

**ANALISIS FAKTOR – FAKTOR ORGANISASI
YANG BERHUBUNGAN DENGAN
CAKUPAN IMUNISASI PUSKESMAS
DI KABUPATEN BATANG**



TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2**

**Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Kebijakan Kesehatan**

**Oleh
Ariebowo HA
NIM : E4A001004**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005**

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul

**ANALISIS FAKTOR – FAKTOR ORGANISASI YANG
BERHUBUNGAN DENGAN CAKUPAN IMUNISASI
PUSKESMAS DI KABUPATEN BATANG**

disusun oleh
Ariebowo HA

Telah dipertahankan didepan dewan Penguji
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji

Dra. Chriswardani S, M.Kes

Penguji

dr. Nurhayati, M.Kes

Pembimbing I

dr. Sudiro MPH, Dr.PH

Pembimbing II

drg. Henry Setyawan S, MSc

Semarang, 20 Juni 2005
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kedua Program



Dr. Sudiro MPH, Dr. PH

NIP. 252 965

RIWAYAT HIDUP

Nama : Ariebowo Herry Alananto

Tempat dan Tanggal Lahir : Madiun, 10 Januari 1952

Jenis Kelamin : Laki - laki

Agama : Islam

Alamat : RE Martadinata Gg. Karper 27 A Batang

Riwayat Pendidikan : - Lulus SD Tahun 1964
- Lulus SMP Tahun 1967
- Lulus SMA Tahun 1970
- Lulus Akademi (DIII) Tahun 1974
- Lulus Fakultas (S1) Tahun 1990

Riwayat Pekerjaan :

1. Tahun 1974 : Staf Dinkes Kabupaten Batang

2. Tahun 1981 : Kasubsi Higiene dan Sanitasi

3. Tahun 1984 : Kasie Pembinaan Kesehatan Lingkungan

4. Tahun 1991 : Kasie Pencegahan Pemberantasan Penyakit

5. Tahun 2001 – sekarang : Kasubdin P3PL

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia Nya , sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul *Analisis Faktor – faktor Organisasi Yang Berhubungan Dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang*. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Master Kesehatan – Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan tesis ini terselesaikan berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis sampaikan penghargaan dan rasa terima kasih kepada :

1. dr. Sudiro, MPH, Dr.PH selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini
2. drg. Henry Setyawan, M.Sc selaku pembimbing II yang telah membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini
3. Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes selaku penguji tesis, atas masukan dan pengkayaan materi yang telah diberikan pada penulis,
4. dr. Nurhayati S, M.Kes selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan guna perbaikan tesis ini,
5. Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca sarjana Universitas Diponegoro Semarang dan staf yang telah memberikan ijin dan membantu selama pendidikan
6. Seluruh dosen Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan bekal ilmu untuk menyusun tesis ini

7. dr. HM. Sutarno, MM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Batang beserta staf yang telah memberikan ijin dan membantu dalam penelitian
8. dr. HM. Sutanto, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan beserta staf yang telah memberikan ijin dan membantu dalam uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian
9. Petugas Pelaksana Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang yang telah bersedia menjadi sampel dalam penelitian ini

Selain itu penulis juga ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada yang teramat penulis sayangi yaitu istri tercinta Hj. Indah Etikowati dan ananda Primiwisanthi Novariandah atas dukungan, semangat, pengorbanan dan pengertiannya, sehingga terselesaikannya tesis ini.

Akhirnya penulis senantiasa mengharap saran dan masukan guna perbaikan tesis ini, sehingga bermanfaat bagi siapa saja yang membacanya. Amin.

Semarang, 20 Juni 2004

Penulis

ABSTRAK

Ariebowo HA

Analisis Faktor – Faktor Organisasi Yang Berhubungan Dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang.

Tujuan program imunisasi adalah menurunkan angka kematian bayi akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Keberhasilan program imunisasi diukur dengan pencapaian target cakupan imunisasi. Keberhasilan tersebut tergantung pada kinerja tenaga pelaksana imunisasi di Puskesmas sementara kinerja tenaga pelaksana imunisasi dipengaruhi oleh faktor individu, faktor psikologi dan faktor organisasi yang terdiri dari kepemimpinan, supervise, sumber daya, kompensasi, struktur dan desain pekerjaan.

Penelitian ini bertujuan untuk Memperoleh informasi tentang faktor-faktor organisasi yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang. Jenis penelitian *observasional* dengan metode survei dan pendekatan *cross sectional*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner pada 48 orang pelaksana imunisasi di Puskesmas Kabupaten Batang. Data primer maupun sekunder diolah dan dianalisa dengan cara kuantitatif melalui analisis univariat, bivariat dan multivariat. Analisis bivariat menggunakan uji *chi square* dan analisis multivariat menggunakan uji regresi Logistik binary. Signifikansi ditentukan dengan nilai $p < 0,05$.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor organisasi yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang adalah kejelasan pengarahan tugas petugas (nilai $p : 0,001$), keterlibatan pimpinan dalam rapat staf Puskesmas (nilai $p : 0,000$), tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi (nilai $p : 0,015$), kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi (nilai $p : 0,0001$), pemberian masukan oleh supervisor pada saat supervisi (nilai $p : 0,002$), pemberian umpan balik hasil supervisi (nilai $p : 0,000$), insentif (nilai $p : 0,012$), kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah (nilai $p : 0,006$), kesempatan melanjutkan pendidikan (nilai $p : 0,0001$), ketersediaan alat (nilai $p : 0,001$) dan ketersediaan transportasi (nilai $p : 0,0001$). Petugas yang mempersepsikan ketersediaan alat imunisasi tidak sesuai memiliki resiko terjadinya kinerja rendah sebesar 12,698 kali serta petugas yang mempersepsikan kesempatan melanjutkan pendidikan tidak sesuai memiliki resiko terjadinya kinerja rendah sebesar 6,835 kali.

Perlu pengarahan tugas yang jelas, pembuatan *standard operating procedur*, pembuatan *job aid*, rapat rutin, supervisi secara berkala menggunakan *check list*, insentif di hitung berdasarkan kinerja staf (*indeks point*), merencanakan pelatihan, pengadaan alat dan transportasi.

Kata Kunci : Cakupan Imunisasi, Petugas Pelaksana Imunisasi, Puskesmas
Kepustakaan : 56 (1987 – 2003)

ABSTRACT

Ariebowo HA

Analysis of Organizational Factors That Influence The Coverage of Immunization at The Health Center in District of Batang

A goal of immunization program is to decrease infant mortality rate caused by diseases that could be prevented by immunization. The success of immunization program is measured by coverage of immunization and depended on the work performance of the immunization officer at the Health Center. The work performance of the immunization officer is influenced by individual factor, psychological factor, and organizational factor that comprise leadership, supervising, resource, compensation, structure, and job design.

The aim of this research was to get information about the organizational factors that influence the coverage of immunization at the Health Center in District of Batang. This was *Observational* research using survey method and *cross sectional* approach. Research instrument used questionnaires. Number of respondent was 48 persons. They were the immunization officers at the Health Center in District of Batang. Data was analyzed by univariate, bivariate, and multivariate method using *Chi Square test* and *Logistic Regression* with Enter method and significant level on 0.05.

Result of this research shows that the factors which have significant relationship with the coverage immunization the Health Center in District of Batang are as follows: clear guidance (p value = 0.001), involvement of the Head in staff meeting (p value = 0.000), and responsiveness of the Head (p value = 0.015). Beside that, capability of supervisor (p value = 0.0001), advice from supervisor (p value = 0.002), feed back of supervision result (p value = 0.000), incentive (p value = 0.012), opportunity of scientific activities (p value = 0.006), opportunity of continuing study (p value = 0.0001), availability of equipment (p value = 0.001), and availability of transportation (p value = 0.0001). Inappropriate of immunization equipment could predict the coverage immunization equal to 12,698 times. Inappropriate of continuing study could predict the coverage immunization equal to 6,835 times.

It needs to give clear guidance, to make Standard Operating Procedure, to make job aid, to do the routine meeting, to supervise periodically, to use checklist, to give incentive based on the work performance (index point), to plan training, and to provide equipment and transportation.

Key Words : Coverage Immunization, Immunization Officer, and The Health Center

Bibliography : 56 (1987 – 2003)

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
RIWAYAT HIDUP	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	11
C. Tujuan Penelitian	12
D. Manfaat Penelitian	14
E. Ruang Lingkup	14
F. Keaslian Penelitian	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	17
A. Kinerja	17
B. Imunisasi	45
C. Persepsi	54
D. Landasan Teori	57
E. Kerangka Teori.....	58
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	60
A. Kerangka Konsep.....	60
B. Variabel Penelitian	61
C. Hipotesis Penelitian.....	61
D. Definisi Operasional.....	63
E. Jenis Penelitian	78
F. Subyek Penelitian.....	79
G. Alat Pengumpulan Data	79
H. Cara Pengumpulan Data.....	79
I. Pengolahan Data	80
J. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	81
K. Analisis Data	82
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	86
A. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian.....	86
B. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	87
C. Analisis univariat	89
D. Analisis Bivariat.....	103
E. Analisis Multivariat	116

BAB V	PEMBAHASAN	120
	A. Cakupan Imunisasi di Puskesmas se Kabupaten Batang	120
	B. Kepemimpinan	120
	C. Supervisi.....	124
	D. Kompensasi.....	126
	E. Ketersediaan Sarana Prasarana	129
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN.....	131
	A. Kesimpulan.....	131
	B. Saran	132
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 : Hasil Cakupan UCI di Kabupaten Batang	7
Tabel 1.2 : Jumlah Kasus PD3I di Kabupaten Batang	8
Tabel 1.3 : Hasil Evaluasi Disiplin Kerja Perawat Puskesmas Kabupaten Kudus Tahun 2003.....	7
Tabel 2.1 : Kriteria Kinerja.....	27
Tabel 2.2 : Jadwal Pemberian Imunisasi.....	46
Tabel 2.3 : Cara Pemberian Imunisasi.....	47
Tabel 4.1 : Data Koefisien Reliabilitas Kuesioner Dengan Menggunakan Rumus (<i>Alpha</i>)	87
Tabel 4.2 : Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin.....	88
Tabel 4.3 : Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur	88
Tabel 4.4 : Distribusi Distribusi Responden Menurut Pendidikan	89
Tabel 4.5 : Distribusi Responden Menurut Lama Kerja.....	89
Tabel 4.6 : Distribusi Responden Menurut Kejelasan Pengarahan Tugas Pada Pelaksana Imunisasi Puskesmas Oleh Pimpinan Puskesmas.....	90
Tabel 4.7 : Rekapitulasi Jawaban Persepsi Responden Terhadap Kejelasan Pengarahan Tugas Pada Pelaksana Imunisasi Puskesmas Oleh Pimpinan Puskesmas.....	91
Tabel 4.8 : Distribusi Responden Menurut Keterlibatan Pimpinan Dalam rapat Staf.....	91
Tabel 4.9 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Keterlibatan Pimpinan dalam rapat Staf.....	92
Tabel 4.10 : Distribusi responden Menurut Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas dalam Pelaksanaan Imunisasi... ..	93
Tabel 4.11 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas dalam Pelaksanaan Imunisasi	93
Tabel 4.12 : Distribusi Responden Menurut Kesesuaian Kemampuan Supervisor Dengan Kegiatan Imunisasi	94

Tabel 4.13 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Kesesuaian Kemampuan Supervisor Dengan Kegiatan Imunisasi.....	94
Tabel 4.14 : Distribusi Responden Menurut Pemberian Masukan Supervisor Pada saat Supervisi.....	95
Tabel 4.15 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Pemberian Masukan Supervisor Pada saat Supervisi.....	95
Tabel 4.16 : Distribusi Responden Menurut Pemberian Umpan Balik hasil Supervisi.....	96
Tabel 4.17 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Pemberian Umpan Balik hasil Supervisi	96
Tabel 4.18 : Distribusi Responden Menurut Insentif.....	97
Tabel 4.19 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Insentif.....	97
Tabel 4.20 : Distribusi Responden Menurut Kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah.....	98
Tabel 4.21 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah.....	98
Tabel 4.22 : Distribusi Responden Menurut Kesempatan Melanjutkan Pendidikan.....	99
Tabel 4.23 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Kesempatan melanjutkan Pendidikan.....	99
Tabel 4.24 : Distribusi Responden Menurut Ketersediaan Alat Untuk Imunisasi	100
Tabel 4.25 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Ketersediaan Alat Untuk Imunisasi	100
Tabel 4.26 : Distribusi Responden Menurut Ketersediaan Transportasi	101
Tabel 4.27 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Ketersediaan Transportasi	101
Tabel 4.28 : Distribusi Responden Menurut Cakupan Imunisasi Puskesmas.....	102
Tabel 4.29 : Tabel Silang Kejelasan Pengarahan Tugas pada Petugas Dalam Pelaksanaan Imunisasi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang.....	103
Tabel 4.30 : Tabel Silang Keterlibatan Pimpinan dalam rapat Staf dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang	104

Tabel 4.31	: Tabel Silang Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas dalam Pelaksanaan Imunisasi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang	105
Tabel 4.32	: Tabel Silang Kesesuaian Kemampuan Supervisor dengan Kegiatan Imunisasi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang.....	106
Tabel 4.33	: Tabel Silang Pemberian Masukan Supervisor Pada Saat Supervisi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang	107
Tabel 4.34	: Tabel Silang Pemberian Umpan balik Hasil Supervisi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang	108
Tabel 4.35	: Tabel Silang Kesesuaian Insentif dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang.....	109
Tabel 4.36	: Tabel Silang Kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang	109
Tabel 4.37	: Tabel Silang Kesesuaian Insentif dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang.....	110
Tabel 4.38	: Tabel Silang Kesempatan Melanjutkan pendidikan dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang	111
Tabel 4.39	: Tabel Silang Ketersediaan Alat Untuk Imunisasi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang	112
Tabel 4.35	: Tabel Silang Ketersediaan Transportasi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang	113
Tabel 4.40	: Hubungan Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat	114
Tabel 4.35	: Analisis Pengaruh Variabel Bebas dengan Variabel Terikat Berdasarkan Uji Regresi Binary Logistik (Metode Enter).....	116
Tabel 4.35	: Analisis Pengaruh Variabel Bebas dengan Variabel Terikat Berdasarkan Uji Regresi Binary Logistik (Metode Enter).....	116

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 : Hasil Cakupan Imunisasi	6
Gambar 2 : Proses Prosesi.....	55
Gambar 3 : Kerangka Teori	58
Gambar 4 : Kerangka Konsep Penelitian	59

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 : Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner
- Lampiran 3 : Hasil Uji Statistik

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan selama ini dianggap telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna, hal ini ditandai oleh beberapa indikator, antara lain Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) yang makin menurun selama dasawarsa terakhir ini. AKB dari 51 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1991 turun menjadi 41 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2000, sedangkan AKI dari 540 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1986 turun menjadi 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994. Keberhasilan ini tentu cukup membanggakan, namun bila dibandingkan dengan negara-negara di Asean AKB di Indonesia masih 2 – 5 kali lebih tinggi dan AKI masih 3 – 6 kali lebih tinggi dari AKI negara Asean serta 50 kali AKI negara maju.^{1) 2)} Keadaan tersebut menjadikan penurunan AKB maupun AKI tetap menjadi prioritas utama dalam pembangunan kesehatan. Masih tingginya AKB dan AKI tersebut mencerminkan bahwa pelayanan kesehatan masih kurang memadai. Berbagai upaya telah diusahakan untuk menurunkan AKB dan AKI ini, salah satu diantaranya adalah dengan program imunisasi.³⁾ Sebagaimana diungkapkan dalam SKRT (Survey Kesehatan Rumah Tangga) tahun 1992 bahwa penyebab utama kematian bayi adalah karena tetanus neonatorum (9,8 %), bersama dengan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi lainnya seperti difteri, batuk rejan dan

campak, angka ini menjadi 13 % atau sekitar 34.690 bayi setiap tahunnya meninggal. Angka – angka ini belum termasuk anak-anak yang sembuh tetapi meninggalkan cacat seumur hidup, sehingga menjadi beban keluarga dan masyarakat. Kegiatan imunisasi ini telah berhasil membasmi penyakit cacar, dibuktikan dengan Indonesia dinyatakan bebas cacar oleh WHO (Badan Kesehatan Dunia) pada tahun 1974 dan kemudian seluruh dunia dinyatakan bebas cacar pada tahun 1978. Berdasarkan bukti-bukti tersebut, secara bertahap dikembangkan program imunisasi untuk mencegah penyakit menular yang terutama menyerang bayi dan anak. Dengan demikian imunisasi telah terbukti merupakan upaya pencegahan penyakit infeksi yang paling efektif untuk meningkatkan mutu kesehatan masyarakat.³⁾

Program imunisasi merupakan sub sistem dari pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif, selain itu imunisasi merupakan upaya yang sangat penting dalam mencegah penyakit serta merupakan *public good* (barang publik) karena manfaatnya dapat dirasakan oleh orang banyak.⁴⁾ Pelaksanaan program imunisasi secara nyata dilaksanakan di Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan. Tujuan program imunisasi adalah menurunkan angka kematian bayi akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Salah satu indikator keberhasilan program imunisasi adalah tercapainya *Universal Child Immunization* (UCI) 85 – 85 – 85, artinya cakupan imunisasi dasar lengkap tercapai 85 % merata di tingkat kabupaten / kota, 85 % tercapai merata di tingkat kecamatan/puskesmas dan 85 % merata di tingkat desa / kelurahan.⁵⁾

Pengelolaan program imunisasi pada prinsipnya bertujuan untuk memantapkan dan meningkatkan jangkauan pelayanan imunisasi secara efektif dan efisien.³⁾ Pemantapan pelayanan imunisasi saat ini diutamakan pada tercapainya UCI tingkat desa secara merata. Hal ini mengandung arti bahwa sekitar 85 % bayi yang ada disuatu desa telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap dalam kurun waktu satu tahun. Sedangkan pemantauan cakupan pelayanan imunisasi di suatu wilayah secara kontinyu dengan menggunakan suatu alat manajemen program imunisasi yang lazim disebut Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Tujuannya agar dapat dilakukan tindak lanjut pelayanan imunisasi secara cepat dan tepat serta tanggap terhadap desa-desa yang cakupan imunisasinya masih rendah / dibawah target. Di dalam PWS imunisasi tersebut terdapat beberapa indikator yang digunakan untuk mengetahui aksesibilitas pelayanan (besarnya jangkauan pelayanan), efektifitas program (tingkat perlindungan) serta efisiensi / manajemen program. Aksesibilitas pelayanan dilihat dari hasil cakupan imunisasi DPT-1, efektifitas program dengan melihat hasil cakupan imunisasi campak dan efisiensi program dengan melihat angka *drop out* (DO) antara hasil cakupan imunisasi DPT-1 – campak.⁶⁾

Dalam upaya untuk dapat memberikan pelayanan imunisasi secara maksimal terhadap kelompok sasaran, telah dicukupi berbagai sarana dan prasarana oleh pemerintah mulai dari sarana transportasi bagi petugas, lemari es, freezer dan *vaccin carier/ cold box* ataupun *thermos es* sebagai tempat untuk menyimpan dan membawa vaksin ke sasaran, alat suntik (*sprit*), kesemuanya dengan cuma-cuma. Disamping itu untuk mengantisipasi perkembangan jaman dan

teknologi, dilakukan penyegaran pengetahuan (*refreshing*) bagi petugas imunisasi melalui berbagai pelatihan maupun penataran untuk lebih meningkatkan ketrampilan bagi petugas. Namun demikian hasil cakupan imunisasi yang dicapai saat ini masih belum sesuai dengan harapan dari program imunisasi, yakni tercapainya UCI secara merata di tingkat desa pada tahun 2000.⁷⁾

Sejalan dengan makin meningkatnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi di masyarakat, kebutuhan dan tuntutan terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu juga semakin meningkat. Kondisi ini menuntut pergeseran titik tekan pelayanan imunisasi dari orientasi pencapaian target menuju orientasi penjagaan mutu pelayanan. Salah satu penentu mutu pelayanan adalah Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas sehingga kajian tentang SDM menjadi hal yang sangat penting.⁸⁾

Kabupaten Batang merupakan Kabupaten termuda di wilayah Propinsi Jawa Tengah, dengan jumlah penduduk 668.932 jiwa dan kepadatan penduduknya sekitar 848 jiwa per km² pada tahun 2001. Secara administratif Kabupaten Batang terbagi menjadi 12 Kecamatan yang terdiri dari 236 desa dan 9 kelurahan. Keadaan geografis terbagi menjadi daerah pantai / pesisir, pegunungan dan dataran rendah.⁹⁾

