdiskusi. Tanggapan dari peserta diskusi sangat positif sekali, karena merupakan forum yang dapat untuk mencurahkan perasaan dalam diri masing-masing peserta. Karena semangatnya dari beberapa peserta sudah menyiapkan materi untuk menceritakan keadaan dengan bukti yang sesungguhnya. Peserta kelihatan sangat mengharapkan sekali acara diskusi seperti ini, untuk bercerita secara terbuka apa adanya. Untuk menjaga pelaksanaan diskusi agar berjalan terarah sesuai dengan tujuan penelitian, dengan moderator Suhono, SKM.

2. Pelaksanaan Diskusi Kelompok Terarah (DKT).

Wawancara dilakukan pada pagi hari jam 07.00 WIB sehabis menjalankan apel pagi, dengan harapan mencari saat yang longgar dari tamu-tamu kedinasan, adapun hasil wawancara mendalam pada tabel 4.2.

Tabel 4.2. REKAPITULASI DATA DARI 4 (EMPAT) KELOMPOK INFORMAN, WAWANCARA MENDALAM DARI: A. KEPALA PUSKESMAS NON SARJANA KESEHATAN, B. BAWAHAN (STAF TATA USAHA PUSKESMAS), C. ATASAN (KEPALA, WAKIL DAN STAF DI DINAS KESEHATAN), DAN D. BAWAHAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH (STAF FUNGSIONAL PUSKESMAS).

I. PENGETAHUAN KEPALA PUSKESMAS NON SARJANA KESEHATAN.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR.
1	Kepala puskesmas sebelum diangkat, jabatan apa yang disandanginya?	Jawaban informan sebagian telah lama berkecimpung di jajaran kesehatan dan sebagian dari luar kesehatan.	Jawaban informan tiga orang dari jajaran kesehatan, sedang yang tiga dari pememrintah daerah.	Informan menjawab bahwa orang dalam tiga orang luar tiga.	Jawaban informan dari kesehatan tiga orang dari luar tiga orang.	Jawaban dari informan sebagian 3 (tiga) orang telah lama bertugas di jajaran dinas kesehatan, sedangkan yang separo lainnya dari dinas transmigrasi, pekerjaan umum dan pemerintah daerah kabupaten Stragen.
2	Sebelum menjabat kepala puskesmas apakah mendapatkan pelatihan atau kursus tentang manajemen Puskesmas ?	Semua menjawab dikursus terlebih dulu sebelum menjabat puskesmas.	Semua mengatakan langsung sebagai kepala puskesmas.	Bahwa semua informan yang diketahui tugas di puskesmas.	Tidak dilakukan pelatihan, jadi dilantik oleh bapak Bupati pindah langsung tugas baru.	Semua informan menjawab sebelum menjabat kepala puskesmas tidak diberi pelatihan atau kursus, jadi dari tugas lama dilantik sebagai kepala puskesmas langsung pindah ke tempat tugas baru.
3	Apakah kepala puskesmas mengetahui tentang paradigma sehat ?	Sebagian mengatakan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.	Pada umumnya informan tidak tahu tentang pengetahuan kepala Indonesia sehat.	Secara detail kegiatan tentang paradigma sehat kurang tahu, tapi kalau harapan tentang Indonesia sehat tahun 2010, setidaknya tahu.	Sebagian besar informan mengatakan bahwa kepala tidak mengerti secara rinci, karena kegiatan antara promotif, preventif, curatif dan rehabilitatif tidak ada yang diprioritaskan.	Secara umum informan menjawab bahwa pengetahuan kepala puskesmas tentang paradigma sehat kurang, karena jenis pelayanan ya biasa-biasa saja, justru pengobatan yang sering dipantau, sebagian kecil menjawab ada yang mengarah ke penyuluhan kesehatan masyarakat.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
4	Bagaimanakah pelaksanaan tugas pokok dan fungsi puskesmas?	Semua menjawab ada 18 tugas pokok dan puskesmas, dan berjalan lancar.	Keseluruhan informan mengatakan ada 18 tugas pokok puskesmas, tapi realisasi pelaksanaannya kurang baik.	Semua dengan pedoman kerja ada 18 tugas pokok, pelaksanaannya biasa saja.	Semua informan mengetahui ada 18 tugas pokok, tapi pelaksanaannya tidak ada peningkatan.	Keseluruhan informan menjawab ada 18 tugas pokok, tapi pelaksanaannya biasa saja, ada sebagian kecil informan yang mengatakan cenderung mundur, karena pemantauan yang kurang dari kepala puskesmas.
5	Bagaimanakah pelaksanaan tugas pokok dan fungsi kepala puskesmas ?	Semua menjawab informan bertugas menjawab mengkoordinasikan semua kegiatan yang ada di puskesmas.	Secara umum tugasnya hanya sebagai manager, sedang fungsinya kurang tepat karena tidak mengerti tentang kesehatan.	Apabila mau belajar dan sering koordinasi dengan staf fungsional akan lancar lancar saja.	Sebagian informan mengatakan bahwa informan mengatakan tanpa kepala puskesmas yang non sarjana kesehatan inipun sudah berjalan.	Sebagian besar menjawab bahwa kepala puskesmas non sarjana kesehatan kurang baik karena mengkoordinasikan staf yang memiliki profesi kesehatan sedangkan kepalanya tidak memiliki keahlian tentang kesehatan secara holistik.
6	Bagaimanakah proses pembagian tugas pokok, pada staf puskesmas ?	Semua informan mengatakan tidak mengadakan perubahan dalam tugas pokok petugas, karena telah berjalan lancar.	Secara umum informan berkomentar tidak ada pembagian tugas pokok selama dijabat oleh kepala yang sekarang ini.	Apabila mengasikan petugas puskesmas ke dinas untuk kegiatan peningkatan program, staf yang datang orangnya tetap seperti yang dulu--dulu saja.	Informan sebagian besar menjawab kepala tidak mengetahui berbagai macam kegiatan tugas pokok, jadi tidak ada pembagian dan hanya meneruskan dari kepala yang sebelumnya	Semua informan menjawab, selama menjabat tidak mengadakan perubahan pembagian tugas pokok, rubahannya dari kepala yang sebelumnya, sebagian kecil informan menjawab kepala terkesan kurang mengetahui tentang kegiatan puskesmas sehingga takut untuk mengadakan perubahan kalau tidak bisa diterima staf.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
7	<p>Bagaimanakah proses membuat perencanaan atau micro planning puskesmas?</p>	<p>Secara menjawab membuat perencanaan puskesmas, hanya satu yang membuat perencanaan tahunan puskesmas.</p>	<p>Pada informan tidak membuat planning of action (POA)</p>	<p>Dalam hasil supervisi informan tidak ada yang membuat POA.</p>	<p>Dengan tegas dan kompak sebagian besar informan menjawab kepala tidak membuat perencanaan kerja puskesmas. Tapi dari beberapa informan inisiatif sendiri untuk membuat rencana kegiatan walaupun tidak ada perintah dari kepalanya</p>	<p>Secara umum puskesmas dengan kepala non sarjana kesehatan tidak membuat perencanaan tahunan puskesmas, hanya satu puskesmas yang membuat perencanaan tahunan puskesmas.</p>
8	<p>Bagaimanakah proses penggerakkan pelaksanaan puskesmas atau mini loka karya puskesmas? a. Rapat bulanan puskesmas?</p>	<p>Secara umum informan menjawab bahwa kegiatan rapat rutin bulanan dilaksanakan sebulan sekali rutin, hanya satu informan yang menjawab dilaksanakan secara insidentil bila ada program baru.</p>	<p>Jawaban informan bahwa sebagian rutin malakukan rapat dan sebagian tidak rutin mengadakan rapat bulanan.</p>	<p>Sebagian informan besar tidak rutinitas kegiatan rapat rutin di puskesmas.</p>	<p>Separo informan menjawab ada rapat rutin setiap bulan, sedang yang separeo informan menjawab tidak rutin setiap bulan.</p>	<p>Secara umum informan menjawab bahwa rapat rutin dilaksanakan tapi ada yang rutin setiap bulan dan ada yang tidak rutin setiap bulan, dan sebagian kecil informan mengatakan bahwa rapat rutin dilakukan secara insidentil.</p>

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
	b. Bagaimanakah rapat lintas kepala sektor puskesmas ?	Secara umum informan menjawab selalu menghadiri rapat rutin lintas sektor baik di kecamatan maupun di instansi lain.	Pada umumnya kepala yang sering mendatangi rapat di tingkat kecamatan.	Jawaban informan bahwa apabila ada rapat di dinas yang berkaitan dengan teknis untuk bersama diwajibkan datang bersama doktermnya.	Sebagian informan menjawab bahwa kepala sekarang sering menghadiri rapat dikacamatan mengajak staf fungsional	Sebagian besar informan menjawab bahwa rapat lintas sektor rutin dilaksanakan dan secara umum dihadapinya secara pribadi, walaupun ada yang harus dihadiri berdua dengan teknis medis, sebagian kecil mewakili langsung ke teknis medis.
9	c. Bagaimanakah kepala puskesmas dalam menggalang stafnya bekerja agar dapat bekerja dengan maksimal?	Secara umum informan menjawab dengan memberi kepercayaan pada staf secara penuh karena ilmu kesehatan stafflah yang lebih menguasai.	Sebagian besar Jawaban informan Memberi dukungan dengan kerja sama pada staf puskesmas.	Jawaban informan bahwa terlihat merasa kurang tepat atau lebih kalah atau mengalah.	Keseluruhan informan menjawab dalam penggalangan staf terkesan kurang berani karena merasa tentang pengetahuan tentang kesehatan kurang tahu.	Secara umum informan menjawab bahwa dalam menggalang staf kurang berani dalam melangkah hanya memberi kepercayaan pada staf karena mereka yang lebih tahu tentang teknis kesehatan, sebagian kecil ingin belajar agar staf punya rasa segan.
	d. Bagaimana kepala puskesmas dalam menggalang kerja sama lintas sektor?	Keseluruhan informan menjawab selalu memunculkan program puskesmas setiap dalam rapat lintas sektor.	Sebagian besar informan menjawab dapat menarik lintas sektor, terlihat dukungan dari luar kurang.	Jawaban informan bahwa kurang berani dalam menggalang atau menyampaikan program puskesmas.	Semua informan menjawab bahwa kepala dalam program mensosialisasi program puskesmas kurang berani dan kurang rinci..	Secara umum informan menjawab kurang beraninya kepala dalam menampilkan ide baru program puskesmas, ada sebagian kecil yang menjawab bila ada masalah baru mencari dukungan lintas sektor.
9	Bagaimanakah proses kepala puskesmas dalam memberikan bimbingan teknis atau supervisi pada staf?	Semua informan menjawab bahwa untuk bimbingan kepegawaian dapat dilaksanakan sendiri, tetapi untuk bimbingan teknis medis diserahkan pada dokter puskesmas yang senior.	Secara umum jawaban informan petugas tata usaha mendapatkan bimbingan dan juga dimintai pertimbangan dalam mendisposisi surat kepada petugas yang bersangkutan.	Jawaban informan untuk bimbingan program atau proyek tertentu , memang diberi pengarahan dari dinas untuk menyamakan persepsi agar sama.	Secara keseluruhan informan menjawab bahwa pembimbingan kepala puskesmas tentang teknis medis sangat kurang sekali dan seakan dibiarkan agar berjalan sendiri-sendiri.	Secara umum informan menjawab tugas bimbingan teknis medis dilimpahkan pada dokternya yang senior, dan satu informan menjawab tidak banyak memberikan bimbingan teknis medis karena sudah dibimbing dari dinas Kesehatan kabupaten.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
10	Bagaimanakah proses kepala puskesmas dalam memantau kegiatan puskesmas atau laporan SP2TP puskesmas ?	Sebagian informan menjawab selalu memantau dan menanda tangani laporan sebelum dikirim ke dinas kesehatan, informan menjawab dalam proses untuk memantau dengan buku kendali khusus untuk berbagai jenis laporan.	Secara keseluruhan informan menjawab bahwa semua laporan pasti ditanda tangani, jadi sangat jarang mengoreksi dan mengembalikan untuk direvisi.	Jawaban informan bahwa laporan selama ini biasa-biasa saja tidak ada gejala yang berarti.	Secara umum informan menjawab bahwa kepala puskesmas tidak memantau kegiatan karena terkesan tidak mengerti proses kegiatan teknis medis yang dijalankannya.	Secara umum informan menjawab bahwa proses pemantauan kegiatan sangat lemah sekali, terkesan tidak tahu dan hanya menanda tangani laporan, satu informan menjawab dalam proses pemantauan dengan buku kendali khusus untuk berbagai jenis laporan.
11	Bagaimanakah kepala puskesmas dalam mengevaluasi hasil cakupannya kegiatan atau stratifikasi puskesmas?	Sebagian informan menjawab bahwa untuk evaluasi penghitungan hasil cakupan kegiatan telah dilaksanakan oleh petugas tata usaha dan hasilnya strata hijau, sebagian kecil informan menjawab ikut terlibat dalam menghitung cakupan stratifikasi puskesmas	Secara keseluruhan informan menjawab untuk penghitungan stratifikasi yang menggarapnya adalah staf tata usaha puskesmas, kepala tahu hasil matangnya dan membawanya untuk rapat di dinas kesehatan.	Jawaban informan tentang stratifikasi puskesmas yang dipegang oleh kepala non sarjana kesehatan biasa-biasa saja tidak ada gejala yang aneh.	Pada dasarnya informan melaksanakan kegiatan puskesmas seperti biasanya, karena kepala seakan juga pasrah dan terseleh asal kegiatan berjalan.	Sebagian besar informan menjawab bahwa kepala kurang mepedulikan kegiatan yang penting berjalan, untuk evaluasi cakupan kegiatan dihitung oleh petugas yang terbiasa menghitung yaitu bagian tata usaha dengan hasil stratanya hijau, sebagian kecil menjawab ikut menganalisisnya dan ada yang menjawab stratanya tetap kuning.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
12	<p>Bagaimanakah kebijakan kepala puskesmas dalam mengelola keuangan dan barang ?</p> <p>a. Tentang keuangan ?</p>	<p>Semua informan dengan jawaban uang dipegang bendahara, ada tiga bendahara, kepala mengecek dalam setiap bulannya.</p>	<p>Sebagian informan lebih teliti terhadap keuangan.</p>	<p>Jawaban informan untuk pengelolaan uang kepala puskesmas teliti, karena termasuk barang rawan.</p>	<p>Secara keseluruhan informan menjawab ada ketelitian masalah keuangan puskesmas</p>	<p>Secara umum menjawab pengelolaan uang lebih teliti dan dipegang oleh 3 (tiga) petugas bendahara untuk pengawasannya selalu cek-recek buku setiap bulan, satu responden menjawab ada 2 (dua) bendahara.</p>
	<p>b. Pengelolaan barang dan buku Puskesmas ?</p>	<p>Keenam informan menjawab bahwa penataan barang belum tertata dengan baik, namun perencanaan akan dibenahi baik barang maupun buku-buku puskesmas.</p>	<p>Semua informan mengakui untuk buku inventarisasi barang ada, namun untuk kartu masing-masing ruangan belum ada karena barang sering pindah -pindah tempat.</p>	<p>Jawaban informan sewaktu mengadakan penataan barang dan buku kurang penanganannya khusus.</p>	<p>Secara umum informan menjawab tidak adanya penanganan, terkesan kepala membutuhkan atau tidak tahu fungsi dari alat-alat maupun buku.</p>	<p>Secara umum informan menjawab barang atau alat-alat puskesmas belum ditata rapi, begitu juga buku-buku belum tertib dalam wadah yang khusus, dan tidak ada perawatan terlihat terlantar.</p>
13	<p>Bagaimanakah pengelolaan surat-surat di puskesmas ?</p>	<p>Semua informan menjawab pengelolaan persuratan lancar tidak ada permasalahan.</p>	<p>Sebagian informan menjawab surat agenda surat masuk, lembar disposisi dan pengarsipan berjalan lancar.</p>	<p>Jawaban informan bahwa pengelolaan surat tidak mengalami kesulitan.</p>	<p>Sebagian informan menjawab bahwa puskesmas dalam mendisposisi surat terjadi tidak tepat antara isi surat dengan petugasnya, sebagian menjawab biasa -biasa saja.</p>	<p>Sebagian informan menjawab pengelolaan surat-surat berjalan lancar mulai dari agenda surat masuk, pendisposisian, sampai pengarsipan, yang sebagian menjawab terjadinya kesalahan kepala dalam mendisposisi surat tidak pas dengan petugas yang bersangkutan.</p>
14	<p>Bagaimanakah sistem pengelolaan obat-obatan di puskesmas ?</p>	<p>Ke enam informan menjawab tentang pengelolaan obat, untuk pengajian dokter kepala puskesmas, kepala tanda tangan.</p>	<p>Secara umum informan menjawab perihal obat kepala menurut saja pada dokter puskesmas.</p>	<p>Secara umum menjawab bahwa obat akan lancar-lancar saja apabila hubungan kepala dengan dokter harmonis.</p>	<p>Keseluruhan informan bahwa kepala tidak mengerti tentang obat, dan hanya manut dengan petugas obat dan dokter puskesmas.</p>	<p>Semua informan menjawab bahwa kepala puskesmas tentang obat tidak tahu, jadi harus koordinasi dengan dokter puskesmas, apabila dokternya telah setuju baru di tanda tangani untuk mengajukan bon obat.</p>