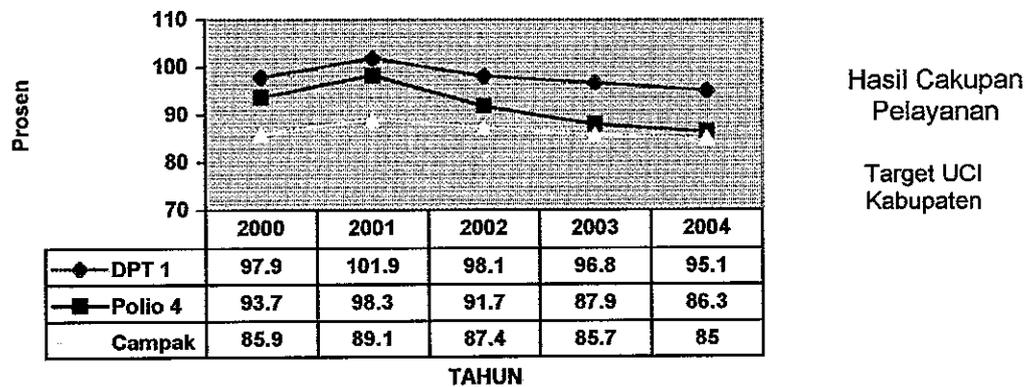
Upaya pelayanan kesehatan di Kabupaten Batang dilaksanakan melalui sarana kesehatan milik pemerintah yang terdiri dari 1 RSUD, 16 Puskesmas, 5 Puskesmas dengan rawat inap, 43 unit Puskesmas Pembantu (Pustu). Bila dibandingkan dengan jumlah penduduk yang ada maka setiap puskesmas melayani 31.854 jiwa. Hal ini masih sangat kurang bila dibanding dengan standart yang ada saat ini, yaitu 30.000 jiwa / puskesmas dan 10.000 jiwa / pustu . Selain pustu ,

untuk kelancaran operasional dari puskesmas juga dilengkapi dengan Puskesmas Keliling. Peranan puskesmas keliling ini bertambah penting mengingat jauhnya jarak dari desa ke puskesmas maupun antar desa sehingga puskesmas keliling merupakan sarana kegiatan pelayanan yang efektif khususnya untuk daerah-daerah pegunungan sebab setidaknya dapat menjangkau keseluruhan wilayah kerja puskesmas. Jumlah posyandu 1.162 yang tersebar di 245 desa / kelurahan dan melayani 63.747 balita, dengan demikian setiap desa terdapat kurang lebih 4 – 5 posyandu. Hal ini menunjukkan keberadaan posyandu sudah cukup baik dilihat dari segi jumlah maupun dari segi ratio posyandu dan balita.¹⁰⁾

Pelaksana imunisasi puskesmas merupakan unsur yang sangat penting dalam pelayanan imunisasi, mereka mempunyai tanggung jawab yang besar dalam keberhasilan program imunisasi yaitu tercapainya UCI secara merata di tingkat desa. Pelayanan imunisasi dilakukan di puskesmas dan lapangan (posyandu). Hasil pelayanan imunisasi baik di puskesmas maupun di lapangan (posyandu) di rekapitulasi oleh jurim (juru imunisasi) dan hasil ini dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai hasil cakupan pelayanan imunisasi dari suatu wilayah kerja (desa). Dengan demikian jurim selain sebagai pelaksana imunisasi juga sebagai kordinator imunisasi puskesmas yang bertanggung jawab terhadap keberhasilan program imunisasi di puskesmas.

Adapun pencapaian program imunisasi saat ini dapat dilihat dalam grafik dibawah ini¹⁰⁾

Gambar 1. Hasil Cakupan Imunisasi



Sumber : Data Dinas Kesehatan dan Kessos Kabupaten

Dari gambar diatas diketahui bahwa cakupan imunisasi di Kabupaten Batang selama 5 tahun terakhir telah menunjukkan keberhasilan dengan tercapainya target cakupan imunisasi. Namun jika dilihat *trend* cakupan terlihat suatu fenomena yang menarik dan perlu dikaji lebih lanjut, dimana pada tahun 1998 menunjukkan adanya kenaikan cakupan kemudian tahun - tahun selanjutnya ada kecenderungan cakupan imunisasi terus menurun. Penurunan *trend* cakupan ini juga diikuti dengan pemerataan UCI tingkat puskesmas yang belum mantap sebagaimana secara berurutan dari tahun 2000 s/d 2004 jumlah puskesmas yang telah tercapai UCI nya hanya 18 puskesmas, 20 puskesmas, 18 puskesmas, 16 puskesmas dan 15 puskesmas dari 21 puskesmas yang ada di Kabupaten Batang. Apabila kita lihat lebih jauh akan nampak bahwa belum ada puskesmas yang tercapai UCI nya secara merata di tingkat desa. Padahal target program imunisasi adalah tercapainya UCI tingkat desa pada tahun 2000. Hal ini dapat dilihat dalam tabel dibawah ini.¹⁰⁾

Tabel 1.1. Hasil Cakupan UCI di Kabupaten Batang

TAHUN	PUSKESMAS UCI	DESA UCI	PUSKESMAS DO (> 10 %)
2000	18 (85.7 %)	226 (92.24 %)	0
2001	20 (95.2 %)	235 (95.91 %)	0
2002	18 (85.7 %)	223 (91.02 %)	1 (4.76 %)
2003	16 (76.1 %)	215 (87.75 %)	1 (4.76 %)
2004	15 (71.42 %)	211 (86.12 %)	2 (9.52 %)

Sumber data : Dinas Kesehatan dan Kesos Kab. Batang

Berdasarkan data yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Batang bahwa pada tahun 2004 Kabupaten Batang telah mencapai UCI. Hal ini ditandai dengan hasil cakupan imunisasi BCG sebesar 97,3 % dari target 95 %, DPT-1 sebesar 95,1 % dari target 95 %, Polio-4 sebesar 86,3 % dari target 85 % dan Campak sebesar 85 % dari target 85 %. Keberhasilan tersebut ternyata tidak didukung dengan pencapaian UCI secara merata di seluruh Puskesmas maupun pencapaian UCI tingkat desa. Dari 21 Puskesmas yang ada di Kabupaten Batang belum ada puskesmas yang tercapai UCInya secara merata di tingkat desa dan hanya 15 Puskesmas (71,42 %) yang tercapai UCI tingkat puskesmas, sedangkan 6 Puskesmas (28,58 %) belum tercapai UCInya. Disamping itu 2 Puskesmas (9,52 %) justru mengalami kegagalan dalam pencapaian cakupan dengan ditandai angka *drop out* diatas 10 %. Kondisi demikian memungkinkan untuk dapat terjadinya suatu *Outbreak* (Kejadian Luar Biasa / KLB). Angka kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi juga masih cukup tinggi sebagaimana terlihat dalam tabel dibawah ini.¹⁰⁾

Tabel 1.2. Jumlah kasus PD3I di Kabupaten Batang

Macam KLB	Tahun			
	2001	2002	2003	2004
Tetanus Neonatorum	3	0	0	0
Campak	0	50	25	32
Hepatitis	0	0	9	7

Sumber data : Dinas Kesehatan dan Kesos Kab. Batang

Dari studi pendahuluan yang dilakukan penulis pada bulan Mei 2004 dalam bentuk wawancara mendalam terhadap 10 orang koordinator imunisasi puskesmas, ada beberapa hal yang berkaitan dengan permasalahan kinerja pelaksana imunisasi puskesmas dalam melaksanakan program imunisasi khususnya pencapaian cakupan, antara lain :

- a. Kepemimpinan kepala puskesmas, bahwa bimbingan dan pengawasan terhadap kegiatan imunisasi dilapangan oleh kepala puskesmas dirasakan masih kurang. Hal ini dapat menyebabkan lemahnya semangat kerja dan lebih lanjut berakibat pada rendahnya kinerja pelaksana imunisasi puskesmas.
- b. Supervisi, selama ini supervisi dalam bentuk bimbingan dan arahan program yang dilakukan oleh atasan (wasor imunisasi kabupaten) terhadap pelaksana imunisasi puskesmas relatif sangat jarang dilakukan, sehingga menyebabkan motivasi kerja pelaksana imunisasi menurun.
- c. Imbalan, bahwa pemberian imbalan berupa uang, baik gaji bulanan, tunjangan fungsional maupun insentif dari puskesmas dirasakan sangat perlu untuk mendukung kerja pelaksana imunisasi di lapangan. Selama ini

pemberian imbalan dari puskesmas tidak menentu, walaupun ada jumlahnya sangat sedikit.

- d. Beban kerja, dengan adanya tambahan pekerjaan dalam pelaksanaan imunisasi, misalnya Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), PIN (Pekan Imunisasi Nasional) ataupun kegiatan imunisasi yang lain (Recam / reduksi campak , TT - WUS) dapat menyebabkan menurunnya kinerja dalam pelaksanaan imunisasi rutin.
- e. Kerja sama antar pelaksana imunisasi ; keterlambatan pelaporan hasil imunisasi yang dilakukan oleh pelaksana imunisasi dapat menyebabkan keterlambatan tindak lanjut dalam pencapaian target cakupan imunisasi di desa, dalam hal ini adalah pelaksanaan sweeping imunisasi.

Belum meratanya UCI di puskesmas (baik tingkat desa ataupun tingkat puskesmas) dan masih tingginya angka DO serta kejadian PD3I yang semakin meningkat sementara target pencapaian imunisasi di Kabupaten Batang telah memenuhi target menunjukkan bahwa belum semua Puskesmas mencapai target cakupan imunisasi, dan apabila hal ini dibiarkan terus menerus mengakibatkan tingginya angka kematian ibu dan bayi serta meningkatnya kejadian penyakit PD3I di Kabupaten Batang.

Pelaksana imunisasi puskesmas mempunyai peran yang sangat penting dan strategis dalam upaya pelaksanaan program imunisasi, banyak tugas yang harus dilaksanakan baik yang bersifat teknis maupun administratif. Pelaksanaan program imunisasi di puskesmas mengacu pada Buku Petunjuk Pelaksanaan Program Imunisasi sebagai pedoman bagi pelaksana imunisasi di puskesmas dalam

menjalankan tugasnya yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan. Disamping itu pelaksana imunisasi puskesmas juga dituntut untuk menguasai manajemen program secara lebih baik dan professional.³⁾ Hal ini sejalan dengan strategi dan beberapa kesepakatan global di bidang imunisasi misalnya *ERAPO (Eradikasi Polio)*, *ETN (Eliminasi Tetanus Neonatorum)*, *UCI (Universal Child Immunization)*, *RECAM (Reduksi Campak)*.

Kinerja tenaga kesehatan merupakan masalah yang sangat penting untuk dikaji dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan pembangunan kesehatan. Kajian-kajian mengenai kinerja dapat memberikan kejelasan tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja personil.¹¹⁾

Kinerja maupun perilaku kerja seseorang dapat dipengaruhi oleh 3 kelompok variabel, yaitu variabel individu, variabel psikologis dan variabel organisasi. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja seseorang. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu tugas / jabatan.¹²⁾

Sebagaimana hasil penelitian yang dilakukan oleh Josef Rinta Rachdyatmaka (1999), Kris Nugroho (2004) dan Supardi (2004) yang menyatakan faktor – faktor yang mempengaruhi kinerja tenaga kesehatan adalah kompensasi, supervisi, kepemimpinan, kondisi lingkungan kerja, rekan kerja, sarana prasarana, beban kerja, sikap, umur, status perkawinan dan masa kerja.

Berdasarkan uraian tersebut mendorong penulis untuk mencermati atau mengkaji faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja (*performance*) pelaksana

imunisasi puskesmas dalam melakukan pelayanan imunisasi di Kabupaten Batang. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan yang berguna untuk meningkatkan kinerja yang pada akhirnya bukan hanya target yang terpenuhi namun juga kualitas pelayanan dapat lebih ditingkatkan. Disamping itu kajian ini diteliti karena informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja pelaksana imunisasi ini sangat diperlukan dalam kegiatan perencanaan dan pengelolaan pelayanan imunisasi bagi bayi dan ibu hamil agar dapat berdaya dan berhasil guna secara maksimal berdasarkan keterbatasan sumber daya yang ada di Puskesmas.

B. Perumusan masalah.

Berdasar dari latar belakang yang telah disebutkan sebelumnya, bahwa hasil cakupan imunisasi telah mencapai target yang ditentukan, namun pada tahun-tahun terakhir terjadi penurunan cakupan terus menerus dari target yang ditentukan sehingga memungkinkan untuk dapat terjadinya KLB, meningkatnya penyakit PD3I dan meningkatkan kematian ibu dan anak di Kabupaten Batang. Dengan demikian dapat dirumuskan bahwa ada beberapa hal yang mempengaruhi tercapainya cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, diantaranya adalah faktor organisasi. Sehingga permasalahan yang diambil dalam penelitian ini adalah : “ *Faktor-faktor organisasi apa sajakah yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang ?* ”.

C. Tujuan Penelitian.

1. Tujuan Umum :

Memperoleh informasi tentang faktor-faktor organisasi yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang.

2. Tujuan Khusus :

- a. Mengetahui gambaran tentang kepemimpinan, supervisi, kompensasi, ketersediaan sarana prasarana dan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
- b. Mengetahui hubungan kejelasan pengarahan tugas pada petugas dalam pelaksanaan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
- c. Mengetahui hubungan keterlibatan pimpinan dalam rapat staf Puskesmas dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
- d. Mengetahui hubungan tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
- e. Mengetahui hubungan kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
- f. Mengetahui hubungan pemberian masukan oleh supervisor pada saat supervisi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
- g. Mengetahui hubungan pemberian umpan balik hasil supervisi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

- h. Mengetahui hubungan insentif dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
- i. Mengetahui hubungan kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
- j. Mengetahui hubungan kesempatan melanjutkan pendidikan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
- k. Mengetahui hubungan ketersediaan alat untuk imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
- l. Mengetahui hubungan ketersediaan transportasi dengan kinerja pelaksana imunisasi Puskesmas se Kabupaten Batang
- m. Mengetahui pengaruh kejelasan pengarahan tugas pada petugas dalam pelaksanaan imunisasi, keterlibatan pimpinan dalam rapat staf Puskesmas, tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi, kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi, pemberian masukan oleh supervisor pada saat supervisi, pemberian umpan balik hasil supervisi, insentif, kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah, kesempatan melanjutkan pendidikan, ketersediaan alat untuk imunisasi dan ketersediaan transportasi secara bersama – sama terhadap cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

D. Manfaat Penelitian.

1. Sebagai informasi bagi Pimpinan Puskesmas, khususnya pengelola imunisasi puskesmas dalam meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan imunisasi.
2. Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten dalam menyusun kebijakan dan strategi pelayanan kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan pelayanan imunisasi sehubungan dengan diketahuinya karakteristik faktor - faktor organisasi yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
3. Bagi ilmu pengetahuan diharapkan penelitian ini dapat lebih memacu penelitian – penelitian lebih lanjut tentang manajemen sumber daya manusia yang menyangkut tenaga kesehatan.

E. Ruang lingkup.

1. Lingkup keilmuan.

Penelitian ini termasuk dalam lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan.

2. Lingkup materi.

Penelitian ini mengambil materi berupa kinerja pelaksana imunisasi puskesmas dalam pengelolaan pelayanan imunisasi dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

3. Lingkup lokasi.

Penelitian ini dilakukan di seluruh wilayah kerja puskesmas di Kabupaten Batang sejumlah 21 Puskesmas.

4. Lingkup sasaran.

Sebagai sasaran dalam penelitian ini adalah pelaksana imunisasi puskesmas yang ada di Kabupaten Batang.

5. Lingkup waktu.

Penelitian ini dilakukan sejak bulan Juni 2004 yaitu dimulai dengan kegiatan penyusunan proposal. Selanjutnya pelaksanaan penelitian hingga ujian hasil penelitian dilakukan sampai dengan Januari 2005.

F. Keaslian Penelitian.

Sepengetahuan penulis, penelitian mengenai analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja pelaksana imunisasi puskesmas dalam pelayanan imunisasi di Kabupaten Batang belum pernah dilakukan. Penelitian yang sejenis maupun penelitian sebelumnya yang pernah dilakukan antara lain, oleh :

1. Darsiwan (2003), meneliti tentang faktor – faktor yang mempengaruhi kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Magelang. Perbedaan dengan yang penelitian lakukan adalah penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Magelang. Variabel bebas yang diteliti adalah kemampuan, pengalaman, gaya kepemimpinan, imbalan, sikap bidan desa dan motivasi. Jenis penelitian *explanatory research*.

2. Masnuchaddin Syah (1998) yang meneliti tentang analisis faktor – faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan Antenatal di Kabupaten Pati. Beberapa variabel bebas yang diteliti adalah : motivasi, gaya kepemimpinan Kepala Puskesmas, rekan kerja, efektivitas penyelia, umur bidan di desa, masa kerja, jenis kepegawaian, status marital, pendapatan dan beban kerja. Penelitian bersifat analistis yang dilakukan secara *cross sectional*.
3. Kris Nugroho (2004) yang meneliti tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan kinerja tenaga perawat Pegawai Daerah Puskesmas di Kabupaten Kudus. Variabel bebas yang diteliti adalah umur, pendidikan, pendapatan, kesempatan promosi, kepemimpinan, supervisi dan motivasi. Jenis penelitian inferensial, bersifat *explanatory* (penjelasan), menggunakan metode kuantitatif, dengan pendekatan penelitian *cross sectional*. Penelitian kuantitatif ini didukung dengan penelitian kualitatif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KINERJA

1. Pengertian kinerja

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

Definisi tersebut dikemukakan antara lain oleh :

- a. Kinerja merupakan kombinasi antara kemampuan dan usaha, untuk menghasilkan apa yang dikerjakan. Supaya menghasilkan kerja yang baik, seseorang harus memiliki kemampuan, mempunyai kemauan, usaha serta kegiatan yang dilaksanakan tidak mengalami hambatan yang berat dalam lingkungannya. Dengan demikian akan dapat dipenuhi kiat-kiat yang bermakna dalam menghasilkan kinerja yang baik. Kemauan dan usaha dapat menghasilkan motivasi, kemudian setelah ada motivasi dapat menimbulkan kegiatan. ¹⁵⁾
- b. Kinerja adalah hasil yang dicapai atau prestasi yang dicapai karyawan dalam melaksanakan suatu pekerjaan dalam suatu organisasi. ¹⁶⁾
- c. Kinerja dalam suatu bidang pekerjaan atau aktivitas kerja merupakan satu kombinasi antara kemampuan, usaha dan kesempatan. Kemampuan kerja dalam satu bidang kerja atau jabatan tertentu, khususnya jabatan fungsional didasari oleh kemampuan profesional yang diperoleh dari hasil belajar di satu lembaga pendidikan. ¹⁷⁾

- d. Kinerja karyawan sebagai hasil kerja seorang karyawan selama periode tertentu dibandingkan dengan berbagai kemungkinan, misalnya standart, target sasaran atau kriteria tertentu yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama.¹⁸⁾

Dari beberapa 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).

Diskripsi dari kinerja menyangkut 3 komponen penting, yaitu tujuan, ukuran dan penilaian. Penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja. Tujuan ini akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personil. Walaupun demikian, penentuan tujuan saja tidaklah cukup, oleh karena itu dibutuhkan ukuran, apakah seorang personil telah mencapai ukuran yang diharapkan. Untuk itu ukuran kualitatif dan kuantitatif standart kinerja dalam setiap tugas dan jabatan personil memegang peranan penting. Komponen ketiga dari definisi kinerja adalah penilaian. Penilaian kinerja dilakukan secara reguler yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja setiap personil. Sehingga akan membuat setiap personil senantiasa berorientasi terhadap tujuan dan perilaku kerja sesuai dan searah dengan tujuan yang hendak dicapai.¹¹⁾ Dengan demikian, jelaslah bahwa pengertian kinerja dengan diskripsi tujuan, ukuran operasional dan

penilaian reguler mempunyai peran penting dalam merawat dan meningkatkan motivasi personil. ¹¹⁾

2. Penilaian kinerja

a. Pengertian penilaian kinerja.