II. SIKAP KEPALA PUSKESMAS NON SARJANA KESEHATAN TERHADAP PENGELOLAAN PUSKESMAS.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
1	Bagaimanakah pendapat saudara tentang kebijakan pemerintah daerah dengan diterapkannya kepala puskesmas non sarjana kesehatan?	Secara umum informan menjawab bahwa penempatannya sebagai kepala puskesmas merupakan tugas yang berat, karena ilmu yang dipelajari tentang kesehatan sangat kurang.	Keseluruhan informan menjawab kurang tepat karena stafnya orang yang mahir dalam kesehatan.	Informan menjawab sebenarnya kurang tepat tapi ini merupakan kebijakan pemerintah kabupaten Sragen.	Semua informan menjawab tidak setuju karena orang yang kurang tahu masalah kesehatan untuk bidang manajemen kesehatan.	Semua informan menjawab bahwa kepala puskesmas dijabat oleh sarjana non kesehatan tidak setuju, termasuk yang melaksanakan merupakan tugas yang berat, karena tugas yang sebelumnya tidak terbayangkan sama sekali. Ada sebagian kecil informan menjawab kami merupakan korban dari SOT atau dampak otonomi daerah sekarang ini.
2	Menurut saudara puskesmas ini berperan sebagai lembaga usaha ataukah lembaga birokrasi ?	Sebagian informan mengatakan dengan adanya target yang makin meningkat, arahnya lebih berperan ke lembaga usaha dibanding untuk sosial birokrasi.	Semua informan menjawab dengan tuntutan target yang harus tertutup, maka lebih berperan ke usaha.	Informan menjawab adanya memang tarif untuk berobat Ke puskesmas menjadi Rp3000 (tiga ribu) sekali periksa.	Keseluruhan informan menjawab bahwa target mendapat sorotan dari kepala puskesmas, ada sebagian kecil informan penekanan terhadap hasil setoran dari bidan di desa	Sebagian besar informan menjawab lebih berperan sebagai lembaga usaha terbukti adanya target setoran yang selalu menjadi sorotan, sebagian kecil informan yang berani menjawab tidak setuju dibebani target atau retribusi, jadi kami lebih mengutamakan pelayanan kesehatan walaupun tidak mengesampingkan setoran.
3	Bagaimanakah pendapat kepala puskesmas dalam menanggapi tugas pokok puskesmas ?	Sebagian informan menjawab besar memberi kepercayaan kepada karyawan yang mengerti teknisnya dalam berbagai macam kegiatan atau tugas pokok puskesmas	Semua informan menjawab bahwa usaha tata kewenangan dan administrasi dan kepegawaian.	Semua informan menjawab bahwa kepala terlihat bersikap mendukung terhadap pelaksanaan tugas puskesmas pokok dengan pasif.	Keseluruhan informan menjawab yang penting kegiatan berjalan sesuai petunjuk dari dinas kesehatan.	Semua informan menjawab sangat mempercayakan pada staf fungsional karena merekalah yang memiliki pendidikan dalam bidangnya, jadi tidak mengadakan perubahan atau kebijakan dalam berbagai tugas pokok puskesmas.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
4	Bagaimanakah langkah kepala puskesmas dalam menanggapi perencanaan puskesmas atau micro planning puskesmas ?	Secara umum informan kurang memperhatikan terhadap perencanaan atau micro planning puskesmas, karena tanpa hal tersebut kegiatan dapat berjalan.	Secara umum jawaban petugas tata usaha kepala puskesmas yang sekarang tidak membuat POA (planning of action) puskesmas, untuk sebelumnya pasti membuatnya.	Secara umum informan memang tidak ada paksaan untuk membuat, tapi sebaiknya harus membuatnya perencanaan tahunan puskesmas.	Secara umum informan kepala puskesmas kurang dapat membuat perencanaan puskesmas, apalagi kalau kepala tidak mau melihat atau mempelajari POA tahun sebelumnya yang dibuat oleh kepala yang sebelumnya	Secara umum informan menjawab, tidak membuat rencana tahunan puskesmas karena tidak ada teguran dari dinas kesehatan, jadi berjalan seperti biasanya tugas-tugas rutin, hanya satu puskesmas yang membuat perencanaan tahunan puskesmas.
5	Bagaimanakah strategi kepala puskesmas dalam pelaksanaan program kegiatan puskesmas atau mini loka karya tentang: a. Lintas program ?	Secara umum informan menjawab untuk sataf menggalang berprestasi mengalami kesulitan karena kurang mengerti tentang teknis pelayanan, sehingga hanya mendukung staf dalam perihal partisipatif kedisiplinan pegawai.	Sebagian informan menjawab besar untuk petugas tata usaha terkesan lebih berat karena harus meluruskan bila terjadi pendisposisian surat kurang pas dan untuk narasi surat harus lebih halus bahasanya.	Informan menjawab dari hasil supervisi dapat memberikan masukan bahwa staf penggerak dapat dilihat kurang tidak ada laporan tentang mini lokakarya puskesmas.	Secara umum informan menjawab kepala puskesmas dalam penggerakan staf puskesmas kurang berani mengambil kebijakan yang tegas terkesan perasaannya takut karena kurang dari sisi pengetahuan tentang kesehatan sedang stafnya seorang profesi kesehatan, apalagi hidupnya lebih mapan, dan sebagian kecil menjawab untuk memberikan budaya pekewuh tentang kedisiplinan.	Sebagian besar informan menjawab kepala puskesmas dalam penggerakan staf puskesmas kurang berani mengambil kebijakan yang tegas terkesan perasaannya takut karena kurang dari sisi pengetahuan tentang kesehatan sedang stafnya seorang profesi kesehatan, apalagi hidupnya lebih mapan, dan sebagian kecil menjawab untuk memberikan budaya pekewuh tentang kedisiplinan.
	b. Lintas sektor ?	Secara keseluruhan menjawab bahwa lintas sektor baik, dan dalam waktu pertemuan selalu memunculkan program kesehatan.	Keseluruhan informan menjawab untuk lintas sektor sering dihadiri secara pribadi.	Secara umum informan menjawab dengan dasar bila menghadiri rapat kerja di dinas kesehatan, secara performance kalah dengan kepala yang sarjana kesehatan.	Secara umum dalam menjawab menghadiri rapat saja minta dengan staf fungsional, karena takut kalau ada usulan masalah kesehatan tidak pas dalam menjawabnya.	Secara umum informan menjawab perasaan takut selalu menyelumuti karena kurangnya pengetahuan tentang kesehatan sehingga minta didampingi staf fungsional dalam mengikuti staf fungsional dalam lintas sektor, sebagian kecil informan menjawab selama ada sangkutannya dengan kepala berangkat sendiri, tapi bila teknis di wakilkan langsung ke staf teknis.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
6	Bagaimanakah tehnik kepala puskesmas dalam memberikan bimbingan atau supervisi terhadap staf puskesmas?	Semua informan berpendapat bahwa merasa kurang tentang ilmu kesehatan sehingga kewenangan memberi dokter puskesmas, jadi untuk supervisi selalu menurut yang lebih senior dan sesuai ilmunya.	Semua informan kepala puskesmas membicarakan masalah tenis langsung sesuai komandonya untuk teknis terserah pada dokternya.	Semua informan menjawab sesuai hasil supervisi, untuk teknis dipasrahkan dokter, untuk kepegawaian kepalanya sendiri.	Semua informan jarang bimbingan tidak pernah kepala membimbing tentang teknis medis, suruh berjalan sesuai dengan petunjuk dari dinas kesehatan.	Semua informan menjawab bimbingan teknis medis diserahkan pada dokter puskesmas, sedangkan kepegawaian berusaha dibimbing sendiri, sifatnya kepala hanya mengetahui bahwa kegiatan lancar dan tidak ada teguran dari dinas kesehatan sebagai tolok ukurnya.
7	Bagaimanakah pendapat kepala puskesmas tentang pemantauan kegiatan atau SP2TP puskesmas ?	Secara umum informan menjawab meneliti semua hasil kegiatan atau laporan yang akan dikirim ke dinas kesehatan.	Secara umum informan bersikap pasif hanya bertugas menanda nanda tangani hasil blangko laporan yang akan dikirim ke dinas kesehatan	Informan menjawab selama ini tidak ada masalah tentang waktu laporan, juga biasa saja.	Secara umum informan menjawab bahwa kurang dalam hal memantau, ada yang bilang mengerti bagaimana caranya kerja saja tidak tahu suruh mantau.	Secara umum informan menjawab bahwa kepala dalam memantaunya sebatas ada masalah atau tidak, jadi kurang mengerti tentang proses kegiatannya yang ada dilapangan, sedangkan laporan kegiatan selalu ditanda tangani kepala baru dilaporkan ke dinas, satu puskesmas yang agak aktif maksudnya memiliki alat berupa buku bantu untuk mengetahui berbagai jenis laporan yang harus dikirim ke dinas kesehatan.
8	Bagaimanakah kepala puskesmas dalam mengevaluasi hasil kegiatan atau stratifikasi puskesmas ?	Secara umum informan menjawab ikut aktif dalam menghitung hasil kegiatan dalam satu tahun atau stratifikasi dan rapat di dinas kesehatan.	Keseluruhan informan menjawab bahwa petugas tata usaha yang menghitung hasil stratifikasi puskesmas kepala untuk mengetahui hasil matang dan dilanjutkan rapat di dinas kesehatan	Secara umum informan menjawab bahwa rapat stratifikasi adalah petugas tata usaha dan kepala puskesmas.	Secara umum yang dikalkulasi data adalah staf bukan puskesmas, atau bukan kepala puskesmas.	Secara umum menjawab bahwa yang menghitung hasil kegiatan atau stratifikasi adalah staf puskesmas bukan kepala, untuk rapat di dinas adalah staf bersama kepala puskesmas, dan secara umum hasil stratifikasi hijau, ada yang kuning satu puskesmas.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
9	<p>Bagaimanakah pendapat kepala puskesmas dalam mengelola keuangan dan barang ?</p> <p>a. Tentang keuangan ?</p>	<p>Keseluruhan menjawab untuk keuangan kami teliti setiap bulan, karena uang masalah rawan yang harus pengawasan dengan ketat dan transparan.</p>	<p>Keseluruhan menjawab masalah keuangan kepala selalu mengecek pada bendahara.</p>	<p>Informan menjawab tentang keuangan tidak ada masalah , namun sedikit pandangan banyak yang untuk fisik membangun puskesmas.</p>	<p>Secara umum informan menjawab keuangan mudeng tentang perihal tersebut</p>	<p>Secara umum menjawab pengelolaan uang teliti dan jeli karena menganggapnya barang rawan dan setiap bulan adanya cek-recek terhadap buku kas dengan bendahara, bisa dibuktikan kegunaannya, uang selalu dimasukkan ke rekening atas nama kepala, buku dibawa bendahara</p>
b. Pengelolaan barang dan buku Puskesmas ?	<p>Secara umum menjawab belum tertata rapi namun rencana kami tertibkan, begitu juga buku yang belum terawat secara khusus.</p>	<p>Sebagian besar Informan menjawab dalam menginventaris barang belum ada untuk tiap- tiap ruangan atau KIR (kartu inventaris ruangan), kepala pasif dalam pengelolaan.</p>	<p>Informan menjawab dengan dasar hasil supervisi bahwa penataan barang dan buku kurang terawat.</p>	<p>Semua informan menjawab sebetulnya kepala punya kelebihan tentang perihal tersebut karena bukan teknis medis tapi kenyataanya tidak ada peningkatan.</p>	<p>Secara umum informan menjawab kepala puskesmas pasif tentang pengelolaan barang dan buku , karena tidak adanya terlihat KIR (kartu inventaris ruangan) dan tempat perpustakaan kurang terurus dengan khusus sehingga tidak memberi nafsu staf untuk membaca.</p>	
10	<p>Bagaimanakah kebijakan kepala puskesmas dalam pengelolaan surat- surat- menyurat di puskesmas ?</p>	<p>Sebagian besar informan menjawab telah melalui dengan sistem yang baik, berawal agenda surat masuk, pendisposisian dan pengarsipan pada staf yang berkopentent tentang isi surat.</p>	<p>Sebagian besar informan menjawab bekerja lebih karena apabila membuat surat redaksi atau narasinya sering tidak cocok, karena biasanya yang penting isi sekarang bahasanya.</p>	<p>Secara umum informan menjawab perihal surat- surat penting agak terlambat karena membutuhkan pertimbangan dari teknis medis terlebih dulu.</p>	<p>Secara umum informan menjawab sebenarnya kepala ingin segera surat terdisposisi namun kadang kala terjadi kurang tepat sasaran tugasnya.</p>	<p>Secara umum informan menjawab pengelolaan surat- menyurat berjalan lancar dan ada tanggapan dari kepala diterima oleh tata usaha mulai dari agenda surat masuk, diserahkan kepala untuk pendisposisian dan, seterusnya pada petugas teknis, yang bersangkutan.</p>
11	<p>Bagaimanakah pendapat kepala puskesmas tentang sistem pengelolaan obat- obatan di puskesmas ?</p>	<p>Semua informan menjawab sebenarnya ingin mengetahui obat, tapi tidak tahu akan macam dan kegunaanya, sehingga menurut saja pada dokter puskesmas.</p>	<p>Keseluruhan informan menjawab kepala pasif terhadap pengamprahan sampai penggunaan, hanya menanda tangani sewaktu akan bon obat ke dinas atau gudang farmasi kabupaten.</p>	<p>Secara umum menjawab tidak ada masalah, karena hasil supervisi ternyata yang merencanakan dan yang memakai dokter dan petugas apotik puskesmas.</p>	<p>Semua informan menjawab bahwa pasrah saja kepada dokter dan apotik puskesmas.</p>	<p>Keseluruhan informan menjawab sikap kepala hanya pasrah kepada petugas apotik dan dokter yang sering memakai obat- obat tersebut, kepala sebatas menandatangani tentang isi , jenis dan jumlah juga tidak pernah mengecek.</p>

III. KEPEMIMPINAN KEPALA PUSKESMAS NON SARJANA KESEHATAN DALAM PENGELOLAAN PUSKESMAS.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR KEPALA PUSKESMAS.
1	Bagaimanakah peran kepala puskesmas dalam memimpin rapat rutin di puskesmas?	Secara umum informan menjawab bahwa rapat rutin selalu dipimpin dan dilaksanakan bersama semua staf puskesmas kecuali bagi staf yang kegiatan diluar gedung.	Semua informan mengatakan bahwa kegiatan rapat rutin bertugas sebagai moderator saja, sedangkan yang bicara program dokter, petugas fungsional dan petugas tata usaha yang tugas notulen rapat.	Sebagian besar jawaban informan hasil dari supervisi notulen rapat bulanan tidak terjadwal secara berkala rutin dilaksanakan dan kepala memantau pelaksanaan rapat.	Semua informan menjawab bahwa dalam rapat rutin, tugas kepala puskesmas hanya membuka dan menutup, karena yang bicara program dokter dan kepala apabila diberi laporan masalah kesehatan juga tidak bisa memberi solusi atau jalan keluarnya, menunggu koordinasi dengan dokternya.	Secara umum informan menjawab rapat rutin puskesmas dilaksanakan, dalam memimpin rapat kepala puskesmas bertindak selaku moderator dan membuka sama menutup acara, untuk berbicara teknis medis diserahkan oleh dokter puskesmas yang senior. Ada sebagian kecil kepala yang rapat secara insidental, kadang kala hanya seperti membuat pengumuman yang harus didengar staf puskesmas. masing- masing staf puskesmas.
2	Kepala puskesmas dalam memimpin rapat kerja materi apa yang sering diberikan?	Secara umum informan menjawab antara program dan manajemen untuk seimbang seterusnya dilanjutkan oleh dokter tentang teknis medis atau kesehatan.	Keseluruhan informan menjawab materi yang diberikan kepala waktu rapat pembukaan, untuk pendahuluan selanjutnya program judul- judulnya saja.	Informan menjawab untuk rapat di dinas kesehatan bila ada kaitanya teknis medis agar didampingi oleh dokter puskesmas.	Secara umum informan menjawab kepala cerita tentang yang umum- umum kemasyarakatan sedangkan teknis hanya disinggung judul- judulnya saja.	Secara umum informan menjawab materi kepala waktu rapat kerja puskesmas tentang manajemen yang lebih banyak diberikan atau sosial kemasyarakatan, karena materi teknis medis diberikan oleh dokter puskesmas yang senior atau petugas fungsional yang senior.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
3	Kepala puskesmas dalam memimpin rapat kerja tehnik komunikasinya bagaimana?	Secara umum informan menjawab selalu memberi kesempatan bicara staf, sehingga terjadi komunikasi timbal balik.	Informan menjawab sebagian terkesan terjadi sedang yang terkesan komunikasi searah atau instruksi.	Informan menjawab kurang mengerti tentang metode yang dipakai, menurut kami subyektif orangnya.	Sebagian informan menjawab bahwa kepala kalau berbicara dalam rapat tidak bisa memberi jalan keluar yang sebaiknya dilakukan dan terkesan manut pendapat para senior yang ada di puskesmas.	Sebagian informan menjawab bahwa kepala puskesmas dalam memimpin rapat terjadi suasana interaktif antara atasan dan bawahan, memberi kesempatan bicara staf tentang apa permasalahan yang terjadi di daerahnya masing-masing, sebagian melihat bahwa dirinya seorang kepala, jadi apa yang dikatakan sesuatu yang betul dan harus begitu.
4	Kepala puskesmas dalam pengerakan pelaksanaan kegiatan berorientasi pada karyawan atau berorientasi pada tugas?	Secara umum informan menjawab berorientasi pada tugas- tugas yang penting pekerjaan selesai dapat memenuhi harapan dari dinas kesehatan.	Secara keseluruhan informan menjawab kepala puskesmas lebih menuntun laporan ke dinas bisa terpenuhi dan tidak ada tagihan.	Jawaban informan bahwa dari dinas tahuanya laporan dapat tepat waktu maupun pengisiannya, sedang proses dilapangan kurang mengetahui secara pasti	Secara keseluruhan informan menjawab bahwa kepala puskesmas inginnya laporan terselesaikan, untuk kiprohnya petugas atau keadaan karyawan seperti apa kurang tahu, karena pentahapan masing-masing kegiatan kurang tahu.	Secara umum informan menjawab lebih berorientasi pada tugas, dengan terwujudnya pelaporan terkirim tepat waktu dan pengisian yang benar atau bisa menjawab permintaan dari dinas kesehatan, sebagian kecil yang menjawab berorientasi pada karyawan karena merasa kurang mampu dalam kesehatan jadi ingin belajar dengan istilah hubungan sama karyawan baik dengan harapan bekerja karyawan dengan baik juga.
5	Bagaimanakah hubungan kepala puskesmas dengan staf dilingkungan kerja puskesmas?	Semua informan menjawab bahwa hubungan kerja kami baik dan harmonis, jadi sering makan bersama untuk membina hubungan antara bawahan dan staf.	Secara keseluruhan informan menjawab untuk hubungan manusianya baik baik saja	Informan menjawab berdasarkan masukan dari staf- staf bahwa hubungan manusiawi semuanya baik- baik saja.	Semua informan menjawab bahwa hubungan kemanusiaan tidak ada masalah, akrab dan sering cerita santai bersama.	Secara umum informan menjawab hubungan kepala puskesmas dengan staf baik- baik saja, tidak ada jarak yang sangat terpisah, terbukti adanya makan secara bersama- sama dan cerita bersama setelah selesai kegiatan.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
6	Bagaimana komonikasi program kerja antara kepala puskesmas dengan karyawan atau bawahan?	Secara keseluruhan informan menjawab komunikasi puskesmas dengan karyawan berjalan lancar.	Secara umum informan menjawab komunikasi untuk membicarakan kegiatan kurang, berdiskusi berbagai kegiatan maupun strategi maupun cakupan sangat jarang sekali.	Jawaban informan tentang masalah berdasarakan supervisi, dapat dikata pengetahuan tentang umum dengan kesehatan saya kira kurang nyambung.	Secara keseluruhan informan menjawab bahwa kepala cerita tentang program atau kegiatan jarang, tapi cerita masalah umum diluar rapat sering.	Sebagian besar informan menjawab bahwa kepala puskesmas berkominikasi tentang program dengan karyawan atau staf sangat jarang dilakukan , sebagian kecil informan mengatakan terkesan kurang menguasai tentang program jang-jangan salah atau kurang pas, jadi takut salah.
7	Bagaimanakah kepala puskesmas dalam melakukan pendekatan pada staf sebelum diberi tugas atau kegiatan puskesmas?	Sebagian besar informan menjawab rasa membudayakan dengan pekewuh harapan, apabila kepala rajin karyawan sedikit- demi sedikit akan rajin juga, dan sebagian kecil sering pendekatan secara persuasif.	Secara umum informan menjawab bahwa pemberian tugas dengan cara ditunjuk atau dengan disposisi surat.	Jawaban informan tentang pendekatan ini sangat subyektif sekali jadi tergantung orangnya.	Secara umum informan menjawab pendekatan yang dipakai dengan cara ditunjuk surat atau lembar disposisi, satu informan yang memakai sistem pengumuman oleh kepala.	Sebagian besar informan menjawab bahwa kepala puskesmas bila memerintah karyawan atau staf dengan surat atau lembar disposisi yang mendasarinya. Sebagian kecil informan menjawab pendekatan dengan staf secara interpersonal , partisipatif dan bertindak selaku pamong baik tentang program maupun kegiatan di puskesmas.
8	Apakah staf puskesmas sering mengalami masalah dalam tugas dan kemana merujuknya masalah tersebut?	Secara umum informan menjawab masalah dan masalah terjadi apabila ada selalu melapor pada kepala puskesmas.	Keseluruhan informan menjawab masalah masalah ada seandainya ada tetap dilaporkan ke kepala puskesmas, walaupun nantinya kepala harus koordinasi dulu dengan dokter puskesmas atau petugas yang lebih senior.	Informan menjawab puskesmas apabila ada masalah berat baru sampai dimas kesehatan tapi apabila masalah ringan atau masalah kegiatan diselesaikan sendiri.	Secara keseluruhan informan menjawab bahwa kepala tidak bisa menangani masalah kesehatan, apabila kepala memerintahkan petugas untuk membuktikan dan menanganinya sedang kepala menunggu laporan atau hasil dari petugas yang diberi tugas.	Secara umum informan menjawab masalah jarang terjadi, namun bila ada masalah sosial langsung ke kepala puskesmas dan ada jalan keluarnya, tapi kalau masalah teknis medis ditugaskan ke dokter , jadi tempat rujukan masalah teknis medis ke dokter puskesmas ,kepala puskesmas sebatas mengetahui.

NO	PERTANYAAN	A	B	C	D	KESIMPULAN AKHIR
9	Apa yang dilakukan kepala puskesmas terhadap staf yang telah menyelesaikan tugas dengan baik?	Secara umum informan menjawab yang jelas ucapan terima kasih atas kelancarannya, satu informan yang memberi reward sesuai dengan beban kerja dari staf yang bekerja dengan semangat.	Secara umum informan menjawab tidak ada penghargaan bagi yang memiliki semangat kerja tinggi jadi sama saja antara yang berprestasi dengan yang biasa-biasa saja.	Informan menjawab bahwa dari dinas memberi peluang bagi yang kreatif dengan pengajuan angka kredit atau keteladanan, tetapi untuk puskesmas tergantung subyektifitas kepala puskesmas.	Secara keseluruhan informan menjawab tidak ada bedanya untuk yang bekerja biasa dan yang bekerja biasa-biasa saja, hanya sewaktu pembagian jasa atau dana X ada tingkat-tingkatannya.	Secara umum informan menjawab tidak ada penghargaan yang berarti bagi staf yang bekerja dengan semangat dan yang tidak, biasanya hanya ucapan terima kasih. Sebagian kecil informan menjawab memberikan imbalan pembagian dana jasa pelayanan sesuai dengan beban kerjanya.
10	Apa yang dilakukan kepala puskesmas terhadap staf yang melalaikan tugas atau pekerjaan?	Secara keseluruhan informan menjawab jarang ada staf yang bandel tidak mau berkerja melalaikan tugas, apabila ada sewaktu masuk kerja dicari atau dipanggil untuk dimintai keterangan atas ketidak masuknya kerja baru diberi pengarahan.	Secara umum informan menjawab sangat jarang ada apabila terjadi, kepala memanggil diruang kerja dan untuk diminta keterangan.	Secara umum informan menjawab apabila ada staf dipuskesmas oleh kepala puskesmas dikembalikan ke dinas kesehatan.	Keseluruhan informan menjawab jarang ada staf yang malas sampai mendapat peringatan atau sanksi oleh kepala puskesmas.	Sebagian besar informan menjawab sangat jarang staf yang malas sampai ada peringatan atau dikembalikan ke dinas kesehatan, apabila ada yang tidak kerja harus ada keterangan seandainya keterangan tidak jelas diberi pengarahan. Sebagian kecil kepala membina dengan selalu didekati untuk menanamkan rasa pekewuh atau sungkan atas perbuatannya.