Penilaian kinerja adalah menilai bagaimana seseorang telah bekerja dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan. ¹⁹⁾ Penilaian kinerja adalah usaha untuk membantu merencanakan dan mengontrol proses pengelolaan pekerjaan sehingga dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan organisasi. ²⁰⁾ Penilaian prestasi kerja adalah proses mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan diwaktu yang lalu atau untuk memprediksi prestasi kerja diwaktu yang akan datang dalam suatu organisasi. ²¹⁾ Lebih lanjut disebutkan bahwa penilaian kinerja digunakan untuk perbaikan prestasi kerja, penyesuaian-penyesuaian kompensasi, keputusan-keputusan penempatan, kebutuhan latihan dan pengembangan, perencanaan dan pengembangan karier, penanggulangan penyimpangan-penyimpangan *process staffing*, ketidak akuratan informasi, mencegah kesalahan-kesalahan desain pekerjaan, kesempatan kerja yang adil serta menghadapi tantangan eksternal. Penilaian kinerja merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personil dan usaha guna memperbaiki unjuk kerja personil dalam organisasi. ¹¹⁾

Pada hakekatnya penilaian kinerja merupakan suatu evaluasi terhadap penampilan kerja personil yang dibandingkan dengan standart baku

penampilan. Kegiatan penilaian kinerja ini membantu bagi pengambil keputusan dalam memberikan umpan balik kepada para personil tentang pelaksanaan kerja mereka.¹¹⁾ Melalui penilaian ini dapat diketahui apakah pekerjaan sudah sesuai atau belum dengan uraian pekerjaan yang telah disusun sebelumnya. Dengan melakukan penilaian demikian, seorang pimpinan akan menggunakan uraian pekerjaan sebagai tolok ukur. Bila pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan atau melebihi uraian pekerjaan, berarti pekerjaan itu berhasil dilaksanakan dengan baik. Sebaliknya, 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 personil dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja atau kegiatan kilas balik unjuk kerja (*performance review*) atau perilaku personil (*employee appraisal*) atau evaluasi personil (*employee evaluation*).¹¹⁾

Penilaian kinerja mencakup faktor - faktor antara lain :¹¹⁾

1. Pengamatan, yang merupakan proses menilai dan menilik perilaku yang ditentukan oleh sistem pekerjaan.
2. Ukuran, yang dipakai untuk mengukur prestasi kerja seseorang dibandingkan dengan uraian pekerjaan yang telah ditetapkan untuk personil tersebut.

3. Pengembangan, yang bertujuan untuk memotivasi personil mengatasi kekurangannya dan mendorong yang bersangkutan untuk mengembangkan kemampuan dan potensi yang ada pada dirinya.

Penilaian kinerja mencakup 6 kriteria pokok, yaitu :²²⁾

1. Kualitas (*Quality*).

Tingkatan yang menunjukkan proses atau hasil dari penyelesaian suatu kegiatan yang mendekati sempurna, dan memenuhi tujuan kegiatan. Aspek kualitas dalam pelayanan imunisasi dapat dinilai beberapa hal , seperti tidak terjadinya kejadian ikutan pasca imunisasi, tidak terjadinya KLB dari PD3I, pelayanan imunisasi yang akurat dan tertib.

2. Kuantitas (*Quantity*).

Sejumlah hasil atau keluaran yang dinyatakan sebagai nilai dolar, jumlah unit atau jumlah siklus kegiatan. Aspek kuantitas dalam pelayanan imunisasi dapat difokuskan pada cakupan imunisasi yang dicapai dalam satu tahun terakhir.

3. Ketepatan waktu (*Timeliness*).

Suatu tingkatan dimana antara kegiatan dengan hasil yang diproduksi (keluaran) dapat diselesaikan tepat waktu atau lebih awal serta sebisa mungkin memaksimalkan waktu untuk kegiatan lain. Aspek ketepatan waktu dalam pelayanan imunisasi ditekankan pada ketepatan pemberian imunisasi (pelayanan imunisasi) oleh pelaksana imunisasi di lapangan atau posyandu.

4. Efektifitas biaya (*Cost effectiveness*).

Tingkatan dimana penggunaan sumber-sumber daya yang ada diorganisasi (SDM, dana, teknologi, material) secara maksimal untuk mendapatkan keuntungan yang sebesar-besarnya. Aspek efektifitas biaya dalam pelayanan imunisasi lebih ditekankan pada penggunaan vaksin setiap ampulnya secara hemat (Indeks penggunaan vaksin).

5. Kebutuhan akan supervisi (*Need for supervision*).

Suatu aktifitas pengawasan terhadap karyawan bagaimana mereka dapat menjalankan fungsi pekerjaannya. Aspek kebutuhan supervisi pada pelayanan imunisasi ini dinilai melalui kegiatan pengawasan dan pengarahan baik dari kepala puskesmas maupun wasor/seksi imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten.

6. Pengaruh hubungan personal (*Interpersonal impact*).

Mengembangkan rasa penghargaan diri, berbuat baik dan bekerja sama dengan sesama pekerja maupun dengan atasan. Adapun aspek hubungan personal dalam pelayanan imunisasi ini dinilai pada hubungan antar rekan kerja di puskesmas. Hubungan tersebut diwujudkan dengan saling menolong dan saling menghargai serta saling bekerja sama dalam mensukseskan tujuan pembangunan kesehatan.

b. Tujuan penilaian kinerja.

Tujuan penilaian prestasi kerja antara lain :¹⁸⁾

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 di bidang personalia secara keseluruhan.

Penilaian kinerja mempunyai 3 (tiga) tujuan pokok, yaitu :¹¹⁾

1. Untuk perbaikan (*remedial*) atau untuk *mereward* performansi sebelumnya. Merupakan tujuan mendasar dalam rangka penilaian

personil secara individual, yang dapat digunakan sebagai informasi untuk penilaian efektifitas manajemen sumber daya manusia.

2. Untuk pemeliharaan (*maintenance*), menyangkut mendorong orang yang dinilai supaya melanjutkan hal-hal yang dikerjakan dengan baik.
3. Untuk pengembangan (*development*), sebagai informasi untuk pengambilan keputusan guna pengembangan personil seperti : promosi, mutasi, rotasi, terminasi dan penyesuaian kompensasi.

c. Metode Penilaian Kinerja

Ada beberapa metode dan tehnik yang dapat digunakan untuk melakukan penilaian kerja : ²³⁾

1. Tehnik skala pengharkatan grafik (*rating scale*), merupakan tehnik 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 comparison*), 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 katagori 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 krisis 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 pemeriksasan internal, menyarankan bahwa manajemen berdasarkan sasaran yang dikombinasikan dengan beberapa bentuk *checklist* penilaian adalah merupakan metode penilaian yang sering digunakan.

Tipe-tipe penilaian kinerja terdiri dari :¹⁶⁾

1. Penilaian berdasarkan hasil (*result - based performance evaluation*) yaitu penilaian yang didasarkan pada 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-base performance evaluation*) yaitu penilaian yang didasarkan kuantitas pekerjaan, kualitas pekerjaan, koordinasi, kepribadian, keramahan dan integritas pribadi serta kesadaran dan dapat dipercaya dalam menyelesaikan tugas.

d. Obyek penilaian.¹¹⁾

Pada dasarnya ada dua aspek yang dapat dinilai, yaitu keluaran dan proses suatu 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 personil, penilaian difokuskan pada proses atau perilaku personil terhadap pekerjaan.

3. 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 bergantung pada sudut pandang organisasi mana pengkajian tersebut akan digunakan . Yang terpenting dalam hal ini adalah fleksibilitas organisasi dalam menggunakan tingkat-tingkat kinerja guna menentukan harga atau nilai seorang individu dalam memenuhi sasaran-sasaran organisasi. Beberapa kriteria kinerja tersebut dapat dilihat sbb : ²⁴⁾

Tabel 2.1. 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 di atas normal. Pencapaian serta hasil telah berada di atas harapan untuk seorang karyawan yang cakap dengan masa kerja, pengalaman dan pelatihan yang dimiliki.
5. Istimewa	Kinerja luar biasa di semua aspek. Pencapaian serta hasil melampaui harapan – harapan yang ditentukan untuk semua sasaran. Prestasi dan hasil kerja sangat baik dan semua tanda menunjukkan bahwa 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.

Sumber : Patrick M. Gallegos dalam Timpe (1999)

Kriteria kinerja yang lain menggunakan rerata sebagai pembagi (*out of point*) dengan didasari beberapa alasan, diantaranya secara konseptual tingkat kinerja personil yang diterima oleh organisasi adalah kinerja diatas rata-rata. Dengan

demikian rerata kinerja personil 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 % .¹¹⁾

4. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja.

Sumber daya manusia merupakan modal dasar yang paling besar dan sangat menentukan dalam pembangunan disegala 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 berdaya guna dan berhasil guna melalui pengembangan yang optimal.¹⁶⁾

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 efektifitas organisasi. Proses evaluasi kinerja menjadi bagian terpenting dalam upaya manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi yang efektif.¹¹⁾

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

Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personil. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas.¹²⁾

Lebih lanjut, Gibson 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 sub 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.¹²⁾

Disamping itu ada beberapa faktor yang mempunyai pengaruh terhadap kinerja, yaitu : a) Faktor psikologis, merupakan faktor yang berhubungan dengan kejiwaan pegawai yang meliputi minat, ketenteraman dalam bekerja, sikap terhadap kerja, bakat dan ketrampilan, b). Faktor sosial, merupakan faktor yang berhubungan dengan interaksi sosial baik antara sesama tenaga kesehatan dengan atasannya maupun sesama pegawai yang berbeda jenis pekerjaannya. c). Faktor fisik, merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi fisik lingkungan kerja dan kondisi fisik pegawai, meliputi jenis pekerjaan, pengaturan waktu kerja dan waktu istirahat, keadaan perlengkapan kerja , keadaan ruangan, suhu, penerangan,

pertukaran udara, umur dan kondisi kesehatan pegawai itu sendiri. d). Faktor finansial, merupakan faktor yang berhubungan dengan jaminan serta kesejahteraan pegawai yang meliputi gaji, jaminan sosial, macam-macam tunjangan, promosi dan sebagainya.²⁵⁾

Faktor yang penting untuk meningkatkan kinerja adalah pemberian kompensasi disamping motivasi, kepuasan kerja, tingkat stress, kondisi resiko pekerjaan, desain pekerjaan, aspek ekonomi, teknis dan perilaku karyawan.²¹⁾ Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja karyawan yaitu : motivasi kerja, kecerdasan, stabilitas emosional, kelompok kerja, situasi keluarga, karakteristik fisik dan pengaruh eksternal (peraturan ketenaga kerjaan, tekanan konsumen, nilai-nilai sosial, kekuatan ekonomi, perubahan lokasi).²⁰⁾

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

a. Variabel individu.

1. Pengetahuan.

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.²⁶⁾ Kinerja seseorang karyawan dipengaruhi oleh dukungan organisasi, kemampuan / pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki oleh karyawan / seseorang

tersebut.²⁷⁾ Kombinasi dari kemampuan dan usaha untuk menghasilkan apa yang dikerjakan merupakan suatu kinerja sebagaimana diungkapkan oleh Berry dan Houston. Namun, walaupun memiliki pengetahuan tinggi tetapi tidak seluruh pengetahuannya diaplikasikan kedalam tindakan, maka hasil kerjanya akan tetap buruk .¹⁵⁾

2. Masa kerja.

Masa kerja berkaitan erat dengan pengalaman-pengalaman yang didapat selama dalam menjalankan tugas. Karyawan yang berpengalaman dipandang lebih mampu dalam melaksanakan tugas. Makin lama kerja seseorang kecakapan mereka akan lebih baik karena sudah dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya.²⁸⁾

b. Varabel psikologis.

1. Motivasi.

Motivasi dapat diartikan sebagai keadaan dalam pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan-kegiatan tertentu guna mencapai tujuan. Motivasi yang ada pada seseorang merupakan kekuatan pendorong yang akan mewujudkan suatu perilaku guna mencapai kepuasan dirinya.²¹⁾

Terdapat tiga kunci utama tentang motivasi dalam perilaku organisasi, yaitu kemauan untuk berusaha, pencapaian tujuan organisasi dan pemenuhan kebutuhan pribadi individu organisasi. Sehingga dapat diartikan

pula sebagai kesiapan khusus seseorang untuk melakukan atau melanjutkan serangkaian aktivitas yang ditujukan guna mencapai beberapa sasaran yang telah ditetapkan. Sedangkan motivasi kerja adalah suatu hal yang berasal dari internal individu yang dapat menimbulkan semangat untuk bekerja keras.²⁶⁾

Menurut teori Herzberg, ada 2 faktor yang mempengaruhi motivasi, yaitu : a). Faktor intrinsik (motivasi), yaitu faktor-faktor yang mendorong karyawan berprestasi yang berasal dari dalam diri seseorang. Faktor intrinsik diantaranya adalah pekerjaan kreatif yang menantang, tanggung jawab dan peningkatan. b) Faktor ekstrinsik (hygiene), yaitu faktor - faktor yang berasal dari luar yang dipandang dapat meningkatkan prestasi seseorang karyawan. Faktor-faktor tersebut diantaranya kebijakan dan administrasi, kualitas pengendalian, kondisi kerja, hubungan kerja, status pekerjaan, keamanan kerja, kehidupan pribadi serta penggajian.³⁰⁾ Faktor lain yang mempengaruhi kinerja seseorang dalam melaksanakan tugas antara lain motivasi.²¹⁾

Motivasi seseorang untuk bekerja biasanya merupakan hal yang rumit karena motivasi melibatkan faktor individu dan organisasi, faktor – faktor individu antara lain kebutuhan (*need*), tujuan (*goal*), sikap (*attitude*) dan kemampuan (*ability*). Termasuk faktor-faktor organisasi adalah beban kerja, kompleksitas kerja, lingkungan kerja, jenjang kerja, insentif dan fasilitas yang diperoleh.¹⁶⁾ Ada 5 kualitas pribadi yang berhubungan dengan motivasi pekerjaan antara lain : kemampuan, kebutuhan, toleransi terhadap frustrasi,

harga diri dan dukungan luar.³¹⁾ Sedang teori kebutuhan Maslow menyatakan seseorang tergerak berbuat sesuatu karena untuk memenuhi kebutuhan.¹⁶⁾

Sebagai pelaksana imunisasi puskesmas, dalam melakukan kegiatan tentu mempunyai harapan dan keinginan-keinginan sosial serta status dalam masyarakat, hal ini merupakan salah satu kebanggaan yang dapat memberikan kepuasannya dalam bekerja.

2. Persepsi, Sikap dan Kepribadian.

Persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami lingkungan sekitar. Gambaran kognitif dari individu bukanlah penyajian foto dunia fisiknya, melainkan suatu bagian tafsiran pribadi dimana obyek tertentu yang dipilih individu untuk peranan yang utama, dirasakan dalam sikap seorang individu. Persepsi berkaitan dengan cara mendapatkan pengetahuan khusus tentang obyek atau kejadian pada saat tertentu, maka persepsi terjadi kapan saja stimulus menggerakkan indera.¹²⁾

Sedangkan sikap merupakan kesiapsiagaan mental yang dipelajari dan diorganisasi melalui pengalaman dan mempunyai pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obyek dan situasi yang berhubungan dengannya. Batasan sikap tersebut memiliki empat implikasi pada manajer, yaitu : 1) Sikap dipelajari. 2) Sikap menentukan kecenderungan orang terhadap segi tertentu. 3) Sikap memberi dasar emosional bagi hubungan antar pribadi dan pengenalannya terhadap orang

lain. 4) Sikap diorganisasi dan dekat dengan inti kepribadian. Selanjutnya sikap tersusun atas komponen afektif, kognitif dan perilaku. Afeksi, komponen emosional atau perasaan dan sikap dipelajari dari orang tua, guru dan teman dalam kelompoknya. Sedangkan komponen kognitif sikap terdiri atas persepsi, pendapat dan keyakinan seseorang. Elemen kognitif yang penting adalah keyakinan evaluatif yang dimiliki seseorang. Komponen perilaku dari suatu sikap berhubungan dengan kecenderungan seseorang untuk bertindak terhadap seseorang atau sesuatu dengan cara yang ramah, hangat, agresif, bermusuhan, apatis atau dengan cara lain. Sedangkan pengertian kepribadian adalah pola perilaku dan proses mental yang unik, yang mencirikan seseorang.¹²⁾

c. Variabel organisasi.

Yang termasuk dalam variabel organisasi, diantaranya :

1. Kepemimpinan.

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

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.²⁷⁾ Kepemimpinan dapat

diartikan sebagai proses mengarahkan dan mempengaruhi aktivitas-aktivitas tugas dari orang-orang dalam kelompok. Kepemimpinan berarti melibatkan orang lain, yaitu bawahan atau karyawan yang dipimpin.³²⁾

Gaya kepemimpinan ada dua, pertama gaya kepemimpinan dengan orientasi tugas yaitu pemimpin yang berorientasi mengarahkan dan mengawasi bawahan secara tertutup untuk menjamin bahwa tugas dilaksanakan sesuai dengan keinginan serta lebih memperhatikan pelaksanaan pekerjaan daripada pengembangan dan pertumbuhan karyawan. Gaya kepemimpinan yang kedua adalah gaya kepemimpinan orientasi karyawan, yaitu pemimpin yang berorientasi pada usaha untuk lebih memberikan motivasi serta mendorong para anggota untuk berpartisipasi dalam pembuatan keputusan, menciptakan suasana persahabatan serta hubungan saling mempercayai dan menghormati para anggota kelompok.²¹⁾

Kepemimpinan merupakan motor penting bagi sumber-sumber dan alat-alat dalam suatu organisasi. Sedemikian pentingnya peranan kepemimpinan dalam usaha mencapai tujuan organisasi, sehingga dapatlah dikatakan bahwa sukses atau kegagalan yang dialami suatu organisasi sebagian besar ditentukan oleh kualitas kepemimpinan yang dimiliki oleh orang-orang yang diserahi tugas memimpin dalam organisasi yang bersangkutan. Masalah kewenangan dan tanggung jawab dalam kepemimpinan serta masalah pendelegasian kekuasaan adalah sangat vital. Demi tercapainya tujuan suatu organisasi, pada dasarnya diperlukan adanya hubungan antara pimpinan yang satu dengan pimpinan yang lain dalam

organisasi tersebut dan juga antara pimpinan-pimpinan tersebut dengan bawahannya. Seorang pemimpin akan lebih baik kepemimpinannya apabila jelas wewenang-wewenangnya dan cukup memadai tanggung jawab yang diembannya.³³⁾

2. Supervisi.

Supervisi adalah salah satu fungsi dari manajemen dan leadership. Supervisi dimaksudkan sebagai berbagai tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa staf pelaksana melaksanakan kegiatan secara efektif dan menjadi lebih trampil bekerja. Supervisi juga merupakan jembatan antara kualitas kepemimpinan dan tehnik-tehnik manajemen. Supervisi berbeda dengan inspeksi, dalam arti supervisor memberikan dukungan kepada staf yang sedang di supervisi. Dukungan yang harus diberikan apabila diperlukan dapat berupa pemahaman tujuan dari program, cara melaksanakan tugas atau hubungan antar manusia.³⁴⁾

Supervisi atau kontrol adalah pengukuran dan koreksi terhadap pekerjaan bawahan dengan maksud agar rencana-rencana yang telah dibuat dapat terlaksana.³⁵⁾ Supervisi atau kontrol adalah proses untuk menentukan apakah yang akan dicapai sesuai standart dan apa yang sedang dilakukan sudah sesuai standart serta bila perlu melakukan koreksi sehingga pelaksanaan pekerjaan akan sesuai dengan rencana, yaitu sesuai dengan standart yang ada / sudah ditentukan.³⁶⁾

Jadi dapat diartikan bahwa pengertian supervisi adalah suatu kegiatan pembinaan, bimbingan dan pengawasan oleh pengelola program terhadap pelaksana di tingkat administrasi yang lebih rendah, dalam rangka menetapkan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.²¹⁾

Manfaat supervisi dalam bidang kesehatan adalah untuk meningkatkan secara berkelanjutan kinerja tenaga kesehatan.³⁷⁾ Oleh karena itu manfaat supervisi berkaitan erat dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja, yaitu : adopsi tujuan program oleh tenaga kesehatan, penyesuaian terhadap kesulitan-kesulitan yang dihadapi, pengembangan motivasi staf dan mendorong perbaikan tenaga kesehatan.³⁸⁾

Supervisi dapat diidentifikasi sebagai upaya yang memungkinkan petugas menyelesaikan tugas dengan baik, supervisi yang suportif (tidak menghukum) dan terencana dengan baik , penting untuk keberhasilan suatu program kesehatan yang berbasis pada masyarakat. Lebih lanjut dikatakan bahwa kendala sumber daya tenaga dan dana umumnya mengakibatkan terbatasnya frekuensi program supervisi yang dapat dilaksanakan.³⁹⁾ Penelitian oleh Loevinsohn et al bahwa ada korelasi antara frekuensi supervisi dengan peningkatan kinerja, dan suatu bentuk supervisi yang sistematis akan dapat meningkatkan pelayanan secara bermakna.⁴⁰⁾ Supervisi juga mempunyai pengaruh penting terhadap kinerja individu.¹¹⁾

Di dalam supervisi ini tidak terlepas dari pengaruh kepemimpinan supervisor dalam memberikan pengarahan kepada yang disupervisi. Proses

kepemimpinan adalah melakukan pengembangan secara langsung dengan melakukan koordinasi pada anggota kelompok serta memiliki karakteristik sehingga dapat meningkatkan pengembangan dalam mencapai tujuan organisasi.²⁷⁾

Supervisor merupakan orang yang paling dekat hubungannya dengan para karyawan dalam mencapai tujuan organisasi.