IL. DISKRIPSI SECARA UMUM KINERJA KEPALA PUSKESMAS NON SARJANA KESEHATAN.

Diskripsi hasil penelitian kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan di Kabupaten Sragen tahun 2002, jumlah sasaran ada 6 (enam) Puskesmas yang kepalanya dijabat oleh sarjana non kesehatan dapat penulis sebutkan antara lain: sarjana Sosial Politik (Sospol) 2 (dua) orang, sarjana Pendidikan 2 (dua) orang, Sarjana Ekonomi seorang dan sarjana Hukum seorang, semuanya berjumlah 6 (enam) orang.

Secara keseluruhan masa kerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan adalah 15 (lima belas) tahun dan semuanya telah berpangkat Penata dengan golongan ruang III c. Adapun hasil diskripsi secara rinci masing-masing variabel tentang kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, dapat penulis uraikan sebagai berikut:

1. Pengetahuan Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan Dalam Pengelolaan Puskesmas.
 - a. Jabatan sebelum diangkat sebagai Kepala Puskesmas.

Berkaitan dengan pertanyaan tentang jabatan sebelum diangkat untuk melaksanakan tugas sebagai Kepala Puskesmas, adalah 3 (tiga) orang telah lama berkecimpung dibidang kesehatan sebagai staf dinas kesehatan 2 (dua) orang dan yang seorang sebagai staf puskesmas Kalijambe kabupaten Sragen. Tiga orang Kepala Puskesmas lainnya dari Pemda seorang, Dinas Pekerjaan Umum seorang dan Dinas

Transmigrasi seorang. Bagi orang dari luar kesehatan menjabat sebagai Kepala Puskesmas harus memerlukan proses adaptasi yang sangat berarti dibanding dengan yang terbiasa berkecimpung di jajaran Dinas Kesehatan, ungkapan yang dirasakan pada (kotak 1).

Kotak 1. Ka. Pusk.

“.....” Saya menjabat Kepala Puskesmas ini benar- benar sesuatu yang tidak bisa saya bayangkan sebelumnya, sehingga pengalaman ini tidak mungkin saya lupakan seumur hidup saya.....”

b. Pelatihan atau kursus sebelum menjabat Kepala Puskesmas.

Berkaitan dengan pertanyaan tentang adanya pelatihan atau kursus sebelum menjabat Kepala Puskesmas, semua Kepala Puskesmas menjawab tidak ada pelatihan atau kursus tentang pengelolaan puskesmas. Dari tugas lama mendapatkan surat pelantikan untuk dilantik oleh bapak Bupati selanjutnya melaksanakan tugas baru sebagai Kepala Puskesmas. Sebagai bentuk kebingungannya dapat diungkapkan pada (kotak 2).

Kotak 2. Ka. Pusk.

“.....” Apa yang dapat saya perbuat untuk Puskesmas sewaktu saya habis dilantik dalam benakku, padahal saya orang Gemolong, Puskesmas Gemolong II itu saja letaknya dimana itu masih dalam tanda tanya. Tidak seperti dulu waktu saya menjabat kepala UPT Transmigrasi itu mendapatkan kursus dulu sebelum berangkat ke tempat tugas dan mendapatkan sengu.....”

Berkaitan dengan diklat bagi Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, mengapa tidak cocok dengan diklat? Ungkapan tidak cocok pada (kotak 3).

Kotak 3. Dokter Pusk.

-.....” Orang teknis akan lebih mudah dididik manajemen dari pada orang umum dididik teknis.....”

c. Pengetahuan tentang paradigma sehat.

Berkaitan pertanyaan tentang pengetahuan paradigma sehat bagi Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan kurang , karena sebagian besar informan mengatakan bahwa perhatian Kepala uskesmas terhadap kegiatan- kegiatan yang mengarah *promotif* dan *preventif* lebih sedikit dibanding pengobatan. Sedangkan Kepala Puskesmas ditanya tentang paradigma sehat sebagian besar menjawab untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan sebagian kecil menjawab untuk mewujudkan Indonesia sehat tahun 2010. ‘

d. Pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Puskesmas.

Perbincangan tentang pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Puskesmas, hasil secara keseluruhan informan menjawab bahwa pengetahuan Kepala Puskesmas perihal kegiatan tugas pokok Puskesmas satu persatu kurang mengerti , tetapi dengan jumlah 18 (delapan belas) tugas pokok Puskesmas semua tahu. Diperkuat pernyataan dari informan pada (kotak 4).

Kotak 4. Dokter Pusk.

-....."Waktu itu Kepala Puskesmas berkata, pokoknya pasrah pak dokter tentang pelaksanaan kegiatan, berarti kan tergantung saya to"

-....." Cenderung mundur tentang kegiatan dilapangan, sebab petugas seenaknya karena pemantauan pelaksanaan yang kurang oleh kepala puskesmas....."

e. Berkaitan pertanyaan tugas pokok dan fungsi Kepala Puskesmas.

Perihal dalam proses pengelolaan Puskesmas, jawaban informan sebagian besar Kepala Puskesmas dalam mengkoordinasikan program Puskesmas kurang. Baik secara formal acara rapat maupun non formal cerita santai dengan dokter maupun petugas yang lebih senior. Terlihat juga dalam pengaturan tempat duduk Kepala Puskesmas dengan para dokter, terpisah seakan akan ada jarak antara kepala dengan staf atau karyawan. Ungkapan kurangnya tugas dan fungsi untuk mengkoordinir karyawan pada (kotak 5).

Kotak 5. Bidan Desa.

-....." Kepala itu tidak bisa memberi jalan keluar apabila diberi permasalahan oleh bidan desa, justru sepertinya mengadu antara bidan desa dengan bidan Puskesmas sehingga lebih baik tidak lapor saja....."

Sebagian kecil informan mengatakan ada yang mau belajar dari kekurangan sehingga kepala terlihat akrab dengan petugas atau karyawannya, ungkapan mau belajar pada (kotak 6).

Kotak 6. Ka. Pusk.

-....."dengan siapapun itu karyawan saya , saya selalu tanya dan mohon untuk diajari, saya tidak malu untuk bertanya pada karyawan Puskesmas....."

- f. Pertanyaan tentang proses pembagian tugas pokok Puskesmas.

Proses pembagian tugas pokok oleh Kepala Puskesmas, secara keseluruhan informan menjawab bahwa tidak ada perubahan antara petugas dengan tugas pokok yang diembannya selama ini, jadi masih seperti semula tinggalan dari Kepala Puskesmas yang sebelumnya. Ada ungkapan dari informan pada (kotak 7).

Kotak 7. Bidan Pusk.

-....." kepala terkesan takut kalau nanti akan timbul masalah baru sehingga untuk mengadakan perubahan antara petugas dengan tugas pokok tidak dilakukan, jadi ada yang rangkap tugas ya tetap saja....."

- g. Pembicaraan sekitar perencanaan atau *micro planning* Puskesmas.

Sebagian besar informan menjawab bahwa Puskesmas tidak membuat perencanaan atau *micro planning*, karena kepala kurang pengetahuan tentang perencanaan kesehatan. Tidak ada forum untuk menginventarisasi berbagai macam kegiatan yang sudah dijalankan dan yang belum terselaikan. Sehingga semua kegiatan berjalan tanpa ada perencanaan yang jelas atau tidak ada pedoman naskah program kerja Puskesmas. Hanya satu Puskesmas yang membuat perencanaan

tahunan Puskesmas, memakai petunjuk atau format dari dinas kesehatan, ungkapan perihal tersebut pada (kotak 8).

Kotak 8. TU Pusk.

-.....” Baru tahun ini Puskesmas tidak membuat POA (*planning of action*), tahun –tahun sebelumnya membuat terus.....”

h. Pertanyaan yang berkaitan tentang minilokakarya Puskesmas.

Pelaksanaan minilokakarya secara umum kurang, antara lain tentang rapat kerja bulanan Puskesmas tidak berjalan secara berkala dilaksanakan dalam setiap bulan, penggalangan staf atau motivasi untuk bekerja lebih berprestasi kurang, dan penggalangan lintas sektor kurang. Terbukti tidak adanya strategi untuk meningkatkan cakupan kegiatan sehingga pelayanan kesehatan di Puskesmas berjalan biasa-biasa saja. Ungkapan proses rapat bulanan pada (kotak 9).

Kotak 9. Bidan Desa.

-.....”Kepala itu kalau memimpin rapat seperti mederator, dilapori masalah kesehatan malah ngedu antara yang lapor dengan yang bertanggung jawab, akhirnya lebih baik diam dari pada lapor pak kepala....”

Bidan Pusk.

-.....” Kepala sekarang itu tidak pernah rapat, sekali kalau tidak salah waktu perkenalan, kalau ada apa-apa itu berkata pengumuman- pengumuman dengan membawa kertas didepan staf yang banyak.....”

i. Bimbingan teknis atau supervisi.

Pertanyaan berkisar tentang bimbingan teknis atau supervisi, semua informan mengatakan bahwa Kepala Puskesmas tidak mengadakan bimbingan teknis, baik ke perawat, bidan, bidan desa apalagi dokter Puskesmas sama sekali tidak. Kepala Puskesmas justru tentang bimbingan teknis medis diserahkan ke dokter Puskesmas yang senior, kalau yang urusan kepegawaian dan administrasi dipegang oleh Kepala Puskesmas sendiri. Ungkapan Kepala Puskesmas pada (kotak 10).

Kotak 10. Ka. Pusk.

-....."Kalau urusan pembimbingan tentang teknis medis saya serahkan sepenuhnya pada pak dokter, kalau kepegawaian dan administrasi saya serahkan TU dan saya pantau terus...."

-....." Untuk pelaksanaan teknis medis saya percayakan pada staf sepenuhnya, karena merekalah yang sudah memiliki pendidikan tentang itu"

j. Sistem pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas (Sp2tp).

Pertanyaan tentang sistem pencatatan dan pelaporan, secara umum bahwa proses pemantauan kegiatan sangat kurang, karena Kepala Puskesmas kurang mengerti dan mengetahui tentang tahapan kegiatan atau sub kegiatan dan bagaimana caranya untuk memperoleh hasil tersebut. Bentuk ungkapan perihal tidak tahu isi laporan pada (kotak 11).

Kotak 11. Bidan Pusk.

-.....” Kepala itu ngertine laporan, tentang isi laporan tidak pernah menanyakan, seperti apapun bentuknya sing penting ditanda tangani.....”

k. Stratifikasi.

Pertanyaan berkisar tentang stratifikasi Puskesmas secara umum hasilnya baik, dengan warna hijau, tapi dalam proses pengolahan data dikerjakan oleh petugas tata usaha. Kepala Puskesmas mengetahui hasil matang untuk dibawa rapat ke Dinas Kesehatan, bersama petugas yang mengurusinya. Adapun hasil sekarang merupakan bahan untuk perencanaan tahun berikutnya (*aut came*), secara umum informan mengatakan , habis dihitung tahu hasilnya selanjutnya dibiarkan saja , bukan sebagai bahan masukan. Ungkapan tentang perihal tersebut pada (kotak 12).

Kotak 12. Perawat Pusk.

-....” Kepala Puskesmas tidak pernah cerita tentang stratifikasi, apalagi menganalisanya.....”

l. Keuangan

Pertanyaan tentang masalah keuangan , secara umum informan mengatakan, bahwa Kepala Puskesmas sekarang lebih teliti dan sering mengadakan pengecekan dalam setiap bulannya. Buku kas dengan

buku buku yang lain sering diadakan cek silang. Ungkapan dalam ketelitian tentang keuangan pada (kotak 13).

Kotak 13. Ka. Pusk.

-.....” masalah keuangan adalah masalah rawan, sehingga sering saya adakan pengecekan dan pengawasan yang melekat (waskat)...”

m. Pengelolaan Obat Puskesmas.

Pertanyaan berkisar tentang Obat, semua informan mengatakan bahwa Kepala Puskesmas tidak tahu sama sekali tentang pengadaan dan pengelolaan obat, baik jumlah, isi maupun macamnya. Tugas Kepala Puskesmas hanya menandatangani blangko pengajuan obat, setelah blangko tersebut disetujui oleh dokter dan petugas obat. Ungkapan ketidak tahuan pada (kotak 14).

Kotak 14. Ka. Pusk.

-.....” obat itu tahu saya ya antalgin, untuk mumet- mumet, yang lain- lain ya kurang tahu...”

2. Sikap Kepala Puskesmas Terhadap Kegiatan Puskesmas.

a. Penempatan Kepala Puskesmas

Pertanyaan terhadap pendapat tentang penempatan Kepala Puskesmas dijabat oleh sarjana non kesehatan, semua informan mengatakan tidak setuju. Banyak pendapat dilontarkan dari berbagai informan, justru ada juga himbauan dari dinas kesehatan propinsi dan

dari pusat, yang ditujukan kepada Bupati tentang penempatan tenaga kesehatan yang tidak pas pada tempatnya. Ungkapan tidak setuju pada (kotak 15).

Kotak 15. Ka. Pusk.

-.....” Saya ini termasuk salah satu korban atau dampak dari otonomi daerah....”

-.....” Kepala Puskesmas itu bagi saya merupakan tugas yang sangat berat, untuk pasnya ya dokter atau paling tidak Sarjana Kesehatan Masyarakat.....”

-.....” Aku ndang gantinen pak Yadi, amargo aku oleh pindah yen wis ono gantine....”

b. Puskesmas Sebagai Lembaga Birokrasi atau Lembaga Usaha.

Pertanyaan tentang peran Puskesmas sebagai lembaga birokrasi ataukah lembaga usaha, secara umum informan menjawab lebih berperan sebagai lembaga usaha. Terlihat kebijakan pemerintah daerah pada tahun ini, adanya kenaikan tarif atau biaya berobat di Puskesmas menjadi Rp 3000,- (tiga ribu rupiah) sekali pemeriksaan. Dampak kenaikan biaya berobat untuk menaikkan target setoran dari Dinas Kesehatan ke pendapatan daerah. Ungkapan yang lebih berperan ke lembaga usaha pada (kotak 16).

Kotak 16. Ka. Pusk.

-....” Penilaian dari atasan itu, dapat nutup atau tidak setoran Puskesmas dari target yang telah ditetapkan.....”

-....” Kalau kebijakan pemerintah dalam era otonomi daerah sekarang ini, dengan jelas bahwa Puskesmas merupakan lembaga usaha dalam rangka meningkatkan pendapatan asli daerah...”

c. Pendapat Tentang Proses Pengelolaan Puskesmas.

Pertanyaan tentang pendapat atau perasaan Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan dalam memberikan proses pelayanan kesehatan pada masyarakat, semua informan mengataka bahwa tanggapan Kepala Puskesmas terhadap kegiatan pelayanan kesehatan sangat pasif. Pengetahuan terhadap proses atau sistem pelayanan kesehatan bagi Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan kurang, berbagai macam kegiatan, yaitu: *promotif*, *preventif*, apalagi *curatif* dan *rehabilitatif*. Kepala Puskesmas sebagian besar waktu dihabiskan di ruang kerja, tidak memantau kegiatan pelayanan kesehatan baik di dalam Puskesmas maupun di lapangan. Terkesan takut apabila memberikan penyuluhan pada masyarakat langsung, karena kalau ada pertanyaan tentang kesehatan, sebab apabila masyarakat tanya sebagian besar masalah penyakit. Sehingga bila ada kegiatan penyuluhan selalu dengan petugas teknis medis. Ungkapan informan dalam bentuk sikap pasif pada (kotak 17).

Kotak 17. Ka. Pusk.

-....” Pokoknya semua kegiatan saya percayakan sepenuhnya pada karyawan, karena mereka yang tahu tentang kesehatan...”

3. Gaya Kepemimpinan Kepala Puskesmas.

a. Hubungan kekeluargaan antara Kepala Puskesmas dengan karyawan.

Wawancara berkisar tentang hubungan kekeluargaan antara Kepala Puskesmas dengan karyawan, semua informan mengatakan baik- baik saja. Memang untuk menjalin hubungan sosial ada beberapa kegiatan antaranya arisan karyawan dalam setiap bulannya, sering makan bersama di kantor Puskesmas, tapi dalam kesempatan itu kepala banyak cerita tentang kepegawaian dan sosial, bukan masalah kegiatan Puskesmas. Karena kurang pengetahuan Kepala Puskesmas tentang kesehatan apalagi proses atau sistem kegiatan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Ungkapan hubungan baik pada (kotak 18).

Kotak 18. Staf Fungsional.

-....” Kalau hubungan kekeluargaan dengan kepala puskesmas baik- baik saja, tidak ada masalah....”

b. Komunikasi kegiatan atau program.

Pertanyaan berkisar tentang komunikasi kegiatan atau program, secara umum mengatakan bahwa komunikasi tentang program sangat jelek, karena kepala terlihat kurang menguasai proses

kegiatan atau program. Sedangkan karyawan lebih mengetahui, sehingga dalam memimpin rapat Puskesmas dan cerita bersamapun sangat jarang membicarakan tentang keluhan- keluhan dalam menjalankan pelayanan kesehatan di lapangan. Jadi komunikasi tentang program sangat jelek, ungkapan perihal tersebut pada (kotak 19).

Kotak 19. Staf Fungsional.

-.....” Kepala itu terkesan takut untuk memberi jalan keluar atau solusi kalau dilapori masalah, kelihatannya takut kalau salah ...”

c. Rujukan Masalah Kesehatan.

Pertanyaan berkisar tentang rujukan masalah pelayanan kesehatan atau masalah tugas pokok Puskesmas, secara umum mengatakan bahwa semua permasalahan pelayanan kesehatan di Puskesmas diserahkan pada dokter Puskesmas, untuk menanganinya. Kepala puskesmas sebatas mengetahui dan mendengarkan jalan keluar yang diambil oleh dokter Puskesmas. Ungkapan tidak dapatnya kepala dalam menangani kasus- kasus kesehatan pada (kotak 20).

Kotak 20. Staf Fungsional.

-.....” Kepala puskesmas itu, ora mudeng masalah kesehatah, kalau ada keluhan masalah kesehatan dari staf terkesan bingung....”

d. Penggerakan karyawan berorientasi pada tugas atau staf.

Pertanyaan berkisar tentang penggerakan karyawan berorientasi pada tugas atau staf, bahwa secara umum informan menjawab Kepala Puskesmas dalam menggalang kegiatan lebih berorientasi pada tugas, tidak berorientasi pada karyawan. Terlihat kurangnya kepala dalam memantau atau mensupervisi kegiatan di lapangan dan sering duduk di ruang kerja dengan kerasan. Sehingga Kepala Puskesmas tugasnya menandatangani laporan yang akan dikirim ke Dinas Kesehatan, tentang kualitas hasil tidak cermati. Ungkapan yang muncul pada (kotak 21).

Kotak 21. Staf Fungsional.

-....” Kepala itu tugasnya tanda tangan saja, untuk meneliti isi laporan saja tidak apalagi memantau dilapangan...”

-....” Yang penting tugas dijalankan, laporan dan tidak ada tagihan dari Dinas Kesehatan....”

Dengan mendengarkan ungkapan dari berbagai informan, bahwa Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan dalam menjalankan atau memimpin organisasi Puskesmas dengan cara memberi wewenang sepenuhnya pada karyawan Puskesmas. Dipandang mampu dalam bidangnya dan secara formal lulus pendidikan sebagai tenaga profesional. Sehingga gaya kepemimpinan yang diterapkan adalah pemimpin yang selalu mendelegasikan tugas pokok Puskesmas, karena tingkat kematangan karyawan cukup tinggi.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan teori pada pedoman kerja Puskesmas, maka temuan atau hasil penelitian dalam penilaian kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan di Kabupaten Sragen pada tahun 2002, sesuai dengan tujuan penelitian dapat didiskripsikan sebagai berikut:

Menurut Soeprihanto (2000), bahwa penilaian kinerja adalah suatu cara mengukur kontribusi dari individu- individu anggota organisasi kepada organisasinya.

Untuk memajukan atau meningkatkan organisasi perlu adanya pengembangan organisasi dengan harapan masing- masing individu dalam organisasi dapat bekerja dengan optimal. Pada aspek pengembangan organisasi inilah adanya tuntutan bagi Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan untuk dapat memaksimalkan dirinya, agar kinerja organisasi Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat dapat secara menyeluruh dan dinikmati sepenuhnya oleh masyarakat di wilayah kerjanya. Secara *sinergis* dari masing- masing komponen anggota organisasi Puskesmas dapat menyatu bersama membangun kebersamaan untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, baik jasmani maupun rohani.

Dengan demikian peneliti telah mendapatkan gambaran tentang kontribusi Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan dalam pengelolaan organisasi Puskesmas di Kabupaten Sragen. Secara keseluruhan kontribusi Kepala Puskesmas non sarjana

kesehatan belum dapat di maksimalkan, karena bekal yang dimiliki adalah disiplin ilmu diluar kesehatan, diberi tugas untuk memimpin unit organisasi kesehatan fungsional. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis kesehatan akan lebih tepat dan cepat bila dipimpin oleh kepala yang memiliki profesi kesehatan atau ilmu- ilmu tentang kesehatan. Kepala puskesmas sarjana non kesehatan akan mengalami kesulitan untuk menilai proses atau sistem kegiatan pelayanan kesehatan. Sehingga pelayanan kesehatan pada masyarakat tidak bisa secara holistik diberikan oleh karyawan maupun Kepala Puskesmas, karena pemimpin dalam pemantauan terhadap proses atau sistem pelayanan kesehatan kurang, adapun pelayanan kesehatan yang menyeluruh antara lain *promotif, preventif, curatif dan rehabilitatif*.

Menurut LAN (2000), bahwa penilaian kinerja salah satunya adalah pengamatan, yang merupakan proses menilai dan melihat perilaku yang ditentukan oleh sistem pekerjaan

Kepala Puskesmas dalam memberikan kontribusi bagi organisasi Puskesmas lebih berkualitas apabila seorang kepala dapat mengetahui tentang proses atau sistem pelayanan kesehatan. Sehingga dapat menilai karyawan atau melihat perilaku staf dalam melaksanakan kegiatan sudah sesuai dengan petunjuk atau menyimpang dari petunjuk. Dengan harapan pelayanan kesehatan mendekati sempurna mulai dari promosi, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi.

Hasil pengamatan dilapangan menunjukan bahwa Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan sangat kurang sekali pengetahuanya tentang proses atau sisten

pelayanan kesehatan, apalagi tahapan- tahapan pelaksanaan kegiatan sama sekali tidak mengetahuinya.

Dalam masa perubahan sudut pandang kesehatan sekarang ini, dari paradigma sakit menjadi paradigma sehat yang lebih menekankan kegiatan pelayanan penyuluhan dan pencegahan penyakit pada masyarakat walaupun tanpa mengesampingkan pelayanan yang lain. Pelayanan penyuluhan dan pencegahan inilah organisasi puskesmas harus memiliki seorang Kepala Puskesmas dan karyawan yang benar – benar berpengetahuan luas dan berpengalaman dalam bidang *promotif* dan *preventif* tentang kesehatan secara menyeluruh. Karena masyarakat sekarang ini sudah kritis dan lebih analitis dalam menerima informasi kesehatan untuk menanamkan perilaku sehat bagi dirinya sendiri. Dengan tingkat pengetahuan masyarakat yang semakin tinggi inilah, maka peneliti telah mendapatkan hasil kegiatan dari Kepala Puskesmas tentang perihal pelayanan penyuluhan dan pencegahan penyakit, adapun keadaan dilapangan adalah sebagai berikut.

Pelayanan *promotif* atau promosi yang lebih kenal dengan kegiatan penyuluhan , Kepala Puskesmas sangat jarang melakukan penyuluhan pada masyarakat. Hasil penelitian (wawancara penulis dengan informan) bahwa kegiatan penyuluhan dilimpahkan pada petugas teknis, karena kepala memiliki disiplin ilmu lain sehingga kurang pengetahuan tentang penyuluhan kesehatan.

Pelayanan kesehatan *preventif* atau pencegahan penyakit, jelas – jelas bahwa pelayanan kesehatan ini memerlukan petugas dengan pendidikan khusus. Berawal dari penyediaan peralatan, membasmi hamakan dengan kata lain sterilisasi alat

penyuntikan, penyediaan obat imunisasi sampai dengan proses penyimpanan obat dan pemberian suntikan serta tata cara menyuntiknya. Bahwa pelayanan *preventif* ini tidak mungkin dapat dilaksanakan oleh Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, bahkan teorinya saja memerlukan perkuliahan tersendiri. Begitu juga pelayanan *curatif* atau pengobatan dan *rehabilitatif* atau pemulihan kesehatan, sudah jelas kepala non sarjana kesehatan kurang mengetahuinya, baik proses maupun sistem pelaksanaannya.

Menurut Timpe (1999). Beberapa kriteria kinerja yang dapat dibedakan dalam lima tingkatan, antara lain: buruk, sedang, baik, Sangat baik dan istimewa. **Buruk** adalah kinerja dibawah harapan dan sasaran, **sedang** adalah kinerja memenuhi sebagian besar sasaran minimum yang ditentukan bagi individu/ organisasi tersebut, **baik** adalah kinerja memuaskan telah memenuhi persyaratan esensial antara lain (masa kerja, pengalaman dan pelatihan atau pendidikan) yang dimiliki, **sangat baik** diatas norma dan **istimewa** kinerja luar biasa.

Sebelum peneliti dapat mengkatagorikan kedalam salah satu kriteria , untuk lebih jelasnya tentang kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan akan penulis bahas dalam masing- masing variabel antara lain: variabel individu, variabel psikologis dan variabel organisasi beserta sub variabelnya.

A. VARIABEL INDIVIDU.

1. Karakteristik Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan.

Menurut Gibson (1990), pengembangan sumber daya manusia atau keefektifan individu mencakup kemampuan, keahlian, pengetahuan, motivasi dan stress. Adanya tenaga kerja yang berkualitas diharapkan tujuan organisasi dapat berhasil guna dan berdaya guna sehingga pengembangan dapat optimal.

Karakteristik seorang Kepala Puskesmas, akan berkualitas dan *efektif* apabila memiliki kemampuan, pengetahuan dan keahlian di bidang kesehatan. Hasil temuan peneliti di lapangan bahwa secara umum tidak memiliki pengetahuan kesehatan secara menyeluruh, karena tidak mengetahui proses atau sisten pelayanan kesehatan secara holistik.

Menurut Ilyas (2001), bahwa tenaga profesional merupakan sumber daya terbaik dalam suatu organisasi, sehingga evaluasi kinerja menjadi salah satu variabel penting bagi efektivitas organisasi. Proses evaluasi kinerja menjadi bagian terpenting dalam upaya manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi yang *efektif*.