Sifat-sifat supervisor yang efektif adalah :⁴¹⁾

1. Memberi keterangan sebaik-baiknya kepada bawahan.
2. Memenuhi keinginan bawahan.
3. Memberi ijin karyawan melakukan kebijakan dan mengambil keputusan sendiri sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan.
4. Menerima pendapat karyawan.
5. Melakukan peraturan tidak kaku.
6. Mengakui adanya karyawan yang lebih cerdas dan cakap dari pada dirinya.
7. Memberikan kesempatan kepada bawahan untuk menafsirkan dan melaksanakan perintah-perintah yang diberikan.
8. Konsekuen dalam melaksanakan peraturan.
9. Memperjuangkan kepentingan karyawan.
10. Tidak diskriminasi terhadap karyawan.

3. Kompensasi.

Faktor yang penting untuk meningkatkan prestasi kerja, motivasi dan kepuasan kerja adalah dengan pemberian kompensasi. Kompensasi kerja

dikelompokkan kedalam kompensasi finansial dan non finansial. Kompensasi finansial dikelompokkan lagi menjadi kompensasi finansial langsung (upah, gaji, komisi dan bonus) dan tak langsung (bantuan sosial karyawan, tunjangan sosial, askes, cuti libur, ijin sakit dan ketidak hadiran yang digaji). Sedang kelompok kompensasi non finansial dikelompokkan kedalam kelompok kompensasi non finansial dalam pekerjaan (tanggung jawab, penuh tantangan, peluang, pengakuan, peluang akan adanya promosi) dan kelompok kompensasi non finansial di lingkungan pekerjaan (kebijakan yang sehat, supervisi yang kompetent, rekan kerja yang menyenangkan, kondisi lingkungan kerja yang menyenangkan, waktu kerja yang cukup, simbul status yang tepat dan pembagian kerja yang adil).³¹⁾

Kompensasi berdasarkan prestasi dapat meningkatkan kinerja seseorang yaitu dengan sistem pembayaran karyawan berdasarkan prestasi kerja.²³⁾ Hal demikian juga diungkapkan oleh Kopelman, bahwa kompensasi akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu.¹¹⁾

Ada 3 kunci yang mendukung bahwa sistem imbalan berupa upah harus mengutamakan pada karyawan dengan kinerja tinggi dibanding karyawan dengan kinerja yang rendah yaitu :³¹⁾

a). Kesiediaan mencurahkan tenaga, karyawan harus mempunyai harapan dan usaha untuk tampil lebih baik dalam meningkatkan kinerjanya. b) Pekerja harus mempunyai harapan bahwa imbalan atau upah hasil dari kinerja untuk memotivasi sehingga kinerja meningkat, maka mereka harus percaya

dengan adanya usaha akan terjadi peningkatan keadaan dan mereka harus percaya bahwa kinerja seseorang akan ada imbalannya. c) Imbalan harus mempunyai nilai positif atau dengan kata lain harus memenuhi keinginan pekerja, dalam hal ini imbalan berupa uang adalah sangat diharapkan oleh para pekerja.

4. Iklim kerja.

Iklim kerja menurut Helleigel & Stocum adalah sekumpulan atribut yang dirasakan dalam organisasi dan sub sistemnya, yang mungkin tumbuh dari cara organisasi tersebut menghadapi para anggota dan lingkungannya.⁴²⁾ Lingkungan kerja / iklim kerja organisasi merupakan seperangkat unsur dari lingkungan kerja yang dipersiapkan secara langsung atau tidak langsung oleh para karyawan yang bekerja dalam lingkungan tersebut, dan diasumsikan menjadi kekuatan utama dalam mempengaruhi perilaku kerja mereka / kinerja.¹²⁾ Disebutkan oleh Keller bahwa iklim kerja terfokus pada interaksi bersama terhadap situasi kerja yang dapat mempengaruhi perilaku dan hasil kerja seperti produktivitas kelompok.¹²⁾

Dalam menciptakan iklim kerja yang baik terdapat 12 pilar komponen yang dapat dilaksanakan. Seluruh pilar ini bila diaplikasikan dapat mendorong terciptanya prestasi kerja personil secara maksimal, ke 12 pilar tersebut adalah :¹¹⁾

a. Pilar 1 - Berbagi visi.

Visi memberikan kerangka referensi atau pedoman bagaimana seharusnya perilaku organisasi. Visi menjelaskan secara rinci dan dapat dimengerti oleh setiap personil, kenapa kita disini, siapa kita dan apa produk kita. Selain itu juga pimpinan harus dapat membuat setiap personil memiliki dan loyal terhadap visi tersebut. Keterlibatan personil dalam pengembangan visi akan membuat dan mendorong mereka untuk berpegang teguh pada visi bersama, untuk itu perlu dilakukan komunikasi terbuka dan respon terhadap tuntutan, kritikan dan saran. Dengan demikian seluruh personil harus ikut ambil bagian dalam pengembangan visi dan berbagi betapa pentingnya visi bagi setiap tugas baik individu, kelompok atau organisasi.

b. Pilar 2 - Berbagi nilai.

Sebenarnya visi berproses dan bermuara pada nilai. Nilai dasar inilah yang menentukan cara dalam mencapai tujuan. Nilai-nilai luhur, jujur, amanah, kerja keras, loyal dan konsisten merupakan nilai dasar yang harus dianut oleh organisasi yang menjunjung etika dan moral sebagai landasan perilaku. Bila nilai dasar organisasi menjadi norma personil maupun kelompok, maka akan berefek terhadap kualitas, kuantitas dan prestasi kerja personil, kelompok atau organisasi.

c. Pilar 3 – Tujuan.

Tujuan merupakan pedoman ideal dari tujuan jangka pendek dan menengah yang harus dicapai oleh organisasi. Setiap personil harus

menentukan dan mendefinisikan tujuan kinerja masing-masing dan bekerja secara searah mencapai cita-cita organisasi.

d. Pilar 4 – Fokus

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 staff, ketrampilan, strategi, pengetahuan, teknologi dan sistem), pertimbangan politik (Karir, cara hidup, keluarga dan interaksi tugas) serta kebutuhan personal. Kesemuanya itu memberikan peluang pada personal dan kelompok untuk fokus pada hal-hal penting yang membantu dalam mencapai tujuan.

f. Pilar 5 – Kerinduan akan produktivitas.

Para pemimpin dan manajer harus secara jelas mengekspresikan bahwa mereka menilai dan menginginkan kinerja yang baik. Mereka harus menekankan pentingnya kesuksesan dalam berkarya. Efeknya, personal mengetahui bahwa mereka bekerja dalam kondisi produktif dan dihargai, kemudian mereka akan menggunakan seluruh pengetahuan dan kemampuan untuk bekerja.

g. Pilar 6 – Dukungan untuk sukses.

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

h. Pilar 7 – Personil dan kompeten.

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

i. Pilar 8 – Kerja kelompok.

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

j. Pilar 9 – Pemberdayaan dan otonomi.

Untuk membuat personil sadar akan potensinya, begitu juga kelompok, setiap individu harus merasa bebas untuk berkontribusi pada pencapaian tujuan. Kontribusi personil harus cocok untuk individu dan merundingkannya secara terbuka dengan pimpinan dan mitra kerja lainnya.

Untuk mencapai kinerja tinggi, personil harus merasa diberdayakan dengan sepenuh hati. Artinya mereka harus merasa bebas untuk berkontribusi secara spesifik sesuai dengan kompetensi masing-masing. Dengan kondisi seperti ini diharapkan setiap personil menyadari otonomi dan pemberdayaannya oleh organisasi.

k. Pilar 10 – Kepemimpinan.

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

l. Pilar 11 – Umpan balik dan penyelesaian masalah.

Setiap pemimpin yang sukses selalu memberikan umpan balik tentang perilaku kerja personil dalam pencapaian tujuan mereka. Umpan balik memberikan informasi seberapa jauh penampilan personil 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.

m. Pilar 12 – Imbalan.

Personil akan bekerja keras dan sungguh-sungguh bila usaha mereka menghasilkan apa yang mereka inginkan atau apa yang mereka butuhkan dan bernilai. Artinya personil akan termotivasi tinggi apabila usaha

mereka menghasilkan sesuatu yang diharapkan dan bernilai. Konsekuensinya, lingkungan kerja harus memfasilitasi peluang kepada setiap personil sehingga menghasilkan keluaran yang mereka harapkan.

B. IMUNISASI

1. Pengertian imunisasi.

Imunisasi berasal dari bahasa latin " Immun " yang berarti kebal. Dalam istilah kedokteran dikenal istilah imunitas yaitu suatu peristiwa mekanisme pertahanan tubuh terhadap serangan dengan benda asing, sehingga terjadi interaksi antara tubuh dengan benda asing tersebut. Jika tubuh terinfeksi, maka tubuh akan membentuk antibodi guna melawan bibit penyakit yang menyebabkan infeksi tersebut. Antibodi tersebut bersifat spesifik yang hanya bekerja untuk bibit penyakit tertentu yang masuk kedalam tubuh. Sehingga dapat diartikan bahwa imunisasi adalah pemberian kekebalan pada seseorang terhadap suatu jenis penyakit karena terbentuknya antibodi di dalam tubuh orang tersebut, dan imunisasi ini telah terbukti merupakan upaya pencegahan infeksi yang paling efektif untuk meningkatkan mutu kesehatan masyarakat. ³⁾

2. Program imunisasi.

Imunisasi di Indonesia secara teratur dimulai sejak tahun 1956, bahkan vaksinasi cacar telah dilakukan di pulau Jawa jauh sebelumnya. Kegiatan ini telah berhasil membasmi penyakit cacar, dibuktikan dengan Indonesia dinyatakan bebas cacar oleh WHO pada tahun 1974, yang akhirnya seluruh dunia dinyatakan bebas cacar pada tahun 1978. ⁷⁾

Berdasarkan bukti-bukti tersebut, secara bertahap dikembangkan program imunisasi untuk mencegah penyakit menular terutama yang menyerang bayi dan anak. Program imunisasi ini diawali dari vaksinasi BCG pada tahun 1973, kemudian berturut-turut menyusul penambahan jenis antigen dalam program imunisasi, yaitu Tetanus Toxoid (TT) untuk ibu hamil, DPT, Polio, Campak dan terakhir Hepatitis B untuk bayi. Sehingga sejak tahun 1997 program imunisasi telah mencakup 7 (tujuh) jenis antigen termasuk cacar .³⁾

Cakupan program yang tinggi menuntut mutu program yang tinggi pula. Salah satu kebijaksanaan program imunisasi, yaitu penggunaan satu jarum dengan satu spuit (semprit) steril untuk setiap suntikan, diterapkan sebagai kebijaksanaan umum dalam pelayanan kesehatan, sehingga dapat menekan salah satu faktor resiko untuk penularan Hepatitis B.⁶⁾

Penilaian keberhasilan program pelayanan imunisasi yang dilakukan oleh tenaga professional, dalam hal ini pelaksana imunisasi puskesmas merupakan pelayanan imunisasi yang diberikan kepada bayi sesuai dengan standart pelayanan.

Jadual dan cara pemberian imunisasi sebagai berikut :

Tabel 2.2. Jadual Pemberian Imunisasi

Vaksin	Pemberian Imunisasi	Selang Waktu Pemberian	Umur
BCG	1 x		0 – 11 bulan
DPT	3 x (DPT 1, 2, 3)	4 minggu	2 – 11 bulan
Polio	4 x (Polio 1, 2, 3, 4)	4 minggu	0 – 11 bulan
Campak	1 x		9 – 11 bulan
Hep. B	3 x	4 minggu	0 – 11 bulan

Tabel 2.3. Cara Pemberian

Vaksin	Dosis	Cara Pemberian
BCG	0,05 cc	Suntikan intrakutan tepatnya di insertio M. Deltoideus kanan
DPT	0,5 cc	Suntikan intra muskuler / subkutan dalam
Polio	2 tetes	Meneteskan ke mulut
Campak	0,5 cc	Suntikan secara subkutan biasanya di lengan kiri bagian atas.
Hep. B	0,5 cc	Suntikan intramuskuler pada paha bagian luar.

Beberapa indikator pelayanan imunisasi bayi adalah sebagai berikut :

1. Imunisasi BCG

Target imunisasi ini sebesar 95 %. Hasil cakupan imunisasi ini merupakan indikator besarnya jangkauan pelayanan program imunisasi.

2. Imunisasi Polio I – IV

Target imunisasi ini sebesar 95 %.

3. Imunisasi DPT I – III

Target imunisasi ini sebesar 95 %. Hasil cakupan imunisasi DPT I merupakan indikator besarnya jangkauan pelayanan program imunisasi.

4. Imunisasi HB I – III

Target imunisasi ini sebesar 95 %.

5. Imunisasi Campak

Imunisasi ini merupakan indikator tingkat perlindungan dari program imunisasi, artinya bahwa seorang bayi telah mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap, sehingga cakupan imunisasi ini dipakai sebagai dasar suatu wilayah telah tercapai UCI nya atau belum. Target imunisasi ini sebesar 85%.

Agar program Imunisasi dapat berjalan dengan baik maka dalam pelaksanaannya ditunjuk seorang koordinator imunisasi puskesmas yaitu pegawai yang ditugaskan mengkoordinir pengelolaan program imunisasi di puskesmas, dan pada umumnya pegawai tersebut adalah juru imunisasi puskesmas. Koordinator imunisasi tersebut harus melakukan kegiatan sesuai dengan pedoman/modul latihan tenaga imunisasi yang meliputi :⁶⁾

a. Membuat perencanaan vaksin dan logistik imunisasi yang lain.

Kegiatan ini sangat diperlukan guna tercukupinya semua kebutuhan akan pelayanan imunisasi. Hal ini berkaitan erat dengan jumlah sasaran yang ada di suatu wilayah. Apabila perencanaan vaksin dan logistik imunisasi yang lain kurang benar akan berpengaruh pada hasil cakupan yang dicapai.

b. Mengatur jadwal pelayanan imunisasi

Pengaturan jadwal imunisasi perlu dilakukan, khususnya untuk pelayanan imunisasi di lapangan/posyandu. Hal ini untuk mencegah jadwal pelayanan imunisasi secara bersamaan antar posyandu, sehingga diharapkan sasaran dapat dijangkau semuanya dimana pada akhirnya target cakupan dapat tercapai.

c. Mengecek pelayanan imunisasi

Kegiatan ini untuk mengetahui hasil pelayanan imunisasi yang memenuhi standar yaitu sesuai dengan usia dan jenis vaksinasi yang diberikan kepada sasaran. Disamping itu juga untuk mengetahui jumlah sasaran yang seharusnya mendapatkan pelayanan imunisasi di suatu wilayah/posyandu.

d. Membuat laporan

Hasil kegiatan pelayanan imunisasi setiap bulannya untuk dilaporkan ke jajaran yang lebih tinggi (Dinas Kesehatan Kabupaten) sebagai cakupan pelayanan imunisasi dari puskesmas.

e. Membuat dan menganalisa PWS bulanan

Kegiatan ini untuk mengetahui seberapa besar hasil kerja yang telah dicapai oleh petugas imunisasi di suatu wilayah/desa. Pemantauan hasil cakupan ini sangat berguna dalam perencanaan tindak lanjut pelayanan imunisasi.

f. Merencanakan tindak lanjut (Sweeping)

Kegiatan ini dimaksudkan untuk meningkatkan jangkauan/aksesibilitas program. Bila dari hasil analisa PWS ditemukan rendahnya cakupan kontak pertama (BCG, DPT1, Polio 1) maka upaya pencarian sasaran secara aktif diperlukan. Selain meningkatkan cakupan kontak pertama, cara ini juga memberi tambahan cakupan bagi kontak berikutnya yang secara kebetulan ditemukan.

3. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).

Dunia telah dinyatakan bebas cacar pada tanggal 8 Mei 1980. Banyak keunikan dari penyakit cacar yang tidak dimiliki oleh penyakit lain. Penyebarannya yang relatif lambat, gambaran klinisnya jelas dan tidak ada penderita karier. Kasus biasanya berkumpul disatu daerah, dan manusia adalah satu-satu reservoir. Bila ditemukan 2 sampai 3 penderita di suatu daerah, diperkirakan akan ada 1 kasus baru berasal dari daerah tersebut. Kekebalan yang ditimbulkan oleh infeksi maupun vaksinasi cukup lama. Vaksin cacar dalam bentuk beku kering stabil terhadap panas dan teknik pencacarannya mudah, efektif serta efisien. Virus cacar sendiri saat ini

hanya terdapat di laboratorium, antara lain di Bermingham Inggris dan CDC Atlanta Amerika Serikat .³⁾

Dari sebagian kecil penyakit yang telah ditemukan vaksinnya, hanya 7 yang diupayakan pencegahannya melalui program imunisasi yang untuk selanjutnya kita sebut PD3I. Beberapa pertimbangan untuk memasukkannya ke dalam program imunisasi antara lain adalah besarnya masalah yang ditimbulkan, keganasan penyakit, efektifitas vaksin, dan yang terakhir adalah kemungkinan pengadaan vaksin.

Berikut ini adalah 7 jenis penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, menurut sifat-sifat klinis dan epidemiologisnya :³⁾

a. Dipteri

Penyebabnya adalah *Corynebacterium diphtheriae* tipe grafis, mitis dan intermedios. Gejalanya dapat tidak ada atau ringan sekali berupa membran dalam rongga hidung sampai sangat berat dan menyebabkan kematian. Yang sering dijumpai adalah *faucial diphtheria* (tonsil) dengan pembengkakan kelenjar sekitar leher.

Golongan umur penderita dipteri biasanya dibawah 15 tahun. Imunisasi DPT diberikan pada bayi dan imunisasi DT diberikan pada anak SD kelas I. Reservoinya hanya manusia. Cara penularannya melalui partikel percikan ludah yang tercemar.

b. Pertusis

Penyebabnya adalah bakteri *Bordetella pertussis*. Gejala awal berupa pilek dan batuk. Komplikasi umumnya adalah pnemonia yang banyak menimbulkan

kematian, dan ensefalopati yang meninggalkan kerusakan otak menetap. Kematian lebih sering dijumpai pada umur kurang dari 1 tahun. Penularan melalui droplet, biasanya dari saudara serumah. Tanpa program imunisasi, attack rate mencapai 80 per 1000 kelahiran hidup, tertinggi pada golongan umur balita. Reservoir adalah manusia (penderita itu sendiri). Imunisasi merupakan satu-satunya cara pencegahan, karena kekebalan dari ibu tidak berifat protektif. Komponen pertusis dalam DPT sering menimbulkan efek samping (demam). Hal ini kurang menguntungkan dalam upaya pencegahan pertusis sehingga dapat menyebabkan cakupan DPT menurun.

c. Tetanus

Kuman penyebab tetanus adalah *Clostridium tetani*. Spora tetanus yang masuk ke dalam luka, berkembang biak dalam suasana anaerobik dan membentuk toksin. Pada neonatus kuman masuk melalui luka pada tali pusat (penyakit ini dikenal sebagai tetanus neonatorum). Kekebalan terhadap tetanus melalui vaksinasi lengkap, jadi riwayat penyakit tetanus tidak menyebabkan seseorang kemudian mempunyai kekebalan terhadap tetanus. Reservoir adalah usus manusia dan hewan serta tanah yang terkontaminasi kotoran hewan atau manusia. Pertolongan persalinan dan perawatan tali pusat yang kurang steril merupakan masalah untuk terjadinya tetanus neonatorum, karena sebagian besar persalinan di Indonesia ditolong oleh dukun.

d. Poliomyelitis.