Dalam upaya manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi yang *efektif*, sumber daya yang terbaik adalah tenaga profesional di dalam bidangnya. Manajemen organisasi Puskesmas (pusat kesehatan masyarakat) akan lebih *efektif* dalam kinerja organisasinya apabila dipegang oleh seorang profesional kesehatan.

Hasil temuan di lapangan menunjukkan, bahwa Kepala Puskesmas adalah pendidikan tinggi dari disiplin ilmu yang beraneka ragam dan di luar kesehatan, jadi tidak sesuai dengan teori tersebut di atas karena bukan termasuk tenaga profesional dalam bidang kesehatan. Diperkuat lagi pendapat dari Lembaga Administrasi Negara dalam buku Akuntabilitas kinerja instansi pemerintah yang isinya, agar tercapainya kesuksesan di dalam bekerja dituntut pendidikan yang sesuai dengan jabatan yang dipegangnya. Hasil temuan di lapangan bahwa keenam Kepala Puskesmas tersebut terdiri dari Sarjana Pendidikan 2 (dua) orang, Sarjana Sosial dan Politik 2 (dua) orang, Sarjana Ekonomi 1 (satu) orang dan Sarjana Hukum 1 (satu) orang.

Ditinjau dari aspek masa kerja, diansumsikan bahwa seorang pegawai apabila telah lama masa bekerja akan bertambah pula tentang pengalaman dan pengetahuan serta wawasannya, perihal tersebut sesuai dengan hasil temuan di lapangan bahwa sebagian besar Kepala Puskesmas telah bekerja selama 15 (lima belas) tahun lebih. Untuk kepangkatan Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan termasuk senior, karena keenam enamnya telah berpangkat Penata dengan golongan ruang III c.

2. Pengetahuan Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan.

Menurut L. Green, mengemukakan bahwa secara umum perilaku manusia dipengaruhi oleh tiga faktor, antara lain: *predisposing* atau pemudah, *reinforcing* atau pendukung dan *enabling* atau penguat. *Predisposing* atau faktor pemudah adalah yang mendahului seseorang untuk berperilaku, yang

termasuk dalam faktor *predisposing* antara lain: pengetahuan, sikap, tata nilai dan sebagainya.

Menurut LAN (2000), agar tercapainya kesuksesan di dalam bekerja dituntut pendidikan yang sesuai dengan jabatan yang dipegangnya, pendidikan disini adalah pendidikan formal di sekolah atau kursus.

Kepala Puskesmas akan lebih dapat berperanan dalam organisasinya, apabila seorang kepala memiliki faktor *predisposing* yaitu pengetahuan atau pendidikan tentang kesehatan, karena faktor inilah yang memdahului seseorang untuk berperilaku mengkoordinasikan semua pelayanan kesehatan dalam organisasi Puskesmas. Adapun pengetahuan yang profesional dapat diperoleh melalui pendidikan formal atau diklat/ kursus.

Hasil temuan di lapangan menunjukkan, bahwa Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan sebelum ditugaskan tidak mendapatkan faktor *predisposing* yaitu pengetahuan atau pelatihan terhadap pengelolaan Puskesmas. Apabila dilihat tentang pendidikan menunjukkan bahwa mereka dari berbagai macam disiplin ilmu diluar kesehatan yang sangat membutuhkan sekali pengetahuan tentang kesehatan. Pengetahuan kesehatan sebagai modal awal untuk memajemen dari pada organisasi kesehatan, karena dalam memajemen sangat membutuhkan pengetahuan tentang proses atau sistem berbagai macam kegiatan pelayanan kesehatan.

Kebutuhan akan pengetahuan kesehatan merupakan strategi untuk dapat mengerti misi maupun visi kesehatan yaitu paradigma sehat tahun 2010.

Kepala Puskesmas yang seharusnya mengerti betul tentang paradigma sehat dalam bentuk operasionalnya yang terdiri dari 8 (delapan) unsur pelaksanaan *primary health care* yaitu: pendidikan kesehatan masyarakat, perbaikan gizi masyarakat, pengadaan air bersih, kesehatan ibu dan anak, imunisasi, pencegahan penyakit endemis, pengobatan umum dan yang terakhir penyediaan obat esensial. Paradigma sehat merupakan kebijakan pemerintah untuk mengentaskan kemiskinan dari sektor kesehatan dengan jalan menanamkan perilaku hidup bersih dan sehat. Dengan tujuan derajat kesehatan masyarakat meningkat sudah diharapkan tingkat produktifitas meningkat sehingga penghasilan meningkat pula.

Hasil temuan dilapangan menunjukkan, bahwa Kepala Puskesmas tentang pengetahuan terhadap paradigma sehat sangat kurang, terbukti dalam wawancara peneliti berkisar tentang paradigma sehat, jawabanya sangat sedikit sekali yang menyangkut delapan unsur pelaksanaan *primary health care*.

Menurut Ilyas (2001), apabila penilaian dengan tujuan untuk pengembangan personel, penilaian difokuskan pada proses atau perilaku personel terhadap pekerjaanya.

Penelitian kinerja Kepala Puskesmas ini adalah penelitian dengan sasaran untuk mengembangkan personel, sehingga penilaian difokuskan terhadap proses atau sistem. Kepala Puskesmas dalam pemantauan terhadap

pengelolaan Puskesmas untuk menilai personel harus mengetahui proses kerjanya.

Hasil temuan di lapangan menunjukkan, bahwa Kepala Puskesmas dalam memantau berjalannya proses pelayanan kesehatan sangat kurang, dapat dilihat dengan awal tentang proses pembagian tugas pokok Puskesmas, sampai dengan pelaksanaan tugas pokok. Bersudut pandang pada kurangnya pengetahuan tentang proses atau sistem, sehingga Kepala Puskesmas tidak mengadakan pembagian tugas yang merata, sehingga monoton seperti pembagian tugas pokok kepala yang sebelumnya. Padahal pembagian tugas pokok lama, bagi yang merangkap tetap merangkap saja dan bagi petugas fungsional yang diberi tugas administrasi tetap saja.

Menurut Mantra (1995), apabila manusia sebagai individu maka unsur- unsur yang diperlukan agar dapat berbuat memerlukan, pengetahuan (*knowledge*) tentang yang dilakukan. Sikap akan manfaat dan kebenaran (*attitude* yang positif), sasaran yang diperlukan untuk berbuat dan dorongan atau motivasi untuk berbuat.

Kepala Puskesmas merupakan bagian dari organisasi yang duduk paling depan, seharusnya dapat menimbulkan suatu motivasi untuk berbuat dengan bentuk dasar perencanaan kesehatan yang akan dikerjakannya. Adapun pentahapan pembuatan perencanaan puskesmas yang benar, antara lain:

1. Identifikasi masalah kesehatan yang meliputi:
 - a. Mengetahui kebijakan yang telah ditetapkan.
 - b. Pengumpulan data
 - c. Analisa data
 - d. Perumusan masalah
 - e. Penentuan peringkat masalah.
2. Penyusunan rencana yang meliputi:
 - a. Perumusan tujuan dan sasaran
 - b. Perumusan kebijakan dan langkah-langkah
 - c. Perumusan kegiatan
 - d. Perumusan sumber daya
3. Penyusunan POA tahun pertama yang meliputi:
 - a. Penjadwalan
 - b. Pengalokasian sumber daya
 - c. Pelaksanaan kegiatan
4. Penulisan Naskah rencana.

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa Kepala Puskesmas dalam tugas pokoknya untuk mengkoordinasikan kegiatan pelayanan kesehatan sangat kurang, terlihat dalam pembuatan perencanaan Puskesmas secara umum tidak membuat. Karena semua pelayanan di puskesmas merupakan pelayanan teknis kesehatan sehingga ketidaktahuan kepala dalam membuat suatu perencanaan kesehatan.

Menurut Yammarino dan Atwater, mengemukakan bahwa penilaian mitra kerja yang relevan secara bermakna ditentukan oleh sejumlah faktor personal dan interpersonal, serta didasarkan pada interaksi dan observasi dari individu dinilai dan yang menilai.

Organisasi Puskesmas dalam membangun mitra kerja sudah barang tentu sangat dibutuhkan, karena karyawan Puskesmas merupakan kumpulan dari berbagai macam profesi kesehatan, antara lain dokter, perawat, bidan, analis dan apoteker atau asisten apoteker. Puskesmas dalam pembinaan mitra kerja dengan wadah atau acara minilokakarya yang tujuannya untuk penggerakan pelaksanaan semua kegiatan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Adapun kegiatannya meliputi:

1. Rapat rutin bulanan Puskesmas.
2. Penggalangan karyawan Puskesmas.
3. Rapat kerja lintas sektor.
4. Penggalangan lintas sektor tingkat kecamatan.

Ke empat kegiatan tersebut diatas apabila dilaksanakan, maka Puskesmas akan berjalan kompak dan seimbang karena komunikasi lintas program lancar begitu juga lintas sektor dapat dipahami oleh sektor- sektor lain.

Dalam penelitian menunjukan bahwa hubungan atau interaksi kemanusiaan antara kepala Puskesmas dengan karyawan dengan predikat baik dan lancar. Tapi untuk kelancaran pelaksanaan minilokakarya sebagai wadah atau forum pembinaan, sebagai mitra kerja kurang nampak adanya:

Kegiatan rapat rutin bulanan secara umum tidak dilaksanakan secara berkala, kegiatan rapat lintas sektor bahwa Kepala Puskesmas dilakukan oleh dua orang yaitu kepala dengan didampingi petugas teknis berarti tidak *efektif* dan *efisien* dalam organisasi.

Pembinaan dalam rangka lintas program terkesan takut dan tidak dapat bercerita banyak tentang proses atau sistem program yang akan berjalan, sehingga teknis medis yang harus tampil untuk berbicara padahal Kepala Puskesmas juga mengikuti rapat diwaktu pembinaan dari Dinas Kesehatan. Sehingga Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, apabila mengisi acara lintas program atau lintas sektor hanya judul- judul saja, yang kausalnya kurangnya kepercayaan terhadap karyawan maupun *audien* apabila dalam acara pertemuan kemasyarakatan.

Menurut Moekijat (1995), kebutuhan akan informasi yang *obyektif* sangat penting bagi pegawai dalam pekerjaannya dan organisasi, komunikasi dengan pimpinan adalah dengan memberikan bimbingan dan pengarahan atau supervisi, menyangkut tuntutan pekerjaan baik masalah teknis maupun non teknis . Bimbingan dan pengarahan pada saat proses berlanjut yang memberikan alasan sesuai dengan kebutuhan pekerjaan dan kepentingan pegawai akan sangat menyenangkan dan memotivasi.

Kepala Puskesmas setelah mengkoordinasikan tugas selanjutnya adalah pembimbingan atau supervisi terhadap semua karyawannya, yang mencakup kegiatan- kegiatan di dalam gedung maupun di luar gedung

Puskesmas di wilayah kerjanya. Supervisi atau pembimbingan dengan tujuan untuk mengetahui pelaksanaan di lapangan apabila ada kekeliruan atau penyimpangan dalam pelaksanaan segera dapat diluruskan kembali. Pembimbingan terhadap karyawan dalam proses pelaksanaan akan memberi semangat dan motivasi tersendiri, karena merasa diperhatikan oleh pimpinan. Apabila supervisi dijalankan akan memberikan kepercayaan tersendiri karena dapat bertanya jika ada yang tidak dimengerti, apakah pekerjaan sudah sesuai dengan petunjuk pelaksanaan atau petunjuk teknis sehingga mutunya dapat diketahui.

Hasil temuan di lapangan terhadap aspek pembimbingan atau supervisi Kepala Puskesmas terhadap karyawan, tidak dilaksanakan sepenuhnya oleh Kepala Puskesmas, hal ini kemungkinan adanya kesan rasa takut / kurang mampu tentang teknis medis, atau tidak punya bekal pengetahuan kesehatan untuk terjun ketempat pelaksanaan di lapangan. Pembimbingan oleh Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan kurang dilaksanakan, karena tidak memiliki bekal tentang ilmu kesehatan, sehingga melimpahkan wewenangnya kepada dokter Puskesmas. Dokter Puskesmas dalam diskusi, mengatakan bahwa tidak adanya surat resmi dari atasan tentang kewenangan dalam tugas membimbing atau supervisi terhadap profesi lain di Puskesmasnya, jadi pelaksanaan perihal tersebut kurang baik atau seenaknya, takut kalau justru ada masalah baru diantara karyawan. Pendapat tersebut di atas ternyata juga didukung oleh

informan lain, dalam diskusi muncul pendapat bahwa perawat, bidan dengan dokter adalah mitra kerja, bukan jalur komando.

Aspek SP2TP berdasarkan, Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 63/Menkes/II/1981, tentang sistem pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas. SP2TP adalah tata cara pencatatan dan pelaporan yang lengkap untuk pengelolaan Puskesmas, dengan tujuan tersedianya data dan informasi yang akurat, tepat waktu dan mutakhir secara periodik dan teratur untuk pengelolaan program kesehatan masyarakat melalui Puskesmas.

Hasil temuan di lapangan menunjukkan bahwa ketepatan waktu pelaporan dan keteraturan dalam setiap bulannya dikategorikan baik, tapi tentang keakuratan data kurang dapat dipertanggung jawabkan. Karena pemantauan dalam proses pelaksanaan kurang, bahkan untuk pemantauan yang diluar gedung sama sekali tidak dilaksanakan. Dalam wawancara peneliti dengan informan bahwa kepala hanya menandatangani blangko laporan tentang isi kurang dicermati.

Aspek stratifikasi berdasarkan kebijaksanaan yang telah digariskan dalam Sistem Kesehatan Nasional dengan upaya melakukan penilaian prestasi kerja Puskesmas, dengan harapan mendapatkan gambaran tentang tingkat perkembangan fungsi Puskesmas secara berkala dalam rangka pembinaan dan pengembangannya.

Dalam perihal tersebut Kepala Puskesmas akan mengetahui sejauh mana Puskesmas yang dipimpinnya dapat mencapai strata tertentu. Gambaran

pencapaian strata akan terlihat apabila Kepala Puskesmas beserta petugas yang mengkoordinir laporan menghitungnya dengan rinci dan teliti. Semua hasil cakupan dalam satu tahun dari masing- masing variabel penilaian, sebagai indikatornya antara lain:

1. Hasil kegiatan Puskesmas dalam cakupan dari masing-masing kegiatan.
2. Hasil dan cara pelaksanaan manajemen Puskesmas.
3. Sumber daya yang tersedia di Puskesmas.
4. Keadaan lingkungan yang mempengaruhi pencapaian hasil kegiatan Puskesmas.

Setelah mengetahui variabel penilaian, Kepala Puskesmas dengan petugas tata usaha mengadakan kegiatan- kegiatan diantaranya: Pengumpulan data, pengelolaan data dan analisa masalah serta penentuan langkah penanggulangannya.

Adapun hasil temuan di lapangan menunjukkan, bahwa proses pengumpulan data, pengolahan data dan analisa data secara umum dilakukan oleh petugas tata usaha, ada satu Kepala Puskesmas yang ikut terlibat aktif dalam mengkalkulasi data serta menentukan langkah penanggulangan. Menurut hasil wawancara pelaksanaanya tidak jelas, karena program-program sudah dibina langsung oleh Dinās Kesehatan. Sehingga keterlibatan Kepala Puskesmas dalam proses startifikasi Puskesmas sangat kecil sekali.

Aspek pengelolaan keuangan Puskesmas, dengan tujuan terselenggaranya administrasi keuangan di Puskesmas dengan baik dan benar,

sesuai dengan peraturan yang berlaku. Adapun tugas dan tanggung jawab Kepala Puskesmas adalah: menguji, menyusun, membuat laporan pertanggung jawaban, mengadakan pemeriksaan kas intern dan mengawasi pelaksanaan kegiatan baik terhadap administrasi maupun teknis pelaksanaan.

Hasil temuan di lapangan tentang pengelolaan keuangan oleh Kepala Puskesmas adalah cukup menyenangkan, karena semua informan berkata untuk keuangan lebih teliti dan sering mengadakan pengecekan buku kas dengan buku-buku yang lain. Tetapi untuk pengawasan dalam segi teknis operasional sangat jarang dilakukan bahkan tidak sampai pada teknis –teknis operasional di lapangan.

Aspek pengelolaan barang dan buku Puskesmas, menurut Instruksi Menkes RI. Nomor 408/Men-Kes/Inst/VIII/81 tentang pelaksanaan inventarisasi barang- barang perlengkapan milik negara.

Dalam pengelolaan barang tersebut yang perlu ada di Puskesmas adalah : buku induk barang inventaris (BIBI), kartu inventaris ruangan (KIR) dan buku agenda tentang barang masuk dan keluar. Puskesmas dalam pengelolaannya memerlukan monitoring dari kepala agar pelaksanaannya dapat berjalan dengan tertib dan lancar, sehingga perawatan barang dapat dijalankan agar pemanfaatannya bisa optimal.

Hasil temuan di lapangan menunjukkan bahwa pengelolaan barang belum sesuai yang diharapkan, terbukti kartu inventris ruangan tidak ada dengan alasan , katanya barang sering pindah- pindah tempat, dan secara

umum buku induk inventaris barang kurang tertib dan teratur. Sehingga menyulitkan petugas apabila mencocokkan barang-barang. Terlebih lagi pengelolaan buku-buku Puskesmas secara umum terbengkelai dengan tempat yang tidak teratur, sehingga sulit untuk dijangkau oleh karyawan, dan tidak menimbulkan karyawan untuk timbul nafsu membaca.

Aspek pengelolaan obat Puskesmas, dengan tujuan untuk memelihara dan meningkatkan penggunaan obat secara rasional dan ekonomis melalui penyediaan obat yang tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan tepat tempat. Adapun kegiatan dalam pengelolaan obat meliputi : perencanaan, pengadaan, pendistribusian dan penggunaan obat.

Melihat dari tujuan dan kegiatan pengelolaan obat di Puskesmas, benar-benar membutuhkan suatu perhitungan yang matang dan teliti, mengingat semua tindakan harus tepat dan apabila tidak tepat akan mengurangi kualitas isi dan manfaat obat. Tugas yang berat inilah Kepala Puskesmas dalam pengelolaan dan pemantauannya harus lebih memprioritaskan dan sering mengadakan monitoring terus menerus.

Hasil temuan di lapangan, bahwa Kepala Puskesmas dalam hal pengelolaan obat hanya menandatangani blangko usulan pengadaan saja, sewaktu akan mengajukan bon obat ke gudang farmasi Dinas Kesehatan, untuk jenis dan jumlah, terserah kepada dokter Puskesmas dan petugas obat. Sedangkan untuk pengelolaan yang berawal dari perencanaan, pengadaan,

pendistribusian dan penggunaan obat, Kepala Puskesmas tidak melaksanakan dan sedikit keterlibatan yang dijalankan oleh kepala puskesmas.

B. VARIABEL PSIKOLOGIS.

Menurut Secord & Backman (1964), sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal pemikiran, perasaan dan predisposisi tindakan seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Adapun triadik atau struktur sikap terdiri atas tiga komponen penting yang saling menunjang diantara, komponen *kognitif*, komponen *afektif* dan komponen *konaktif*.

Menurut Azwar (1998), sikap seseorang terhadap suatu obyek yang berperan sabagai perantara antara respon dan obyek, respon diklasifikasikan menjadi tiga yaitu respons *kognitif*, respons *afeksi* dan respon *konatif*.

Menurut Walgito (1994), menyatakan sikap sebagai faktor yang ada pada diri manusia dan dapat menyebabkan kecenderungan manusia untuk berbuat atau bertingkah laku terhadap obyek sikap yang dihadapi. Adapun sikap merupakan perasaan, baik yang mendukung (*favorabel*) atau yang tidak mendukung (*unfavorabel*) terhadap obyek yang ada.

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut diatas, bahwa Kepala Puskesmas berada dalam lingkungan kesehatan, akan lebih cepat punya respon *kognitif* tentang kesehatan apabila memiliki pengetahuan atau ilmu kesehatan. Sehingga memiliki perasaan positif yang mendalam apabila seorang kepala memiliki

pengetahuan tentang kesehatan dan akan punya rencana tindakan yang matang atau mendukung (*favorabel*) apabila punya bekal ilmu kesehatan.

Hasil temuan dilapangan menunjukkan, bahwa Kepala Puskesmas dalam mengelola Puskesmas secara umum *respon kognitif* kurang, karena sangat sedikit ilmu yang dimiliki tentang kesehatan. Terbukti secara umum bila ada keluhan tentang masalah kesehatan dari karyawan tidak segera adanya pemikiran atau rencana jalan keluar. Sehingga karyawan tidak mendukung mengakibatkan sebagian besar dalam melakukan kegiatan tidak mantap dan merasa lebih pandai karyawan dibanding kepalanya, terbukti kepala selalu bertanya pada staf dan bilang ingin belajar. Pemikiran atau ide baru juga tidak muncul dari Kepala Puskesmas selaku atasan, sehingga pelaksanaan pengelolaan Puskesmas oleh karyawan yang mengakibatkan bawahan kurang termotivasi.

Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, *respon afektif* sangat kurang karena ketidak sesuaian antara disiplin ilmu pengetahuan yang dimiliki dengan lingkungan bekerja yang bermuara ilmu-ilmu kesehatan. Sedangkan mereka memimpin yang berada dalam lingkungan dunia kesehatan. Berkaitan ketidak cocokan pengetahuan yang dimiliki dengan lingkungan kesehatan, terkesan adanya perasaan takut dalam beberapa kegiatan pelayanan kesehatan yang langsung berhubungan dengan masyarakat dan lintas sektor. Data dari informan menunjukkan, bahwa kepala sangat jarang melakukan penyuluhan kesehatan langsung masyarakat, terkesan takut kalau ada pertanyaan dari *audien* tentang masalah kesehatan atau penyakit. Terlihat juga dalam rapat lintas sektor secara

umum didampingi oleh staf teknis, jadi kepala hanya unjuk muka bahwa Kepala Puskesmas ada.

Respon konaktif Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, hasil dari informan bahwa *respon konaktif* hampir tidak ada, terbukti perencanaan tindakan atau *planning of action* (POA) tidak dibuat. Sehingga pelaksanaan kegiatan kurang terprogram dapat dikata program berjalan biasa-biasa saja karena kepala kurang tahu, yang penting mengumpulkan laporan ditandatangani kepala.

Menurut Muchlas (1998), beberapa pegawai meskipun dimotivasi dengan baik, apabila kurang mempunyai kemampuan atau ketrampilan untuk bekerja maka hasilnya akan kurang, tidak seperti yang diharapkan, kemampuan dan ketrampilan akan memainkan peranan utama dalam perilaku dan prestasi individu.

Apabila seorang Kepala Puskesmas memiliki kemampuan dan ketrampilan dalam pengelolaan Puskesmas, sudah barang tentu jika seorang dari sarjana kesehatan akan memiliki kemampuan dalam bidang kesehatan dan sudah barang tentu pula seorang sarjana kesehatan akan memiliki ketrampilan dalam bidang kesehatan. Seseorang memiliki kemampuan dan ketrampilan kesehatan yang secara formal lulusan pendidikan tinggi kesehatan diberi jabatan Kepala Puskesmas, setidaknya akan mengerti tentang kebijakan kesehatan, dan dapat memainkan organisasi Puskesmas dengan motivasi yang tinggi.

Hasil temuan di lapangan menunjukkan, bahwa Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan di Kabupaten Sragen, adalah memiliki kemampuan dalam

bidang sosial politik, hukum, pendidikan dan ekonomi disuruh mengelola Puskesmas yang sebagian besar kegiatan yang dijalankan adalah teknis medis, sehingga para kepala secara umum sikapnya terhadap pengelolaan Puskesmas sangat kurang. Ujut perasaan yang terlontar pada peneliti sangat menyayangkan sekali, karena beliau merasa menjadi korban dari dampak otonomi daerah.

C. VARIABEL ORGANISASI.

Berdasarkan undang- undang nomor 23 tahun 1992, bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Puskesmas adalah suatu organisasi fungsional sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat dan membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan- kegiatan pokok.

Berdasarkan beberapa teori tersebut diatas, bahwa seorang pemimpin yang membawakan organisasi fungsional akan lebih tepat apabila memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang diperolehnya melalui pendidikan formal dalam bidang kesehatan. Kepala Puskesmas harus menyetir atau mengelola organisasi fungsional, berarti karyawan didalamnya adalah berbagai macam orang profesi yang mendapatkan tunjangan fungsional. Para karyawan fungsional akan

dititik beratkan untuk melaksanakan proses kegiatan-kegiatan praktis tentang teknis medis. Seorang Kepala Puskesmas harus memiliki pengetahuan tentang kebijakan kesehatan, karena harus mengikuti perjalanan proses pelayanan kesehatan yang langsung berhubungan dengan masyarakat.

Hasil temuan di lapangan, bahwa Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, adalah mereka berpendidikan formal bukan kesehatan, antara lain: Pendidikan, Ekonomi, Hukum dan Sospol. Mereka akan lebih terampil di luar bidang kesehatan yang sesuai disiplin ilmunya, pengetahuan dan ketrampilan tentang kesehatan akan sedikit sekali. Terbukti apabila memimpin rapat kerja puskesmas bertindak selaku mederator, bukan seorang kepala yang kaya akan falsafah kesehatan. Untuk lebih jelasnya dapat peneliti bahas dalam gaya kepemimpinan selanjutnya.

Menurut Wexley dan Yukl (1997), kemampuan adalah suatu karakteristik individu yang menggambarkan pelaksanaan yang potensial, kemampuan teknis dan manajerial tergantung jenjang pekerjaan, antara lain: Kemampuan teknis akan semakin besar pada tingkat pelaksana teknis, sedangkan kemampuan konseptual sangat diperlukan pada manajer puncak.

Kepala Puskesmas dapat dikategorikan sebagai *low manager* atau manajer tingkat bawah, sehingga apabila peneliti kaitkan berdasarkan teori tersebut diatas, bahwa seorang Kepala Puskesmas lebih banyak menghadapi tindakan-tindakan pelaksana teknis pelayanan kesehatan. Kemampuan konseptual sangat sedikit

diperlukan bagi Kepala Puskesmas, namun banyak diperlukan pada kepemimpinan tingkat menengah maupun kepemimpinan tingkat tinggi.

Hasil temuan dilapangan, karena Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan yang sangat erat berhubungan dengan karyawan pelaksana teknis pelayanan kesehatan, sehingga hubungan antara pemimpin dengan karyawan tidak nyambung, karena kepala tidak mengetahui tentang teknis medis sedang semua karyawan yang dihadapi adalah masalah teknis medis. Seorang Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan banyak duduk diruang kerja dan sangat jarang keluar di lapangan, keterangan dari informan bahkan sebagian sering meninggalkan tugas dengan ijin urusan dengan sektor lain.

Menurut Harsey dan Blancard (1992), kepemimpinan adalah suatu proses yang dapat mempengaruhi aktivitas seseorang atau sekelompok orang untuk mencapai tujuan dalam situasi tertentu.

Pengaruh seorang kepala terhadap anak buah adalah sangat besar apabila seorang kepala berpenampilan baik serta memiliki kemampuan serta pengetahuan sesuai dengan kelompok atau organisasi mereka pimpin. Karena berhasil dan tidaknya salah satu organisasi Puskesmas tergantung dari perilaku seorang Kepala Puskesmas dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan diwilayah kerjanya.

Hasil keterangan dari sebagian besar informan, bahwa pengaruh Kepala Puskesmas terhadap proses pelayanan kesehatan bagi karyawan sangat sedikit sekali, karena para karyawan memiliki rasa tanggung jawab pada Dinas Kesehatan yang tinggi. Bahkan keterangannya tanpa ada Kepala Puskesmas

itupun pelayanan kesehatan berjalan, karena bila ada masalah juga ditanyakan pada dokter Puskesmas, Kepala Puskesmas sekedar mendengar saja.