Penyebabnya adalah virus polio tipe 1, 2 dan 3, gejala awal tidak spesifik seperti infeksi saluran nafas bagian atas dan demam ringan. Kelumpuhan

biasanya tidak simetris. Sekitar 15% dari penderita dapat sembuh dalam waktu 6 minggu, sedang sisanya menetap meninggalkan atropi otot. Penularan virus polio secara *fecal oral* atau *droplet* sangat cepat terutama di daerah permukiman yang padat dengan sanitasi kurang. Sebelum usia 3 tahun seorang anak biasanya telah mempunyai antibodi terhadap polio secara alami. Reservoir hanya manusia, terutama penderita yang asimtomatik. Antibodi alamiah dari ibu yang mempunyai kekebalan hanya melindungi anak dalam minggu-minggu pertama setelah lahir. Pencegahan dengan vaksin trivalen adalah cara yang paling efektif dan efisien.

e. Tuberculosis.

Penyakit ini disebabkan oleh mikro bakterio tuberculosis, ini masih tetap menjadi penyakit yang menimbulkan masalah cacat dan kematian di banyak tempat di dunia. Penyakit ini sering terjadi pada kelompok masyarakat yang sosial ekonomi rendah, menyerang berbagai golongan umur dan merupakan penyakit dalam keluarga. Cara penularan melalui droplet terutama di daerah padat penduduk. Reservoir terutama manusia, resiko menderita penyakit ini tinggi pada usia di bawah 3 tahun, remaja, serta dewasa muda. Vaksin BCG sebagai salah satu antigen tertua, pada umumnya diterima masyarakat.

f. Campak

Penyebabnya adalah virus morbili. Pada awal gejalanya menyerupai selesma disertai konjungtivitis, sedang tanda khas berupa bintik koplik, walaupun demikian jarang terdeteksi. *Rush* (ruam) timbul dimulai dari dahi dan ke belakang telinga, kemudian menyebar ke muka, badan dan anggota badan.

Setelah 3 - 4 hari ruam mulai menghilang meninggalkan bercak kehitaman yang makin bertambah dalam 1 – 2 minggu. Bila sembuh kulit tampak bersisik. Tingkat penularan campak sangat tinggi. Kekebalan maternal yang dibawa anak berangsur-angsur berkurang sampai hilang daya proteksinya rata-rata pada umur 9 bulan. Campak adalah penyakit yang sangat cepat menular (masa inkubasi 8-13 hari) dan dengan demikian sangat potensial untuk menimbulkan wabah. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada bayi, ibu pada masa nifas maupun penderita campak dapat menurunkan CFR (*Case Fatality Rate*). Pemberian vaksin campak 1 kali dapat memberikan kekebalan sampai lebih dari 14 tahun. Untuk mengendalikan penyakit ini diperlukan cakupan imunisasi minimal 80 – 95% secara merata selama bertahun-tahun.

g. Hepatitis B.

Penyebabnya adalah virus hepatitis tipe B. Gejalanya tidak khas, anoreksia, mual, kadang-kadang ikterik. Kelompok resiko tinggi adalah secara vertikal bayi dari ibu pengidap secara horizontal, pecandu narkotik, tenaga medis dan paramedis, pasien hemodialisis, pekerja laboratorium, pemakai jasa atau petugas akupunktur. Bila infeksi terjadi pada bayi maka 98% menjadi kronik dan hanya 2% yang sembuh. Sedangkan infeksi yang terjadi pada anak yang lebih tua dan dewasa sebaliknya, yaitu 10% menjadi kronik dan 90% sembuh. Pencegahan yang paling efektif adalah imunisasi terutama pada neonatus. Untuk memutuskan rantai penularan secara vertikal (dari ibu pengidap ke bayi) maka diperlukan pemberian imunisasi hepatitis B secara dini (0 – 7 hari).

C. PERSEPSI

Persepsi adalah pengamatan yang merupakan kombinasi penglihatan, penciuman, pendengaran serta pengalaman masa lalu. Beberapa orang dapat mempunyai persepsi yang berbeda dalam melihat suatu objek yang sama, hal ini dipengaruhi oleh faktor antara lain tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang.

Persepsi dinyatakan sebagai proses menafsir sensasi-sensasi dan memberikan arti kepada stimuli. Persepsi merupakan penafsiran realitas dan masing-masing orang memandang realitas dari sudut perspektif yang berbeda.

Persepsi dapat diartikan juga sebagai proses pengorganisasian stimulus yang diterima oleh indera individu, kemudian diinterpretasikan, sehingga individu menyadari dan mengerti tentang apa yang diterima oleh indera itu. Persepsi merupakan keadaan yang terpadu dari individu terhadap stimulus yang diterimanya, maka apa yang ada dalam diri individu, pengalaman-pengalaman individu akan ikut aktif dalam persepsi individu. Persepsi tergantung bukan hanya pada sifat-sifat rangsangan dengan medan sekelilingnya dan kondisi dalam diri individu.

Persepsi juga dapat berarti penafsiran pribadi apa yang dilihat, didengar, dibaui oleh seseorang atau penerimaan rangsangan-rangsangan indrawi dan penerapan yang disadari atau tidak disadari untuk membentuk penafsiran yang dapat diterimanya. Persepsi dapat dipandang sebagai proses seseorang menyeleksi, mengorganisasikan dan menafsirkan informasi untuk membentuk suatu gambaran yang memberi arti.

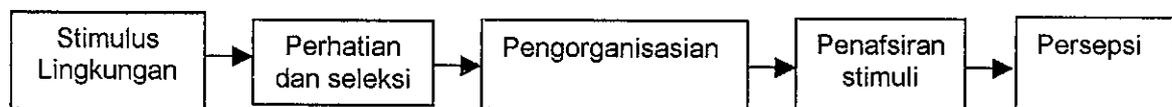
Persepsi pada hakekatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang didalam memahami informasi tentang lingkungan baik lewat penglihatan,

pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman. Kunci untuk memahami persepsi terletak pada pengenalan bahwa persepsi merupakan penafsiran yang unik terhadap situasi dan bukannya suatu pencatatan yang benar terhadap situasi.

Beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi adalah seperti faktor pada pemersepsi / pihak pelaku persepsi, faktor obyek atau target yang dipersepsikan dan faktor situasi dimana persepsi itu dilakukan.

Persepsi adalah proses mengorganisasikan dan menafsirkan pola stimulus dalam lingkungannya. Proses tersebut berkaitan dengan kemampuan interpretasi individu, sehingga masing – masing memberikan interpretasi yang bersifat subyektif terhadap obyek yang sedang menjadi stimulus. Persepsi tidak hanya sekedar mendengar, melihat dan merasakan sesuatu yang didapatinya tetapi lebih jauh disepakati persepsi melibatkan rangsangan internal dan eksternal. Persepsi adalah gambaran subyektif internal seseorang terhadap dunia luarnya (eksternal).

Persepsi merupakan proses pengenalan suatu obyek melalui aktivitas sejumlah penginderaan yang disatukan dan dikoordinasikan dalam pusat saraf yang lebih tinggi. Jadi persepsi didefinisikan sebagai proses dimana individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan impresi sensorisnya supaya dapat memberikan arti kepada lingkungan sekitarnya. Secara skematis proses persepsi dapat dilihat pada skema di bawah ini.

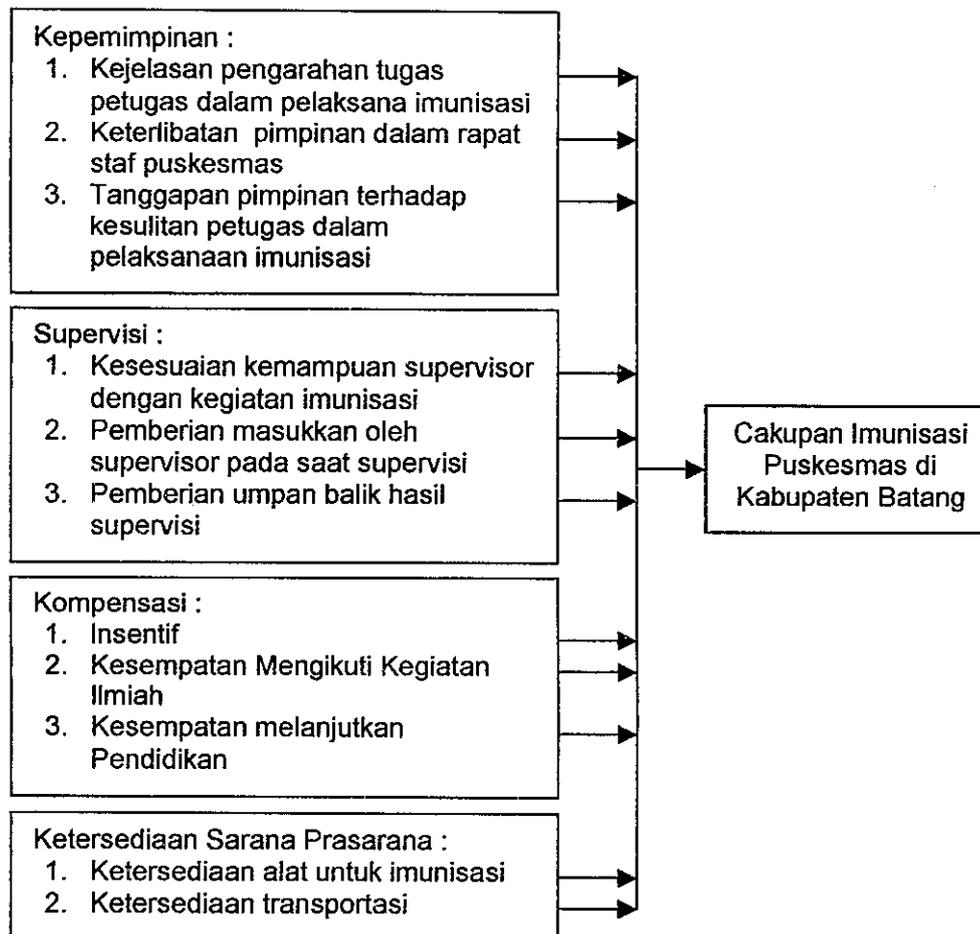


Gambar 2. Proses Persepsi

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian

B. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah :

- a. Kejelasan pengarahan tugas petugas dalam pelaksanaan imunisasi
- b. Keterlibatan pimpinan dalam rapat staf Puskesmas
- c. Tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi
- d. Kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi
- e. Pemberian masukan oleh supervisor pada saat supervisi
- f. Pemberian umpan balik hasil supervisi
- g. Insentif
- h. Kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah
- i. Kesempatan melanjutkan pendidikan
- j. Ketersediaan alat untuk imunisasi
- k. Ketersediaan transportasi

2. Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

C. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan kejelasan pengarahan tugas pada petugas dalam pelaksanaan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

2. Ada hubungan keterlibatan pimpinan dalam rapat staf Puskesmas dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
3. Ada hubungan tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
4. Ada hubungan kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
5. Ada hubungan pemberian masukan oleh supervisor pada saat supervisi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
6. Ada hubungan pemberian umpan balik hasil supervisi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
7. Ada hubungan insentif dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
8. Ada hubungan kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
9. Ada hubungan kesempatan melanjutkan pendidikan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
10. Ada hubungan ketersediaan alat untuk imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
11. Ada hubungan ketersediaan transportasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang
12. Secara bersama – sama, ada pengaruh antara kejelasan pengarahan tugas pada petugas dalam pelaksanaan imunisasi, keterlibatan pimpinan dalam rapat staf puskesmas, tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi, kesesuaian kemampuan

supervisor dengan kegiatan imunisasi, pemberian masukan oleh supervisor pada saat supervisi, pemberian umpan balik hasil supervisi, insentif, kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah, kesempatan melanjutkan pendidikan, ketersediaan alat untuk imunisasi dan ketersediaan transportasi terhadap cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang.

D. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

1. Kejelasan Pengarahan Tugas Petugas Dalam pelaksanaan Imunisasi

Kejelasan pengarahan tugas petugas imunisasi Puskesmas didefinisikan sebagai pendapat responden tentang kemampuan pimpinan puskesmas dalam merinci tugas – tugas petugas di dalam pelaksanaan imunisasi. Kejelasan pengarahan tugas petugas imunisasi Puskesmas meliputi:

- a. Memberikan penyuluhan tentang imunisasi kepada masyarakat.
- b. Menjaring sasaran imunisasi
- c. Menyiapkan alat imunisasi
- d. Mensterilkan alat imunisasi
- e. Memberikan imunisasi
- f. Menyimpan vaksin dan alat imunisasi
- g. Mencatat hasil imunisasi
- h. Melaporkan hasil imunisasi

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur.

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai,

skor 4 apabila sesuai dan skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 10 pertanyaan. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Pengarahan Tugas Jelas : Total skor lebih dari Q_3 (total nilai > 36)
- 2) Pengarahan Tugas Kurang Jelas : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai 24 sampai dengan 36)
- 3) Pengarahan Tugas Tidak Jelas : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 24)

2. Keterlibatan Pimpinan Dalam rapat Staf puskesmas

Keterlibatan pimpinan dalam rapat staf didefinisikan sebagai pendapat responden tentang keterlibatan pimpinan puskesmas dalam rapat yang dilaksanakan oleh staf Puskesmas di Puskesmas. Keterlibatan pimpinan ini meliputi:

- a. Menghadiri setiap rapat yang diadakan staf Puskesmas.
- b. Memberi kesempatan kepada peserta rapat untuk mengemukakan pendapat.
- c. Menerima masukan /pendapat staf Puskesmas.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai, skor 4 apabila sesuai dan skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 5 pertanyaan. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Keterlibatan Tinggi : Total skor lebih dari Q_3 (total nilai > 20)
- 2) Keterlibatan Kurang : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai antara 19 sampai dengan 20)
- 3) Tidak Pernah terlibat : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 19)

3. Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas Dalam Pelaksanaan Imunisasi

Tanggapan pimpinan terhadap kesulitan staf didefinisikan sebagai pendapat responden tentang kemampuan pimpinan dalam menanggapi kesulitan yang dihadapi staf puskesmas dalam pelaksanaan imunisasi. Tanggapan pimpinan terhadap kesulitan staf ini meliputi :

- a. Menanyakan kesulitan yang dihadapi oleh staf puskesmas.
- b. Mendengarkan kesulitan yang dikemukakan oleh staf puskesmas.
- c. Menawarkan upaya pemecahan terhadap kesulitan yang dihadapi oleh staf puskesmas.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur.

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai, skor 4 apabila sesuai dan skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 5 pertanyaan. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Tanggap : Total skor lebih dari Q_3 (total nilai > 21)
- 2) Kurang Tanggap : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai antara 18 sampai dengan 20)
- 3) Tidak Tanggap : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 18)

4. Kesesuaian Kemampuan Supervisor Dengan Kegiatan Imunisasi

Kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan pelaksanaan imunisasi didefinisikan sebagai pendapat responden tentang ada tidaknya kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi. Kesesuaian kemampuan meliputi;

- a. Kemampuan mendeteksi sasaran imunisasi
- b. Kemampuan mendiagnosis efek samping imunisasi
- c. Kemampuan mengelola imunisasi

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi terhadap catatan hasil supervisi.

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai, skor 4 apabila sesuai dan skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 6 pertanyaan. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Kemampuan Sesuai : Total skor lebih dari Q_3 (total nilai > 24)
- 2) Kemampuan Kurang Sesuai : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai 21 sampai dengan 24)
- 3) Kemampuan Tidak Sesuai : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 21)

5. Pemberian Masukan Oleh Supervisor Pada saat Supervisi

Pemberian masukan pada saat supervisi didefinisikan sebagai pendapat responden tentang ada tidaknya masukan yang diberikan oleh supervisor kepada petugas Imunisasi Puskesmas . Pemberian masukan pada saat supervisi berupa:

- a. Masukan tentang temuan masalah
- b. Masukan tentang penyebab masalah
- c. Masukan tentang prioritas masalah
- d. Masukan tentang alternatif pemecahan masalah

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi terhadap catatan hasil supervisi.

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai, skor 4 apabila sesuai dan skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 6 pertanyaan. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Masukkan Sesuai : Total skor lebih dari Q_3 (total nilai > 16)
- 2) Masukkan Kurang Sesuai : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai antara 14,5 sampai dengan 16)
- 3) Masukkan Tidak Sesuai : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 14,5)

6. Pemberian Umpan Balik Hasil Supervisi

Pemberian umpan balik hasil supervisi didefinisikan sebagai pendapat responden tentang ada tidaknya umpan balik hasil supervisi oleh supervisor kepada pelaksana imunisasi Puskesmas. Umpan balik supervisi meliputi:

- a. Memberikan secara langsung temuan supervisi kepada petugas .
- b. Mengikutsertakan pelaksana imunisasi pada rapat untuk pemecahan masalah yang ditemukan pada saat supervisi.
- c. Menerima tanggapan pelaksana imunisasi atas hasil temuan masalah supervisi.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi terhadap hasil umpan balik.

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai, skor 4 apabila sesuai dan skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 4 pertanyaan. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Umpan Balik Sesuai : Total skor lebih dari Q_3 (total nilai > 16)
- 2) Umpan Balik Kurang Sesuai : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai antara 14,5 sampai dengan 16)
- 3) Umpan Balik Tidak Sesuai : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 14,5)

7. Insentif

Insentif didefinisikan sebagai persepsi pelaksana imunisasi tentang sejumlah uang imbalan diluar gaji yang diberikan Puskesmas setiap bulannya, yang terdiri dari :

- a. Kecukupan jumlah uang imbalan yang diterima
- b. Proporsi penerimaan uang imbalan yang diberikan dibandingkan dengan pencapaian target imunisasi

Cara mengukur : melalui wawancara kepada pelaksana imunisasi Puskesmas dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Pelaksana imunisasi diminta menyatakan persepsinya tentang pertanyaan yang tertuang dalam kuesioner.

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai, skor 4 apabila sesuai dan skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 5 pertanyaan.

Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Insentif Sesuai : Total skor lebih dari atau sama dengan Q_3 (total nilai > 19,75)
- 2) Insentif Kurang Sesuai : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai antara 16 sampai dengan 19,75)
- 3) Insentif Tidak Sesuai : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 16)

8. Kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah

Kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah didefinisikan sebagai pendapat pelaksana imunisasi Puskesmas tentang kesesuaian antara kenyataan dan harapan petugas imunisasi terhadap penghargaan berupa kemudahan mengikuti kegiatan ilmiah, yang terdiri dari :

- a. Kemudahan mengikuti kegiatan ilmiah yang diselenggarakan oleh organisasi profesi
- b. Kemudahan mengikuti kegiatan ilmiah yang diselenggarakan oleh Institusi pemerintah

c. Kemudahan memperoleh dana untuk mengikuti kegiatan ilmiah

Cara mengukur : melalui wawancara kepada pelaksana imunisasi Puskesmas dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Pelaksana Imunisasi Puskesmas diminta menyatakan persepsinya tentang pertanyaan yang tertuang dalam kuesioner.

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai, skor 4 apabila sesuai, skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 5 pertanyaan. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Kesempatan Sesuai : Total skor lebih dari Q_3 (total nilai > 20)
- 2) Kesempatan Kurang Sesuai : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai antara 18 sampai dengan 20)
- 3) Kesempatan Tidak Sesuai : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 18)

9. Kesempatan melanjutkan Pendidikan

Kesempatan melanjutkan pendidikan didefinisikan sebagai pendapat pelaksana imunisasi Puskesmas tentang kesesuaian antara kenyataan dan harapan pelaksana imunisasi terhadap penghargaan berupa kesempatan melanjutkan pendidikan, yang terdiri dari :

- a. Kemudahan mendapatkan ijin melanjutkan pendidikan di luar jam kerja
- b. Kemudahan mendapatkan dana untuk melanjutkan pendidikan di luar jam kerja

Cara mengukur : melalui wawancara kepada pelaksana imunisasi Puskesmas dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Pelaksana imunisasi Puskesmas diminta menyatakan persepsinya tentang pertanyaan yang tertuang dalam kuesioner.

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai, skor 4 apabila sesuai, skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 4 pertanyaan. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Kesempatan Sesuai : Total skor lebih dari Q_3 (total nilai > 15)
- 2) Kesempatan Kurang Sesuai : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai antara 14 sampai dengan 15)
- 3) Kesempatan Tidak Sesuai : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 14)

10. Ketersediaan alat Untuk Imunisasi

Ketersediaan alat untuk imunisasi didefinisikan sebagai persepsi pelaksana imunisasi Puskesmas tentang ketersediaan alat – alat yang dibutuhkan untuk imunisasi baik di Puskesmas maupun di luar Puskesmas (Posyandu), meliputi :

- a. Ketersediaan alat penyimpanan vaksin
- b. Ketersediaan alat sterilisasi
- c. Ketersediaan tempat vaksin selama melakukan imunisasi di luar Puskesmas
- d. Ketersediaan formulir pencatatan dan pelaporan hasil imunisasi

Cara mengukur : melalui wawancara kepada pelaksana imunisasi Puskesmas dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Pelaksana imunisasi Puskesmas diminta menyatakan persepsinya tentang pertanyaan yang tertuang dalam kuesioner.

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai, skor 4 apabila sesuai, skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan

yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 8 pertanyaan. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Ketersediaan Alat Sesuai : Total skor lebih dari Q_3 (total nilai > 32)
- 2) Ketersediaan Alat Kurang Sesuai : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai antara 29 sampai dengan 32)
- 3) Ketersediaan Alat Tidak Sesuai : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 29)

11. Ketersediaan Transportasi

Ketersediaan transportasi didefinisikan sebagai persepsi pelaksana imunisasi Puskesmas tentang ketersediaan transportasi yang dibutuhkan untuk imunisasi di Posyandu, meliputi :

- a. Ketersediaan dana perjalanan
- b. Ketersediaan kendaraan

Cara mengukur : melalui wawancara kepada pelaksana imunisasi Puskesmas dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Pelaksana imunisasi Puskesmas diminta menyatakan persepsinya tentang pertanyaan yang tertuang dalam kuesioner.

Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak sesuai, skor 2 apabila tidak sesuai, skor 3 apabila kurang sesuai, skor 4 apabila sesuai, skor 5 apabila sangat sesuai, jawaban atas pertanyaan yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Persepsi responden diketahui berdasarkan respon atas 3 pertanyaan. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk analisis selanjutnya digolongkan subjek ke dalam 3 kategori, berdasarkan gambaran univariatnya yaitu membagi berbagai variabel berskala interval menjadi variabel dengan skala ordinal dengan cara menggunakan titik kuartil Q_1 (nilai dibawah 25 %) , Q_2 (nilai dibawah 50 %) dan Q_3 (nilai dibawah 75 %) yaitu :

Kategori :

- 1) Ketersediaan Sesuai : Total skor lebih dari Q_3 (total nilai > 12,75)
- 2) Ketersediaan Kurang Sesuai : Total skor berada diantara Q_3 dan atau sama dengan Q_2 (total nilai antara 11 sampai dengan 12,75)
- 3) Ketersediaan Tidak Sesuai : Total skor berada di bawah Q_2 (total nilai < 11)

12. Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang didefinisikan sebagai tercapai atau tidaknya target pencapaian imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang selama satu tahun yang dihitung sejak 1 tahun terakhir (tahun 2004) disesuaikan dengan target cakupan dari program imunisasi Kabupaten Batang.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi terhadap hasil cakupan imunisasi.

Skala pengukuran nominal

Kategori :

- 1). Sesuai target apabila target imunisasi lebih atau sama dengan 85 %
- 2). Tidak sesuai target apabila target imunisasi kurang dari 85 %

E. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional dengan metode penelitian survei dimana penelitian survei ini bersifat analitik yaitu suatu penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena tentang rendahnya cakupan imunisasi Puskesmas se Kabupaten Batang terjadi, kemudian dilakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena, baik antara variabel bebas dan variabel terikat sehingga dapat diketahui seberapa jauh kontribusi variabel bebas terhadap variabel terikat. dan bersifat penjelasan. ⁴³⁾

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara variabel bebas dan terikat dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*Point time approach*). ⁴⁴⁾

F. Subyek Penelitian

1. Populasi

Populasi penelitian adalah semua pelaksana imunisasi Puskesmas se Kabupaten Batang.

2. Sampel

Sampel penelitian dilakukan dengan cara *total population* terhadap seluruh pelaksana imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang.

G. Alat Pengumpulan Data

Alat untuk mengukur variabel bebas maupun variabel terikat adalah (1) kuesiner terstruktur dan (2) pengamatan langsung.

H. Cara Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah

1. Data Primer

Data primer diperoleh melalui wawancara langsung kepada responden yaitu pelaksana imunisasi Puskesmas dengan menggunakan bantuan kuesioner yang telah dirancang untuk data kuantitatif dan sebelumnya telah diuji validitas dan reliabilitasnya.⁴⁵⁾ Kuesioner dibuat untuk memperoleh informasi yang relevan dengan tujuan survei dan memperoleh informasi dengan realibilitas dan validitas setinggi mungkin.⁴⁶⁾

2. Data Sekunder

Data sekunder berupa data yang diperoleh dari laporan tahunan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Batang dan catatan lain yang terdapat di Puskesmas.

I. Pengolahan Data

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dengan langkah – langkah sebagai berikut :

a. Koding

Mengklasifikasikan jawaban responden menurut macamnya dengan cara menandai masing – masing jawaban dengan tanda kode tertentu.

b. Editing

Meneliti kembali kelengkapan pengisian, keterbacaan tulisan, kejelasan makna jawaban. keajegan dan kesetujuan jawaban satu sama lainnya, relevansi jawaban dan keseragaman satuan data.

c. Tabulasi.

Mengelompokkan data setuju dengan tujuan penelitian kemudian dimasukkan dalam tabel yang sudah disiapkan. Setiap pertanyaan yang sudah diberi nilai, hasilnya dijumlahkan dan diberi kategori setuju dengan jumlah pertanyaan pada kuesioner. Langkah yang termasuk kedalam kegiatan tabulasi antara lain:

- Memberikan skor item yang perlu diberikan skor
- Memberikan kode terhadap item – item yang tidak diberikan skor

- Mengubah jenis data, disetujui dengan teknik analisa yang akan digunakan

d. Penetapan skor

Penilaian data dengan memberikan skor untuk pertanyaan – pertanyaan yang menyangkut Variabel bebas dan variabel terikat. Selanjutnya data dianalisis secara deskriptif maupun analitik.

J. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

Pertama, daftar pertanyaan sebagai interview guide yang digunakan sebagai instrumen penelitian ini diuji validitas dan reliabilitasnya terlebih dahulu. Uji Validitas dimaksudkan untuk mengukur sejauh mana ketepatan alat ukur penelitian tentang isi atau arti sebenarnya yang diukur.⁴⁹⁾

Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis item, yakni mengkorelasikan skor tiap butir (item) pertanyaan dengan skor total yang merupakan jumlah tiap skor butir pertanyaan. Teknik korelasi digunakan karena menurut Masrun sampai saat ini merupakan teknik yang paling banyak digunakan. Masrun selanjutnya menjelaskan bahwa item mempunyai validitas tinggi jika koefisien korelasinya minimal sebesar 0,3. Korelasi yang digunakan adalah *pearson product moment*.⁵⁰⁾

Uji reliabilitas dimaksudkan untuk mengukur sampai sejauh mana derajat ketepatan, ketelitian atau keakuratan yang ditunjukkan oleh instrumen pengukuran. Uji reliabilitas dilakukan dengan metode *internal consistency*. *Internal consistency* diukur dengan menggunakan koefisien *cronbach alpha*. Jika

koefisien *cronbach alpha* lebih besar daripada 0,06 maka dinyatakan bahwa instrumen pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini adalah handal.⁵⁰⁾

Uji validitas dan reliabilitas atau uji coba (*try out*) kuesioner dilakukan pada 30 orang petugas pelaksana imunisasi Puskesmas di Puskesmas Kabupaten Pekalongan, dengan pertimbangan jumlah minimal 30 responden sehingga distribusi skornya akan mendekati kurva normal. Tujuan uji coba ini adalah untuk menghindari adanya pertanyaan – pertanyaan yang sulit dimengerti ataupun kekurangan / kelebihan dari materi kuesioner itu sendiri.⁴⁵⁾

K. Analisis Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi analisis kuantitatif yang dimaksudkan untuk mengolah dan mengorganisasikan data, serta menemukan hasil yang dapat dibaca dan dapat diinterpretasikan. Analisis kuantitatif dilakukan dengan metode tertentu.^{51) 52)}

1. Analisis Univariat :

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran dari masing-masing variabel meliputi kejelasan pengarahan tugas petugas dalam pelaksanaan imunisasi, keterlibatan pimpinan dalam rapat staf puskesmas, tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi, kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi, pemberian masukan oleh supervisor pada saat supervisi, pemberian umpan balik hasil supervisi, insentif, kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah, kesempatan melanjutkan pendidikan, ketersediaan alat untuk imunisasi dan ketersediaan transportasi terhadap cakupan imunisasi Puskesmas se Kabupaten Batang, disajikan secara diskriptif dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Untuk

mendeskripsikan semua variabel bebas dan terikat dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi. Analisis deskriptif dimaksudkan untuk mengetahui sebaran (distribusi) dari frekuensi jawaban responden terhadap kuesioner yang telah diisi dan kecenderungannya. Dari analisis ini diharapkan dapat diketahui rerata dan simpang bakunya.⁵⁰⁾

Statistik deskriptif ditujukan untuk mengetahui gambaran atau deskripsi suatu data yang dilihat dari rata – rata, standar deviasi, variance, maksimum, minimum, kurtosis dan skewness (kemencengan distribusi). Skewness dan kurtosis merupakan ukuran untuk melihat apakah semua data terdistribusi secara normal atau tidak. Skewness mengukur kemencengan dari data dan kurtosis mengukur puncak dari distribusi data. Data yang terdistribusi secara normal mempunyai nilai skewness mendekati nol. Data yang diperoleh bisa berupa data kualitatif atau kuantitatif.⁵⁰⁾

2. Analisis Bivariat

- a. Untuk melihat distribusi frekuensi (tabulasi silang) variabel bebas dan terikat
- b. Untuk mengetahui apakah ada hubungan yang bermakna antara variabel bebas dan variabel terikat dengan menggunakan uji chi square.
- c. Untuk mengetahui keeratan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat, dengan melihat nilai *Coefisien Contingency* dimana nilai C berkisar antara 0 – 0,707 dengan tingkat keeratan / kekuatan hubungan :
(1) derajat hubungan sangat lemah berkisar antara 0 – 0,140, (2) derajat hubungan lemah berkisar antara 0,141 – 0,280, (3) derajat hubungan cukup kuat berkisar antara 0,281 – 0,420, (4) derajat hubungan kuat

berkisar antara 0,421 – 0,560 dan (5) derajat hubungan sangat kuat berkisar antara 0,566 – 0,707⁵³⁾

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat ini dilakukan untuk menganalisa pengaruh variabel – variabel bebas secara bersama – sama terhadap variabel terikat serta untuk melakukan prediksi variabel terikat apabila terjadi perubahan atas variabel bebas. Metode statistik yang digunakan adalah metode analisa regresi logistik.

Analisa regresi binary adalah untuk :

- a. Menilai model fit. Langkah pertama adalah menilai overall fit model terhadap data. Hipotesis untuk model fit adalah :

Ho : Model yang dihipotesakan fit dengan data

Hi : Model yang dihipotesakan tidak fit dengan data.

Hosmer and Lemeshow's Goodness of Fit Test menguji hipotesis nol bahwa data empiris cocok atau sesuai dengan model (tidak ada perbedaan antara model dengan data sehingga model dapat dikatakan fit). Jika nilai *Hosmer and Lemeshow's Goodness of Fit Test Statistics* sama dengan atau kurang dari 0,05, maka hipotesis nol ditolak yang berarti ada perbedaan signifikan antara model dengan nilai observasinya. Sehingga *Goodness Fit* model tidak baik karena model tidak dapat memprediksi nilai observasinya.

Jika nilai statistics *Hosmer and Lemeshow's Goodness Fit Test* lebih besar dari 0,05 maka hipotesis nol tidak dapat ditolak dan berarti model mampu memprediksi nilai observasinya atau dapat dikatakan model dapat diterima karena cocok dengan data observasinya.

Tabel klasifikasi 2 x 2 menghitung nilai estimasi yang benar (correct) dan salah (incorrect). Pada kolom merupakan dua nilai prediksi dari variabel dependent dalam hal ini cakupan imunisasi sesuai target. (1) dan cakupan imunisasi tidak sesuai target (0), sedangkan pada baris menunjukkan nilai observasi sesungguhnya dari variabel dependent cakupan imunisasi sesuai target (1) dan cakupan imunisasi tidak sesuai target (0). Pada model yang sempurna maka semua kasus akan berada pada diagonal dengan tingkat ketepatan peramalan 100%. Jika model logistik mempunyai *Homoskedastisitas* maka prosentase yang benar (correct) akan sama dengan kedua baris.

b. Menguji Koefisien Regresi

Uji t untuk menguji signifikansi konstanta dari setiap variabel independen

Hipotesis :

H_0 = Koefisien regresi tidak signifikan

H_1 = Koefisien regresi signifikan

Pengambilan keputusan (berdasarkan probabilitas) :

- Jika Probabilitas $> 0,05$ maka H_0 diterima
- Jika Probabilitas $< 0,05$ maka H_0 ditolak.

Keputusan : pada kolom *Sig/significance* dengan uji t yang terlihat pada bagian akhir *output*, terlihat bahwa konstanta dan variabel bebas adalah signifikan atau tidak. Apabila signifikan maka model regresi layak untuk digunakan memprediksi variabel cakupan imunisasi puskesmas di Kabupaten Batang.

c. Penafsiran dan Prediksi

cara menafsir regresi dengan variabel dependen binary adalah dengan pendekatan probabilitas, apabila tidak ada probabilitas negatif atau lebih dari satu maka jika:

- angka negatif, dianggap probabilitas 0.
- angka positif lebih dari satu, dianggap probabilitas 1.
- angka positif diantara 0 sampai dengan 1, probabilitas sesuai angka yang tertera.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 6 hari mulai tanggal 7 sampai dengan 14 Maret 2005 di Puskesmas dimana responden bekerja dan penelitian ini tidak terlepas dari faktor kelemahan / penghambat dan faktor kekuatan / pendukung dalam hal metodologi penelitian. Adapun kelemahan dan kekuatan penelitian ini adalah sebagai berikut

1. Kelemahan Penelitian

Penelitian ini tidak dirancang dengan dukungan informasi secara kualitatif, sehingga peneliti tidak dapat melakukan *cross check* hasil wawancara berdasar kuesioner yang ada dengan pelaksana imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang dan menganalisis lebih lanjut tentang faktor – faktor organisasi yang mempengaruhi cakupan imunisasi Puskesmas dalam pelayanan imunisasi di Kabupaten Batang.

2. Kekuatan Penelitian

Disamping faktor kelemahan, penelitian ini memiliki faktor kekuatan / pendukung. Adapun faktor kekuatan / pendukung yang dirasakan yaitu :

- a. Permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini masih menjadi kebutuhan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Batang, karena masih rendahnya cakupan imunisasi Puskesmas dalam mendukung program / kegiatan Puskesmas.

- b. Responden memberikan respon positif dan bersedia menjawab pertanyaan sehingga tidak ditemukan kesulitan dalam menggali persepsi responden terhadap kinerjanya dan faktor – faktor yang mempengaruhi kinerjanya.

B. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji Validitas dan Reliabilitas kuesioner dilakukan di Puskesmas Kabupaten Pekalongan dengan jumlah responden 30 orang petugas pelaksana imunisasi di Puskesmas, pada tanggal 1 sampai dengan 4 Maret 2005.

Kuesioner yang dilakukan uji coba adalah kuesioner tentang variabel kejelasan pengarahan tugas, keterlibatan pimpinan dalam rapat staf, tanggapan pimpinan terhadap kesulitan staf, kemampuan supervisor, pemberian masukan oleh supervisor, pemberian umpan balik, insentif, kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah, kesempatan melanjutkan pendidikan, ketersediaan alat untuk imunisasi dan ketersediaan transportasi

Adapun hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner adalah sebagai berikut :

1. Hasil Uji Validitas Kuesioner

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan analisis butir (item) yaitu dengan mengkorelasikan skor item dengan skor total per konstruk (*construct*) dan total skor seluruh item, analisis uji validitas kuesioner menggunakan program pengolahan dan analisis data yang tersedia di komputer.

Butir – butir pertanyaan pada kuesioner dinyatakan valid apabila pada bagian *corrected item – total correlation* masing – masing indikator mempunyai koefisien korelasi di atas 0,41.

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh butir pertanyaan adalah valid. Data selengkapnya dapat dilihat pada lampiran.

2. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner

Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan metode *internal consistency*, yaitu metode untuk melihat sejauh mana konsistensi tanggapan responden terhadap item-item pertanyaan. Dalam penelitian ini pengukuran konsistensi tanggapan responden menggunakan *koefisien alfa cronbach*.

Secara umum reliabilitas dari variabel sebuah kuesioner dikatakan cukup baik apabila memiliki *koefisien alpha* antara 0,4 sampai 0,75 dan dianggap sangat baik bila memiliki *koefisien alpha* diatas 0,75 (Murti,1997). Uji reliabilitas dengan menggunakan *koefisien alpha* memberikan hasil sesuai dengan tabel 4.1. berikut ini.

Tabel 4.1. Data Koefisien Reliabilitas Kuesioner Dengan Menggunakan Rumus (*Alpha*)

No	Variabel	<i>Cronbach alpha</i>	Keterangan
1.	Kejelasan pengarah tugas pelaksana imunisasi Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas	0,8503	Reliabel
2.	Keterlibatan Pimpinan dalam rapat staf	0,8110	Reliabel
3.	Tanggapan Pimpinan terhadap kesulitan staf dalam pelaksanaan imunisasi	0,8709	Reliabel
4.	Kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi	0,7744	Reliabel
5.	Pemberian masukan oleh Supervisor pada saat supervisi	0,8526	Reliabel
6.	Pemberian umpan balik hasil Supervisi	0,8263	Reliabel
7.	Insentif	0,8357	Reliabel
8.	Kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah	0,9011	Reliabel
9.	Kesempatan melanjutkan pendidikan	0,8428	Reliabel
10.	Ketersediaan alat untuk imunisasi	0,9600	Reliabel
11.	Ketersediaan transportasi	0,7627	Reliabel

Dari tabel 4.1 dapat diketahui bahwa kuesioner reliabel dan konsisten sehingga dapat digunakan pada penelitian selanjutnya.

C. Analisis Univariat

1. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

Jenis kelamin responden adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
1.	Laki - laki	28	58,3
2.	Wanita	20	41,7
	Jumlah	48	100

Berdasarkan tabel 4.2 terlihat bahwa jumlah responden dengan jenis kelamin laki -laki sejumlah 28 orang (58,3 %) dan yang berjenis kelamin wanita berjumlah 20 orang (41,7 %), sehingga jumlah responden laki – laki lebih banyak dibandingkan jumlah responden wanita.

2. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur.

Umur responden adalah sebagai berikut :

Tabel 4.3. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur.

No	Umur	Jumlah	Persentase
1.	27 tahun	13	27
2.	29 tahun	17	35,4
3.	35 tahun	8	16,7
4.	37 tahun	2	4,2
5.	40 tahun	3	6,3
6.	45 tahun	5	10,4
	Jumlah	48	100

Dari tabel 4.3 dapat diketahui bahwa responden yang berumur 27 tahun sejumlah 13 orang (27 %), 29 tahun sejumlah 17 orang (35,4 %), berumur 35 tahun sejumlah 8 orang (16,7 %) dan berumur 45 tahun sejumlah 5 orang (10,4 %).

3. Distribusi Responden Menurut Pendidikan

Tingkat pendidikan responden adalah sebagai berikut :

Tabel 4.4. Distribusi Responden Menurut Pendidikan.

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase
1.	Pekarya Kesehatan	6	12,5
2.	Perawat	27	56,25
3.	Bidan	15	31,25
	Jumlah	48	100

Dari tabel 4.4 diatas diketahui 27 orang (56,25 %) responden berpendidikan perawat, 15 orang (31,25 %) berpendidikan bidan dan 6 orang (12,5 %) berpendidikan pekarya kesehatan.