Menurut Likert (1997), gaya kepemimpinan yang berorientasi pada karyawan merupakan gaya kepemimpinan yang lebih *efektif* dibanding dengan gaya kepemimpinan yang lebih berorientasi pada produksi atau tugas. Pemimpin yang *efektif* adalah pemimpin yang memiliki hubungan yang baik dengan bawahan, dan pengambilan keputusan bergantung pada kelompok bukan individu.

Merujuk teori tersebut diatas, Kepala Puskesmas akan lebih *efektif* apabila gaya kepemimpinannya berorientasi pada karyawan bukan pada tugas. Kepemimpinan yang berorientasi pada karyawan akan lebih berhasil diterapkan diorganisasi Puskesmas karena merupakan organisasi fungsional dengan berbagai kegiatan teknis dan memiliki karyawan yang profesional di bidang kesehatan.

Hasil temuan di lapangan menunjukkan, bahwa Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan dalam mengetrapkan gaya kepemimpinannya berorientasi pada tugas. Terbukti komunikasi program antara atasan dengan bawahan sangat kurang, dan Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan setiap bulannya menandatangani laporan tanpa mengecek isi dari laporan.

Menurut Hersey & Blanchard (1992), pola kepemimpinan yang menggambarkan hubungan antara kematangan berkaitan dengan gaya kepemimpinan, yang diterapkan pada saat pengikut bergerak dari keadaan tidak matang, ketinggian yang lebih matang, yang digambarkan dengan *kurve perspektif* yang bergerak melalui ke empat kuadran kepemimpinan.

Hasil temuan di lapangan, bahwa tingkat kematangan karyawan sangat tinggi, karena semua karyawan merasa memiliki tanggung jawab yang tinggi atas beban yang diberikan sewaktu lulus dari pendidikan formal, yaitu sumpah profesi. Sedangkan Kepala Puskesmas tidak memiliki pendidikan formal kesehatan, sehingga pengetahuan kesehatan individu dalam organisasi Puskesmas tidak seimbang, lebih pandai karyawan dibanding Kepala Puskesmas atau pimpinannya. Hasil temuan seperti uraian tersebut diatas dapat diartikan, bahwa gaya kepemimpinan kepala puskesmas non sarjana kesehatan adalah pada kurve G4 dan kuadran M4, sedikit detail tugas dan sedikit hubungan sesama, dalam hal ini pemimpin hanya memberikan sedikit arahan dan dukungan , dengan kriteria delegating atau pendelegasian.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN.

Dari hasil penelitian dengan melakukan diskusi kelompok terarah dan wawancara mendalam. Diskusi terhadap bawahan tenaga fungsional dan wawancara mendalam terhadap tiga kelompok informan yaitu: Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, staf tata usaha dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen. Selanjutnya dilakukan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan tentang kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan di Kabupaten Sragen, sebagai berikut:

1. Karakteristik Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan.

Usia Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan sangat variasi yaitu, termuda usia 35 tahun dan yang tertua 52 tahun, untuk jenis kelamin dari enam Kepala Puskesmas yang perempuan satu orang, sedangkan latar belakang pendidikan terdiri dari Sarjana pendidikan 2 (dua) orang, Sarjana Sosial dan Politik 2 (dua) orang, Sarjana Ekonomi seorang dan Sarjana Hukum seorang.

Masa kerja sebagai pegawai negeri sangat variasi, terendah 8 (delapan) tahun dan terlama 30 (tiga puluh) tahun, untuk masa jabatan sebagai Kepala Puskesmas semuanya sama yaitu 1 (satu) tahun 3 (tiga) bulan, sedangkan kepangkatan semuanya berpangkat Penata dengan golongan ruang III c.

2. Pengetahuan Kepala Puskesmas Tentang Pengelolaan Puskesmas.

Pengetahuan terhadap paradigma sehat, pengelolaan organisasi Puskesmas, serta sistem atau proses pelayanan kesehatan di Puskesmas bagi Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan sangat kurang.

Pengetahuan tentang perencanaan program Puskesmas sangat kurang, sehingga proses identifikasi keadaan, proses penyusunan rencana, proses penyusunan POA (*planning of action*) serta sistem penulisan naskah rencana kegiatan Puskesmas tidak dilaksanakan.

Pengetahuan tentang proses atau sistem pelayanan kesehatan sangat kurang sehingga, penggerakan / pelaksanaan baik kerja sama lintas sektor, penggalangan kerja sama tim Puskesmas dan rapat kerja bulanan Puskesmas serta rapat kerja lintas sektor kurang efektif dan efisien.

Pengetahuan tentang pengelolaan organisasi Puskesmas kurang sehingga proses pemantauan kegiatan (SP2TP), proses pembimbingan serta supervisi dan sistem penilaian (*stratifikasi*) sebagai *out come* terhadap kegiatan karyawan kurang optimal.

3. Sikap Kepala Puskesmas Terhadap Kegiatan puskesmas.

Respon *kognitif*, respon *afektif* serta respon *konatif* sangat kurang, karena tidak sesuainya disiplin ilmu yang digeluti dengan lingkungan kerja sehingga kurang respon tentang pelayanan kesehatan serta pelaksanaan pengelolaan organisasi Puskesmas asal berjalan yang mengakibatkan bawahan atau karyawan kurang termotivasi.

Kepala Puskesmas secara keseluruhan merasakan bahwa jabatan mereka kurang tepat atau tidak sesuai dengan harapan, ada yang mengatakan bahwa dirinya adalah salah satu korban dari dampak otonomi daerah.

4. Gaya Kepemimpinan Kepala Puskesmas.

Gaya kepemimpinan yang diterapkan adalah *delegating* atau pen delegasian yang artinya sedikit detail tugas dan sedikit hubungan sesama, pemimpin hanya memberikan sedikit arahan dan dukungan, karena tingkat kematangan karyawan sangat tinggi yaitu mampu dan mau dengan keterikatan sumpah profesi serta rasa tanggung jawab terhadap tugas.

5. Kinerja Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan.

Proses atau sistem dalam pengelolaan organisasi Puskesmas yang sudah berjalan baik antara lain, pengelolaan keuangan dan kegiatan administrasi surat menyurat

Adapun dalam proses pengelolaan Puskesmas yang belum berjalan baik antara lain: proses perencanaan Puskesmas (*Micro planning*), proses penggerakan dan pelaksanaan (*Minilokakarya*), proses pemantauan (SP2TP), proses pembimbingan / supervisi, proses penilaian (*stratifikasi*) Puskesmas, proses pengelolaan barang dan sistem pengelolaan obat- obatan.

B. SARAN

Setelah melihat hasil keseluruhan dari penelitian dan mendengar yang dikemukakan semua informan, bagi kinerja Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, maka peneliti mengemukakan beberapa saran kepada:

1. Kepala Puskesmas Non Sarjana Kesehatan

Sebagai bahan introspeksi diri untuk mengerti kekurangan serta kelebihan dalam mengelola organisasi Puskesmas, dengan harapan dapat meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan kemauan sehingga kinerjanya lebih optimal.

2. Pemerintah Daerah Kabupaten Sragen.

Agar meninjau kembali tentang pelaksanaan SOT khususnya dalam penempatan Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan dan tidak hanya dilihat dari persyaratan golongan dan pangkat saja. Diharapkan pengambil keputusan (*eksekutif*) dan pembuat kebijakan (*legislatif*) memperhatikan pengalaman empiris di lapangan, mengingat bahwa Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis yang lebih banyak memerlukan kemampuan teknis pelayanan kesehatan.

3. Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen.

Pembinaan dan pemantauan secara terus menerus terhadap Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan, dengan materi yang diberikan tentang proses atau sistem pelayanan kesehatan dalam mengelola program Puskesmas, sehingga organisasi Puskesmas akan lebih efektif dan efisien. Diharapkan

Kepala Puskesmas dapat mandiri tidak harus didampingi oleh karyawan teknis medis, apabila rapat kerja di dinas kesehatan, rapat lintas sektor dan memimpin rapat kerja di Puskesmas mendapatkan respon penilaian positif dari karyawannya.

4. Peneliti Lain.

Diharapkan agar memperluas dan memperkaya pandangan ilmiah yang berhubungan dengan kebijakan pemerintah dalam penempatan Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan. Penelitian seperti ini masih jarang dilakukan dengan harapan dapat memberi masukan bagi pihak akademis untuk melakukan penelitian lain, penelitian yang masih dapat dilanjutkan diantaranya: pengaruh Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan terhadap kinerja karyawan, membandingkan kinerja Kepala Puskesmas yang sarjana kesehatan dengan sarjana non kesehatan dan masih banyak lagi tentang jenis penelitian dan metode yang dipakai dengan obyek sasaran Kepala Puskesmas non sarjana kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Adam I, *Perilaku Organisasi*, Sinar Baru Algensindo, 2000.
2. Azwar S, *Reliabilitas dan Validitas*, Pustaka Pelajar Yogyakarta, 2000.
3. Azwar S, *Sikap Manusia, Teori Dan Pengukurannya*, Pustaka Pelajar Yogyakarta, 1988.
4. Bapelkes Gombong, *Pelatihan Management Of Training (MOT)*, 2001.
5. David O dan Guebler T, *Mewirauahakan Birokrasi*, Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta, 1996.
6. Dep Kes RI, *Panduan Pembinaan Penampilan Puskesmas*, Dir Jen Bin Kes Mas, Jakarta, 1997.
7. Dep Kes RI, *Pendekatan Kemasyarakatan*, Dir Jen Bin Kes Mas, Jakarta, 1997.
8. Dep Kes RI, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta, 1982.
9. Dep Kes RI, *Undang-Undang RI, Nomor 23 Tahun 1992, Tentang Kesehatan*, Jakarta, 1992.
10. Din Kes Kab Sragen, *Rencana Strategis Tahun 2001 – 2005*.
11. Djamaludin A, *Tehnik Penyusunan Skala Pengukuran*, Penerbit Penelitian Kependudukan UGM, Yogyakarta, 1987.
12. Harbandinah P, *Materi Kuliah Diklat*, Program Pasca Sarjana MIKM Undip, 2001.
13. Harbakti R, *Evaluasi Kinerja Puskesmas Di Jawa Tengah Pasca Pelatihan Kinerja*, Tesis Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta, 2001.
14. Hartawan A, *Hubungan Persepsi Tentang Gaya Kepemimpinan Dan Situasi Kepemimpinan Terhadap Kepuasan Kerja Karyawan Di Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah*, Tesis Program Pasca Sarjana UGM, 2001.

15. Ilyas Y, *Kinerja Teori Penilaian dan Penelitian*, Pusat kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, 2001.
16. Karyono, *Materi Kuliah Pengembangan Organisasi*, Program Pasca Sarjana MIKM Undip, 2001.
17. Kusnanto H, *Metode Kualitatif Dalam Riset Kesehatan*, Program Studi IKM , Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta.
18. Keputusan Bupati Sragen, Nomor 30 Tahun 2001, *Tentang Penjabaran Tugas Pokok Dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen*, 2001.
19. Keputusan Ka Din Kes Kab Sragen, Nomor 1 Tahun 2002, *Tentang Penjabaran Uraian Tugas Jabatan Struktural Dan Fungsional Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen*, 2002.
20. LAN dan BPKP, *Modul Sosialisasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP)*, Jakarta, 2000.
21. Linda E dan Simnett I, *Promosi Kesehatan*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 1994.
22. Matthew B dan Michael H, *Analisis Data Kualitatif*, Universitas Indonesia, 1992.
23. Mulyono J, *Perubahan Kebudayaan Dan Masyarakat Dalam Pembangunan*, IKIP Semarang Press, 1990.
24. Munir B, *Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Dengan Pendekatan Antropologi*, Jakarta, 1992.
25. Moeleong LJ, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Remaja Rosdakarya Offset, Bandung, 2000.
26. Nico LK, *Materi Kuliah Metodologi Penelitian*, Program Pasca Sarjana MIKM Undip, 2001.
27. Onny S dan Pranarka, *Pemberdayaan Konsep Kebijakan Dan Implementasi*, Center For Strategi and Internasional Studies (CSIS), Jakarta, 1996.

28. Ogden J, *Health Psychology*, Typeset by Graphicraft Typstters ltd, Hong Kong, 1996.
29. *Pedoman Kerja Puskesmas Jilid I*, Jakarta, 1991.
30. *Pedoman Kerja Puskesmas Jilid IV*, Jakarta, 1990.
31. Perda Kab Sragen, Nomor 2 Tahun 2001, *Tentang Pembentukan Dan Susunan Organisasi Dinas Kabupaten Sragen*, 2001.
32. Robert L, *Effective Leadership*, Seminar Sehari Tentang Pemimpin Ditengah Krisis Kepemimpinan, Program Magister Promosi Kesehatan, PPS Undip Semarang, 2001.
33. Soekidjo N, *Dasar- Dasar Pendidikan Dan Pelatihan*, Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat, FKM UI, 1989.
34. Soekidjo N dan Solita S, *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*, Badan Pnerbit Kesehatan Masyarakat, FKM UI, 1985.
35. Sugiyono, *Statistika Untuk Penelitian*, Alfabeta Bandung, 1999.
36. Soerjono S dan Herkutanto, *Pengantar Hukum Kesehatan*, Remaja Karya, Bandung, 1987.
37. Soekadji S, *Modifikasi Perilaku*, Penerapan Sehari-hari dan Penerapan Profesional, Liberty Yogyakarta, 1983.
38. Trimo S, *Analisis Kepemimpinan*, Angkasa, Bandung, 1995.
39. William A, *Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektifitas Managemen*, Gadjah Mada University Press, 1994.
40. Zahroh S, *Materi Kuliah Perubahan Perilaku*, Program Pasca Sarjana MIKM Undip, 2001.