4. Distribusi Responden Menurut Lama Kerja

Lama kerja responden adalah sebagai berikut :

Tabel 4.5. Distribusi Responden Menurut Lama Kerja

No	Pekerjaan	Jumlah	Persentase
1	4 tahun	11	22,9
2	6 tahun	13	27
3	8 tahun	14	29,2
4	10 tahun	2	4,2
5	14 tahun	3	6,3
6	16 tahun	2	4,1
7	18 tahun	3	6,3
	Jumlah	48	100

Dari tabel 4.5. diatas diketahui responden yang memiliki lama kerja 4 tahun sejumlah 11 orang (22,9 %), 6 tahun sejumlah 13 orang (27 %), 8 tahun sejumlah 14 orang (29,2 %), 16 tahun sejumlah 2 orang (4,1 %) dan masa kerja 18 tahun sejumlah 3 orang (6,3 %).

5. Distribusi Responden Menurut Kejelasan Pengarahan Tugas Pada Pelaksana Imunisasi Puskesmas Oleh Pimpinan Puskesmas

Persepsi responden terhadap kejelasan pengarahan tugas pada pelaksana imunisasi Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 4.6. Distribusi Responden Menurut Kejelasan Pengarahan Tugas pada pelaksana Imunisasi Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas

No	Kejelasan Pengarahan Tugas pada pelaksana Imunisasi Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas	Jumlah	Persentase
1	Pengarahan Tugas Tidak Jelas (skor > 36)	21	43,8
2	Pengarahan Tugas Kurang Jelas (skor 24–36)	15	31,3
3	Pengarahan Tugas Jelas (skor < 24)	12	25
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.6. diatas diketahui 21 orang responden (43,8 %) responden mempersepsikan kejelasan pengarahan tugas pada pelaksana imunisasi Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas adalah tidak jelas, 15 orang (31,3 %) mempersepsikan kurang jelas dan 12 orang (25 %) mempersepsikan jelas. Adapun distribusi responden menurut jawaban terhadap pernyataan dalam kuesioner adalah sebagai berikut :

Tabel. 4.7. Rekapitulasi Jawaban Persepsi Responden Terhadap Kejelasan Pengarahan Tugas Pada Pelaksana Imunisasi Puskesmas Oleh Pimpinan Puskesmas

No	Pernyataan	Median Skor	Jawaban (jumlah dan %)					Jml
			STS	TS	KS	S	SS	
1	Tugas memberikan penyuluhan tentang imunisasi kepada masyarakat.	2	3 (6,25)	13 (27,10)	12 (25)	11 (22,90)	9 (18,70)	48 (100)
2	Tugas menjarang sasaran imunisasi	3	1 (2,08)	5 (10,40)	18 (37,50)	13 (27,00)	11 (22,90)	48 (100)
3	Tugas menyiapkan peralatan imunisasi	3	-	1 (2,08)	24 (50)	9 (18,80)	14 (29,20)	48 (100)
4	Tugas menyiapkan vaksin imunisasi	3	-	8 (16,60)	19 (39,50)	10 (20,80)	11 (22,90)	48 (100)
5	Tugas mensterilisasi peralatan imunisasi	3	2 (4,20)	17 (35,40)	21 (43,70)	6 (12,50)	2 (4,20)	48 (100)
6	Tugas melaksanakan imunisasi	2	5 (10,40)	26 (54,10)	10 (20,80)	5 (10,40)	2 (4,20)	48 (100)
7	Tugas menyimpan vaksin	2	7 (14,50)	23 (47,90)	6 (12,50)	8 (16,60)	3 (6,25)	48 (100)
8	Tugas menyimpan peralatan imunisasi	2	13 (27)	19 (39,50)	7 (14,50)	4 (8,30)	5 (10,40)	48 (100)
9.	Tugas mencatat hasil pelaksanaan imunisasi	2	5 (10,40)	26 (54,10)	10 (20,80)	5 (10,40)	2 (,20)	48 (00)
10.	Tugas melaporkan hasil pelaksanaan imunisasi	2	7 (4,50)	23 (7,90)	6 (2,50)	8 (6,60)	3 (6,25)	48 (100)

6. Distribusi Responden Menurut Keterlibatan Pimpinan Dalam Rapat Staf

Persepsi responden terhadap keterlibatan pimpinan dalam rapat staf adalah sebagai berikut :

Tabel 4.8. Distribusi Responden Menurut Keterlibatan Pimpinan Dalam Rapat Staf

No	Keterlibatan Pimpinan Dalam Rapat Staf	Jumlah	Persentase
1	Tidak Pernah Terlibat (skor > 20)	19	39,6
2	Keterlibatan Kurang (skor 19 – 20)	19	39,6
3	Keterlibatan Tinggi (skor < 19)	10	20,8
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.8. diatas diketahui 19 orang responden (39,6 %) mempersepsikan pimpinan tidak pernah terlibat dalam rapat staf, 19 orang responden (39,6 %) mempersepsikan keterlibatan kurang dan 10 orang responden (20,8 %) mempersepsikan keterlibatan pimpinan dalam rapat staf adalah tinggi.

Tabel. 4.9. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Keterlibatan Pimpinan Dalam Rapat Staf

No	Pernyataan	Median Skor	Jawaban (jumlah dan%)					Jumlah
			STS	TS	KS	S	SS	
1	Hadir	3	6 (12,50)	13 (27,10)	20 (41,60)	6 (12,50)	3 (6,25)	48 (100)
2	Memberi kesempatan kepada peserta rapat untuk mengemukakan pendapat.	3	17 (35,40)	11 (22,90)	26 (54,10)	3 (6,25)	1 (2,08)	48 (100)
3	Menerima pendapat staf Puskesmas.	1	21 (43,70)	16 (33,30)	8 (16,60)	6 (12,50)	3 (6,25)	48 (100)
4	Menerima perbedaan pendapat antara pimpinan dengan staf	1	19 (39,50)	15 (31,30)	6 (12,50)	4 (8,30)	4 (8,30)	48 (100)
5	Menerima kritik staf	1	18 (37,50)	9 (18,70)	12 (25)	4 (8,30)	5 (10,40)	48 (100)

7. Distribusi Responden Menurut Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas dalam Pelaksanaan Imunisasi

Persepsi responden tentang tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.10. Distribusi Responden Menurut Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas Dalam Pelaksanaan Imunisasi

No	Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas Dalam Pelaksanaan Imunisasi	Jumlah	Persentase
1	Tidak Tanggap (skor > 21)	20	41,7
2	Kurang Tanggap (skor 18 – 21)	21	43,8
3	Tanggap (skor < 18)	7	14,6
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.10. diatas diketahui 20 orang (41,7 %) responden mempersepsikan pimpinan tidak tanggap terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi, 21 orang (43,8 %) responden mempersepsikan kurang tanggap dan 7 orang (14,6 %) responden mempersepsikan pimpinan tanggap.

Tabel. 4.11. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas Dalam Pelaksanaan Imunisasi

No	Pernyataan	Median Skor	Jawaban (jumlah dan %)					Jumlah
			STS	TS	KS	S	SS	
1	Menanyakan kesulitan yang dihadapi oleh staf puskesmas.	2	5 (10,40)	26 (54,10)	10 (20,80)	5 (10,40)	2 (4,20)	48 (100)
2	Mendengarkan kesulitan yang dikemukakan oleh staf puskesmas.	2	7 (14,50)	23 (47,90)	6 (12,50)	8 (16,60)	3 (6,25)	48 (100)
3	Memberikan alternatif upaya pemecahan terhadap kesulitan yang dihadapi oleh staf puskesmas.	2	13 (27)	19 (39,50)	7 (14,50)	4 (8,30)	5 (10,40)	48 (100)
4	Berpartisipasi membantu staf menangani kesulitan yang dihadapi oleh staf Puskesmas	3	17 (35,40)	11 (22,90)	26 (54,10)	3 (6,25)	1 (2,08)	48 (100)
5	Mendampingi staf dalam upaya menangani kesulitan sampai kesulitan tersebut teratasi	1	21 (43,70)	16 (33,30)	8 (16,60)	6 (12,50)	3 (6,25)	48 (100)

9. Distribusi Responden Menurut Pemberian Masukan Supervisor Pada saat Supervisi

Persepsi responden terhadap pemberian masukan supervisor pada saat supervisi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.14. Distribusi Responden Menurut Pemberian Masukan Supervisor Pada Saat Supervisi

No	Pemberian Masukan Supervisor Pada Saat Supervisi	Jumlah	Persentase
1	Masukan Tidak Sesuai (skor > 16)	19	39,6
2	Masukan Kurang Sesuai (skor 14,5-16)	19	39,6
3	Masukan Sesuai (skor < 14,5)	10	20,8
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.14. diatas diketahui 19 orang (39,6 %) responden mempersepsikan masukan supervisor pada saat supervisi tidak sesuai, 19 orang (39,6 %) responden mempersepsikan kurang sesuai dan 10 orang (20,8 %) mempersepsikan sesuai.

Tabel 4.15. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Pemberian Masukan Supervisor Pada Saat Supervisi

No	Pernyataan	Median Skor	Jawaban (jumlah dan %)					Jumlah
			STS	TS	KS	S	SS	
1	Masalah yang berhasil ditemukan	1	21 (43,70)	16 (33,3)	8 (16,6)	6 (12,50)	3 (6,25)	48 (100)
2	Prioritas masalah	2	5 (10,40)	26 (54,10)	10 (20,80)	5 (10,40)	2 (4,20)	48 (100)
3	Penyebab – penyebab masalah yang berhasil ditemukan	2	7 (14,50)	23 (47,90)	6 (12,50)	8 (16,6)	3 (6,25)	48 (100)
4	Prioritas penyebab masalah	2	13 (27)	19 (39,50)	7 (14,50)	4 (8,30)	5 (10,40)	48 (100)
5	alternatif pemecahan masalah	3	17 (35,40)	11 (22,90)	26 (54,10)	3 (6,25)	1 (2,08)	48 (100)
6	Kegiatan yang perlu dilaksanakan sesuai dengan alternatif pemecahan masalah yang ditemukan	3	6 (12,50)	13 (27,10)	20 (41,60)	6 (12,50)	3 (6,25)	48 (100)

10. Distribusi Responden Menurut Pemberian Umpan Balik Hasil Supervisi

Persepsi responden terhadap pemberian umpan balik hasil supervisi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.16. Distribusi Responden Menurut Pemberian Umpan Balik Hasil Supervisi

No	Pemberian Umpan Balik Hasil Supervisi	Jumlah	Persentase
1	Umpan Balik Tidak Sesuai (skor > 16)	18	37,5
2	Umpan Balik Kurang Sesuai (skor 14,5 – 16)	18	37,5
3	Umpan Balik Sesuai (skor < 14,5)	12	25
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.16. diatas diketahui 18 orang (37,5 %) responden mempersepsikan umpan balik tidak sesuai, 18 orang (37,5 %) responden mempersepsikan kurang sesuai dan 12 orang (25 %) mempersepsikan sesuai.

Tabel 4.17. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Pemberian Umpan Balik Hasil Supervisi

No	Pernyataan	Median Skor	Jawaban (jumlah dan %)					Jml
			STS	TS	KS	S	SS	
1	Memberikan secara langsung temuan supervisi kepada petugas	2	7 (14,50)	23 (47,90)	6 (12,50)	8 (16,60)	3 (6,25)	48 (100)
2	Melaksanakan rapat untuk membahas temuan supervisi	2	13 (27)	19 (39,50)	7 (14,50)	4 (8,30)	5 (10,40)	48 (100)
3	Mengikutsertakan petugas imunisasi pada rapat untuk pemecahan masalah yang ditemukan pada saat supervisi.	3	17 (35,40)	11 (22,90)	26 (54,10)	3 (6,25)	1 (2,08)	48 (100)
4	Menerima tanggapan petugas imunisasi atas hasil temuan masalah supervisi.	3	6 (12,50)	13 (27,10)	20 (41,60)	6 (12,50)	3 (6,25)	48 (100)

11. Distribusi Responden Menurut Insentif

Persepsi responden terhadap insentif adalah sebagai berikut :

Tabel 4.18. Distribusi Responden Menurut Insentif

No	Insentif	Jumlah	Persentase
1	Insentif Tidak Sesuai (skor > 19,75)	22	45,8
2	Insentif Kurang Sesuai (skor 16–19,75)	13	27,1
3	Insentif Sesuai (skor < 16)	13	27,1
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.18. diatas diketahui 22 orang (45,8 %) mempersepsikan insentif tidak sesuai, 13 orang (27,1 %) responden mempersepsikan kurang sesuai dan 13 orang (27,1 %) responden mempersepsikan insentif sesuai.

Tabel 4.19. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Insentif

No	Pernyataan	Median Skor	Jawaban (jumlah dan %)					Jml
			STS	TS	KS	S	SS	
1	Besarnya sesuai dengan kinerja saya	2	13 (27)	19 (39,50)	7 (14,50)	4 (8,30)	5 (10,40)	48 (100)
2	dapat memotivasi saya untuk terus meningkatkan kinerja saya yaitu mencapai target imunisasi	3	17 (35,40)	11 (22,90)	26 (54,10)	3 (6,25)	1 (2,08)	48 (100)
3	Banyaknya uang imbalan sesuai kesepakatan	2	7 (14,50)	23 (47,90)	6 (12,50)	8 (16,60)	3 (6,25)	48 (100)
4	Pembagian uang imbalan sudah adil	2	13 (27)	19 (39,50)	7 (14,50)	4 (8,30)	5 (10,40)	48 (100)
5	Semakin tinggi target imunisasi yang dicapai, uang imbalan yang diterima semakin banyak	3	17 (35,40)	11 (22,90)	26 (54,10)	3 (6,25)	1 (2,08)	48 (100)

12. Distribusi Responden Menurut Kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah

Persepsi responden terhadap kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah adalah sebagai berikut :

Tabel 4.20. Distribusi Responden Menurut Kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah

No	Kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah	Jumlah	Persentase
1	Kesempatan Tidak Sesuai (skor > 20)	20	41,7
2	Kesempatan Kurang Sesuai (skor 18 – 20)	19	39,6
3	Kesempatan Sesuai (skor < 18)	9	18,8
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.20. diatas diketahui 20 orang (41,7 %) responden mempersepsikan kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah tidak sesuai, 19 orang (39,6 %) responden mempersepsikan kurang sesuai dan 9 orang (18,8 %) mempersepsikan sesuai.

Tabel 4.21. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah

No	Pernyataan	Median Skor	Jawaban (jumlah dan %)					Jml
			STS	TS	KS	S	SS	
1	Kemudahan mengikuti kegiatan ilmiah yang diselenggarakan oleh organisasi profesi	2	5 (10,40)	26 (54,10)	10 (20,80)	5 (10,40)	2 (4,20)	48 (100)
2	Kemudahan mengikuti kegiatan ilmiah yang diselenggarakan oleh organisasi swasta yang berhubungan dengan profesi	2	7 (14,50)	23 (47,90)	6 (12,50)	8 (16,60)	3 (6,25)	48 (100)
3	Kemudahan mengikuti kegiatan ilmiah yang diselenggarakan oleh Institusi pemerintah	2	13 (27)	19 (39,50)	7 (14,50)	4 (8,30)	5 (10,40)	48 (100)
4	Kemudahan memperoleh dana untuk mengikuti kegiatan ilmiah	3	17 (35,40)	11 (22,90)	26 (54,10)	3 (6,25)	1 (2,08)	48 (100)
5	Terdapat perencanaan tahunan untuk mengikut sertakan staf dalam kegiatan ilmiah	3	6 (12,50)	13 (27,10)	20 (41,60)	6 (12,50)	3 (6,25)	48 (100)

13. Distribusi Responden Menurut kesempatan Melanjutkan Pendidikan

Persepsi responden terhadap kesempatan melanjutkan pendidikan adalah sebagai berikut :

Tabel 4.22. Distribusi Responden Menurut Kesempatan Melanjutkan Pendidikan

No	Kesempatan Melanjutkan Pendidikan	Jumlah	Persentase
1	Kesempatan Tidak Sesuai (skor > 15)	20	41,7
2	Kesempatan Kurang sesuai (skor 14 – 15)	18	37,5
3	Kesempatan Sesuai (skor < 14)	10	20,8
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.22. diatas diketahui 20 orang (41,7 %) responden mempersepsikan kesempatan melanjutkan pendidikan tidak sesuai, 18 orang (37,5 %) responden mempersepsikan kurang sesuai dan 10 orang (20,8 %) mempersepsikan sesuai.

Tabel 4.23. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Kesempatan Melanjutkan Pendidikan

No	Pernyataan	Median Skor	Jawaban (Jumlah dan %)					Jml
			STS	TS	KS	S	SS	
1	Diberi ijin untuk melanjutkan pendidikan di luar jam kerja	3	17 (35,40)	11 (22,90)	26 (54,10)	3 (6,25)	1 (2,08)	48 (100)
2	Diprioritaskan untuk melanjutkan pendidikan apabila ada kesempatan dari Pemerintah	2	7 (14,50)	23 (47,90)	6 (12,50)	8 (16,60)	3 (6,25)	48 (100)
3	Ada kemudahan mendapatkan dana / bea siswa untuk melanjutkan pendidikan	2	13 (27)	19 (39,50)	7 (14,50)	4 (8,30)	5 (10,40)	48 (100)
4	Mendapat bantuan dana apabila melanjutkan pendidikan dengan biaya sendiri	3	17 (35,40)	11 (22,90)	26 (54,10)	3 (6,250)	1 (2,08)	48 (100)

14. Distribusi Responden Menurut Ketersediaan Alat Untuk Imunisasi

Persepsi responden terhadap ketersediaan alat untuk imunisasi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.24. Distribusi Responden Menurut Ketersediaan Alat Untuk Imunisasi

No	Ketersediaan Alat Untuk Imunisasi	Jumlah	Persentase
1	Ketersediaan Alat Tidak Sesuai (skor > 32)	1	2,1
2	Ketersediaan Alat Kurang Sesuai (skor 29–32)	7	14,6
3	Ketersediaan Alat Sesuai (skor < 29)	40	83,3
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.24. diatas diketahui 1 orang (2,1 %) responden mempersepsikan ketersediaan alat tidak sesuai, 7 orang (14,6 %) responden mempersepsikan kurang sesuai dan 40 orang (83,3 %) mempersepsikan sesuai.

Tabel 4.25. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Ketersediaan Alat Untuk Imunisasi

No	Pernyataan	Median Skor	Jawaban (Jumlah dan %)					Jml
			STS	TS	KS	S	SS	
1	Jumlah alat penyimpanan vaksin sesuai standar	4	-	3 (6,25)	11 (22,90)	26 (54,10)	17 (35,40)	48 (100)
2	Kualitas alat penyimpanan vaksin sesuai standar	5	-	-	-	15 (31,25)	33 (68,75)	48 (100)
3	Jumlah alat sterilisasi sesuai standar	5	-	-	-	13 (27,02)	35 (72,90)	48 (100)
4	Kualitas alat strerilisasi sesuai standar	5	-	-	-	7 (14,58)	41 (85,42)	48 (100)
5	Jumlah termos / tempat vaksin sesuai standar	5	-	-	-	8 (16,67)	40 (83,30)	48 (100)
6	Kualitas termos sesuai standar	5	-	-	-	13 (27,02)	35 (72,90)	48 (100)
7	Jumlah formulir pencatatan sesuai standar	4	-	-	5 (10,42)	31 (64,58)	12 (25)	48 (100)
8	Jumlah formulir pelaporan hasil imunisasi sesuai standar	4	-	-	6 (12,50)	39 (81,25)	3 (6,25)	48 (100)

15. Distribusi Responden Menurut Ketersediaan Transportasi

Persepsi responden terhadap ketersediaan transportasi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.26. Distribusi Responden Menurut Ketersediaan Transportasi

No	Ketersediaan Transportasi	Jumlah	Persentase
1	Ketersediaan Tidak Sesuai (skor > 32)	19	39,6
2	Ketersediaan Kurang Sesuai (skor 29 – 32)	19	39,6
3	Ketersediaan Sesuai (skor < 29)	10	20,8
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.26. diatas diketahui 19 orang (39,6 %) responden mempersepsikan ketersediaan transportasi tidak sesuai, 19 orang (39,6 %) responden mempersepsikan kurang sesuai dan 10 orang (20,8 %) mempersepsikan sesuai.

Tabel 4.27. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Ketersediaan Transportasi

No	Pernyataan	Median Skor	Jawaban (jumlah dan %)					Jml
			STS	TS	KS	S	SS	
1	Tersedia kendaraan untuk kegiatan imunisasi di luar Puskesmas	2	7 (14,50)	23 (47,90)	6 (12,50)	8 (16,60)	3 (6,25)	48 (100)
2	Kendaraan di prioritaskan untuk kegiatan di luar Puskesmas	2	13 (27)	19 (39,50)	7 (14,50)	4 (8,30)	5 (10,40)	40 (100)
3	Tersedia dana yang cukup untuk perjalanan ke luar Puskesmas	3	17 (35,40)	11 (22,90)	26 (54,10)	3 (6,25)	1 (2,08)	40 (100)

16. Distribusi Responden Menurut Cakupan Imunisasi Puskesmas

Distribusi responden terhadap cakupan imunisasi Puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 4.28. Distribusi Responden Menurut Cakupan Imunisasi Puskesmas

No	Cakupan Imunisasi Puskesmas	Jumlah	Persentase
1	Tidak Sesuai Target	26	54,2
2	Sesuai Target	22	45,8
Jumlah		48	100

Dari tabel 4.28 diatas diketahui bahwa responden yang cakupan imunisasi campak di Puskesmas pada tahun 2004 tidak sesuai target sejumlah 26 orang (54,2 %) dan cakupan imunisasi sesuai target sejumlah 22 orang (45,8 %).

D. Hasil Analisis Bivariat

Untuk mengetahui hubungan variabel bebas yang terdiri dari variabel kejelasan pengarahan tugas pada petugas dalam pelaksanaan imunisasi, keterlibatan pimpinan dalam rapat staf, tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi, kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi, pemberian masukan oleh supervisor pada saat supervisi, pemberian umpan balik hasil supervisi, insentif, kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah, kesempatan melanjutkan pendidikan, ketersediaan alat untuk imunisasi dan ketersediaan transportasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang sebagai variabel terikat, dilakukan analisis bivariat dengan menggunakan uji *chi square*.

1. Hubungan Kejelasan Pengarahan Tugas Pada Petugas Dalam Pelaksanaan Imunisasi dengan Cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan kejelasan pengarahan tugas pada petugas dalam pelaksanaan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.29. Tabel Silang Kejelasan Pengarahan Tugas Pada Petugas Dalam Pelaksanaan Imunisasi dengan Cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Kejelasan Pengarahan Tugas	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Pengarahan Tugas Tidak Jelas	17 (81)	4 (19)	21 (100)
Pengarahan Tugas Kurang Jelas	7 (46,7)	8 (53,3)	15 (100)
Pengarahan Tugas Jelas	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,001; Coef. Contingency : 0,465)

Dari tabel 4.29. terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai target terdapat 81 % yang mempersepsikan pengarahan tugas tidak jelas, 46,7 % mempersepsikan pengarahan kurang jelas dan 16,7 % mempersepsikan pengarahan tugas jelas. Sementara itu, diantara 22 orang responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 19 % responden yang mempersepsikan pengarahan tugas tidak jelas, 53,3 % mempersepsikan kurang jelas dan 83,3 % mempersepsikan pengarahan tugas jelas.

Berdasarkan hasil uji *chi square*, diketahui bahwa kejelasan pengarahan tugas pada petugas Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas berhubungan secara bermakna dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan keeratan hubungan kuat (*Coef. Contingency* : 0,465)

2. Hubungan Keterlibatan Pimpinan Dalam Rapat Staf dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan keterlibatan pimpinan dalam rapat staf dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.30. Tabel Silang Keterlibatan Pimpinan Dalam Rapat Staf dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Keterlibatan Pimpinan Dalam Rapat Staf	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Tidak Pernah Terlibat	17 (89,5)	2 (10,5)	19 (100)
Keterlibatan Kurang	6 (31,6)	13 (68,4)	19 (100)
Keterlibatan Tinggi	3 (30)	7 (70)	10 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,0001; *Coef Contingency* : 0,498)

Dari tabel 4.30. terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai target terdapat 89,5 % responden mempersepsikan pimpinan tidak pernah terlibat dalam rapat staf, 31,6 % mempersepsikan kurang terlibat dan 30 % mempersepsikan keterlibatan pimpinan tinggi. Sementara diantara 22 responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 10,5 % responden yang mempersepsikan pimpinan tidak pernah terlibat dalam rapat

staf, 68,4 % mempersepsikan keterlibatan pimpinan kurang dan 70 % mempersepsikan keterlibatan tinggi.

Berdasarkan hasil uji *chi square*, terdapat hubungan yang bermakna antara keterlibatan pimpinan dalam rapat staf dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan keeratan hubungan kuat (*Coef. Contingency* : 0,498)

3. Hubungan Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas Dalam Pelaksanaan Imunisasi dengan Cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Tabulasi silang tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, diperoleh hasil sebagai berikut

Tabel 4.31. Tabel Silang Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas dalam Pelaksanaan Imunisasi dengan Cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Tidak Tanggap	15 (75)	5 (25)	20 (100)
Kurang Tanggap	10 (47,6)	11 (52,4)	21 (100)
Tanggap	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,015; *Coef Contingency* : 0,385)

Dari tabel 4.31. terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai terdapat 75 % responden mempersepsikan pimpinan tidak tanggap. 47,6 % mempersepsikan kurang tanggap dan 14,3 %

mempersiapkan tanggap. Sementara diantara 22 responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 25 % responden mempersiapkan pimpinan tidak tanggap, 52,4 % mempersiapkan kurang tanggap dan 85,7 % mempersiapkan tanggap.

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan kekuatan hubungan cukup kuat. (Coef. Contingency : 0,385)

4. Hubungan Keterlibatan Pimpinan Dalam Rapat Staf dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.32. Tabel Silang Kesesuaian Kemampuan Supervisor Dengan Kegiatan Imunisasi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Kesesuaian Kemampuan Supervisor	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Kemampuan Tidak Sesuai	18 (90)	2 (10)	20 (100)
Kemampuan Kurang Sesuai	7 (41,2)	10 (58,8)	17 (100)
Kemampuan Sesuai	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,0001; Coef Contingency : 0,547)

Dari tabel 4.32. terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai target terdapat 90 % responden mempersiapkan

kemampuan supervisor tidak sesuai, 41,2 % mempersepsikan kurang sesuai dan 9,1 % mempersepsikan sesuai. Sementara diantara 22 responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 10 % responden mempersepsikan kemampuan supervisor tidak sesuai, 58,8 % mempersepsikan kurang sesuai dan 90,9 % mempersepsikan kemampuan sesuai.

Hasil uji *chi square* menunjukkan terdapat hubungan bermakna antara kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan kekuatan hubungan kuat. (Coef. Contingency : 0,547)

5. Hubungan Pemberian Masukan Supervisor Pada Saat Supervisi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan pemberian masukan supervisor pada saat supervisi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.33. Tabel Silang Pemberian Masukan Supervisor Pada Saat Supervisi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Pemberian Masukan	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Masukan Tidak Sesuai	16 (84,2)	3 (15,8)	19 (100)
Masukan Kurang Sesuai	8 (42,1)	11 (57,9)	19 (100)
Masukan Sesuai	2 (20)	8 (80)	10 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,002; Coef Contingency : 0,458)

Dari tabel 4.33. terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai target terdapat 84,2 % responden mempersepsikan

masukan supervisor tidak sesuai, 42,1 % mempersepsikan masukan kurang sesuai dan 20 % mempersepsikan sesuai. Sementara diantara 22 responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 15,8 % mempersepsikan masukan supervisor tidak sesuai, 57,9 % mempersepsikan kurang sesuai dan 80 % mempersepsikan sesuai.

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pemberian masukan supervisor pada saat supervisi dengan kinerja petugas pelaksana imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan kekuatan hubungan kuat (Coef. Contingency : 0,458)

6. Hubungan Pemberian Umpan Balik Hasil Supervisi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Dari pengumpulan data diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.34. Tabel Silang Pemberian Umpan Balik Hasil Supervisi Dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Pemberian Umpan Balik Hasil Supervisi	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Umpan Balik Tidak Sesuai	16 (88,9)	2 (11,1)	18 (100)
Umpan Balik Kurang Sesuai	8 (44,4)	10 (55,6)	18 (100)
Umpan Balik Sesuai	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,0001; Coef Contingency : 0,503)

Dari tabel 4.34. diatas, terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai target terdapat 88,9 % responden mempersepsikan umpan balik tidak sesuai, 44,4 % mempersepsikan kurang

sesuai dan 16,7 % mempersepsikan sesuai. Sementara diantara 22 responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 11,1 % responden mempersepsikan umpan balik tidak sesuai, 55,6 % mempersepsikan kurang sesuai dan 83,3 % mempersepsikan sesuai.

Hasil uji *chi square* menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian umpan balik hasil supervisi dengan kinerja petugas pelaksana Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan kekuatan hubungan kuat (Coef. Contingency : 0,503)

7. Hubungan Insentif dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Dari pengumpulan data diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.35. Tabel Silang Kesesuaian Insentif dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Insentif	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Insentif Tidak Sesuai	17 (77,3)	5 (22,7)	22 (100)
Insentif Kurang Sesuai	5 (38,5)	8 (61,5)	13 (100)
Insentif Sesuai	4 (30,8)	9 (69,2)	13 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,012; Coef Contingency : 0,395)

Dari tabel 4.35. diatas, terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai target terdapat 77,3 % responden mempersepsikan insentif tidak sesuai, 38,5 % mempersepsikan kurang sesuai dan 30,8 % mempersepsikan sesuai. Sementara diantara 22 responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 22,7 % responden mempersepsikan

insentif tidak sesuai, 61,5 % mempersepsikan kurang sesuai dan 69,2 % mempersepsikan sesuai.

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara insentif dengan kinerja petugas pelaksana imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan kekuatan hubungan cukup kuat (Coef. Contingency : 0,395)

8. Hubungan Kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.36. Tabel Silang kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Kesempatan Tidak Sesuai	16 (80)	2 (20)	20 (100)
Kesempatan Kurang Sesuai	8 (42,1)	11 (57,9)	19 (100)
Kesempatan Sesuai	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,006; Coef Contingency : 0,418)

Dari tabel 4.36. diatas, terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai target terdapat 80 % responden mempersepsikan kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah tidak sesuai, 42,1 % mempersepsikan kurang sesuai dan 22,2 % mempersepsikan sesuai. Sementara

itu diantara 22 responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 20 % responden mempersepsikan kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah tidak sesuai, 57,9 % mempersepsikan kurang sesuai dan 77,8 % mempersepsikan sesuai.

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah dengan kinerja petugas pelaksana imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan kekuatan hubungan cukup kuat (Coef. Contingency : 0,418)

9. Hubungan Kesempatan Melanjutkan Pendidikan dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan kesempatan melanjutkan pendidikan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.37. Tabel Silang Kesempatan Melanjutkan Pendidikan dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Kesempatan Melanjutkan pendidikan	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Kesempatan Tidak Sesuai	17 (85)	3 (15)	20 (100)
Kesempatan Kurang Sesuai	8 (44,4)	10 (55,6)	18 (100)
Kesempatan Sesuai	1 (10)	9 (90)	10 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,0001; C : 0,502)

Dari tabel 4.37. diatas, terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai target terdapat 85 % responden mempersepsikan kesempatan melanjutkan pendidikan tidak sesuai, 44,4 %

mempersesikan kurang sesuai dan 10 % mempersesikan sesuai. Sementara diantara 22 responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 15 % responden mempersesikan kesempatan melanjutkan pendidikan tidak sesuai, 55,6 % mempersesikan kurang sesuai dan 90 % mempersesikan sesuai.

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara kesempatan melanjutkan pendidikan dengan kinerja petugas pelaksana imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan kekuatan hubungan kuat (Coef. Contingency : 0,502)

10. Hubungan Ketersediaan Alat Untuk Imunisasi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan ketersediaan alat untuk imunisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.38. Tabel Silang Ketersediaan Alat Untuk Imunisasi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Ketersediaan Alat Untuk Imunisasi	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Ketersediaan Alat Tidak Sesuai	1 (100)	0	1 (100)
Ketersediaan Alat Kurang Sesuai	6 (85,7)	1 (14,3)	7 (100)
Ketersediaan Alat Sesuai	19 (47,5)	21 (52,5)	40 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,001; Coef Contingency : 0,468)

Dari tabel 4.38. diatas, terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai target terdapat 100 % responden mempersesikan ketersediaan alat tidak sesuai, 85,7 % responden

mempersesipkan kurang sesuai dan 47,5 % mempersepsikan sesuai. Sementara diantara 22 responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 14,3 % responden mempersepsikan ketersediaan alat kurang sesuai dan 52,5 % mempersepsikan sesuai.

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara ketersediaan alat untuk imunisasi dengan kinerja petugas pelaksana imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan kekuatan hubungan kuat. (Coef. Contingency : 0,468)

11. Hubungan Ketersediaan Transportasi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan ketersediaan transportasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.39. Tabel Silang Ketersediaan Transportasi dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang

Ketersediaan Transportasi	Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang (jumlah dan %)		
	Tidak Sesuai Target	Sesuai Target	Jumlah
Ketersediaan Tidak Sesuai	17 (89,5)	2 (10,5)	19 (100)
Ketersediaan Kurang Sesuai	6 (31,6)	13 (68,4)	19 (100)
Ketersediaan Sesuai	3 (30)	7 (70)	10 (100)
Jumlah	26 (54,2)	22 (45,8)	48 (100)

(nilai p : 0,0001; Coef Contingency : 0,498)

Dari tabel 4.39. diatas, terlihat bahwa diantara 26 responden yang cakupan imunisasinya tidak sesuai target erdapat 89,5 % responden mempersepsikan ketersediaan transportasi tidak sesuai, 31,6 %

mempersiapkan kurang sesuai dan 30 % mempersiapkan sesuai. Sementara diantara 22 responden yang cakupan imunisasinya sesuai target terdapat 10,5 % responden mempersiapkan ketersediaan transportasi tidak sesuai, 68,4 % mempersiapkan kurang sesuai dan 70 % mempersiapkan sesuai.

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara ketersediaan transportasi dengan kinerja petugas pelaksana imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, dengan kekuatan hubungan kuat Coef. Contingency : 0,498)

Berdasarkan hasil analisis bivariat tersebut diatas, dapat diketahui variabel – variabel bebas yang berhubungan dengan variabel terikat, yaitu :

Tabel 4.40. Hubungan Antara Variabel Bebas dengan Variabel Terikat

Variabel Bebas	nilai p	Coefisien Contingency	Keterangan
Kejelasan pengarahan Tugas	0,001	0,465	Berhubungan
Keterlibatan Pimpinan Dalam Rapat	0,0001	0,498	Berhubungan
Tanggapan Pimpinan Terhadap Kesulitan Petugas	0,015	0,385	Berhubungan
Kesesuaian Kemampuan Supervisor	0,0001	0,547	Berhubungan
Pemberian Masukan oleh Supervisor	0,002	0,458	Berhubungan
Pemberian Umpan Balik	0,0001	0,503	Berhubungan
Insentif	0,012	0,395	Berhubungan
Kesempatan Mengikuti Kegiatan Ilmiah	0,006	0,418	Berhubungan
Kesempatan Melanjutkan Pendidikan	0,0001	0,502	Berhubungan
Ketersediaan Alat Imunisasi	0,001	0,468	Berhubungan
Ketersediaan Transportasi	0,0001	0,498	Berhubungan

Berdasarkan tabel 4.40 diatas, variabel yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang adalah kejelasan pengarahan tugas pada petugas dalam pelaksanaan imunisasi, keterlibatan pimpinan dalam rapat staf Puskesmas, tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi, kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi, pemberian masukan oleh supervisor pada saat supervisi, pemberian umpan balik hasil supervisi, insentif, kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah, kesempatan melanjutkan pendidikan, ketersediaan alat untuk imunisasi dan ketersediaan transportasi.

E. Analisis Multivariat

Untuk mengetahui variabel bebas yang berpengaruh cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang secara bersama – sama, dilakukan analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi binary logistik dengan metode enther. Variabel bebas yang diuji adalah variabel bebas yang secara bermakna berhubungan dengan variabel terikat pada analisis bivariat. Adapun hasil analisis dengan menggunakan uji regresi binary logistik adalah sebagai berikut :

Tabel 4.41. Analisis Pengaruh Variabel Bebas dengan Variabel Terikat Berdasarkan Uji Regresi Binary Logistik (Metode Entner)

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1	ARAH	1.728	1.726	1.001	1	.317	5.627
	TERLIBAT	-1.223	1.292	.895	1	.344	.294
	TANGGAP	1.618	1.162	1.938	1	.164	5.043
	SESUAIAN	-.567	.957	.352	1	.553	.567
	MASUKAN	1.605	1.200	1.790	1	.181	4.979
	UMPBALIK	-2.083	1.847	1.272	1	.259	.125
	INSENTIF	3.997	1.750	5.219	1	.022	54.441
	KEGILMIA	-6.610	2.764	5.718	1	.017	.001
	PENDIDIK	5.326	2.172	6.015	1	.014	205.648
	ALAT	6.285	2.950	4.539	1	.033	536.461
	TRASPORT	-3.302	1.537	4.618	1	.032	.037
	Constant	-13.092	6.052	4.679	1	.031	.000

a. Variable(s) entered on step 1: ARAH, TERLIBAT, TANGGAP, SESUAIAN, MASUKAN, UMPBALIK, INSENTIF, KEGILMIA, PENDIDIK, ALAT, TRASPORT.

Berdasarkan tabel 4.41 tersebut menunjukkan bahwa yang berpengaruh terhadap kinerja pelaksana imunisasi Puskesmas se Kabupaten Batang adalah insentif (nilai p : 0,022), kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah (nilai p : 0,017), kesempatan melanjutkan pendidikan (nilai p : 0,014) , ketersediaan alat (nilai p : 0,033) dan ketersediaan transportasi (nilai p : 0,032). Langkah selanjutnya adalah memasukkan variabel – variabel yang berpengaruh, diuji lagi dengan menggunakan metode yang sama dengan hasil sebagai berikut.

Tabel 4.42. Analisis Pengaruh Variabel Bebas dengan Variabel Terikat Berdasarkan Uji Regresi Binary Logistik (Metode Entner)

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	KEGILMIA	-1.985	.846	5.510	1	.019	.137	.026	.721
	PENDIDIK	1.922	.750	6.568	1	.010	6.835	1.572	29.726
	ALAT	2.541	.857	8.791	1	.003	12.698	2.367	68.131
	TRASPOR	-1.334	.619	4.650	1	.031	.263	.078	.886
	Constant	-1.745	1.460	1.429	1	.232	.175		

a. Variable(s) entered on step 1: KEGILMIA, PENDIDIK, ALAT, TRASPORT.

Berdasarkan tabel 4.42 diatas terlihat bahwa :

1. Petugas pelaksana yang mempersepsikan ketersediaan alat imunisasi tidak sesuai memiliki nilai adjusted OR atau (Exp) B sebesar 12,698 (CI 95 % : 2,367 – 68,131) artinya bahwa petugas pelaksana imunisasi Puskesmas yang mempersepsikan ketersediaan alat imunisasi tidak sesuai diprediksi 13 kali besaran untuk terjadinya cakupan imunisasi kurang dari target dibandingkan dengan petugas pelaksana imunisasi Puskesmas yang mempersepsikan ketersediaan alat imunisasi sesuai.
2. Petugas pelaksana yang mempersepsikan kesempatan melanjutkan pendidikan tidak sesuai memiliki nilai adjusted OR atau (Exp) B sebesar 6,835 (CI 95 % : 1,572 – 29,726) artinya bahwa petugas pelaksana imunisasi Puskesmas yang mempersepsikan kesempatan melanjutkan pendidikan tidak sesuai diprediksi 7 kali besaran untuk terjadinya cakupan imunisasi kurang dari target dibandingkan dengan petugas pelaksana imunisasi Puskesmas yang mempersepsikan kesempatan melanjutkan pendidikan sesuai.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Cakupan Imunisasi di Puskesmas se Kabupaten Batang

Kinerja adalah hasil atau prestasi yang dicapai karyawan dalam melaksanakan suatu pekerjaan dalam suatu organisasi yang juga sebagai catatan *outcome* yang dihasilkan dari fungsi suatu pekerjaan tertentu atau kegiatan selama suatu periode waktu tertentu. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja profesional. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada pesonel yang memegang jabatan struktural maupun fungsional tetapi juga kepada keseluruhan jajaran pesonel dalam organisasi.

Untuk mengetahui kinerja karyawan dibutuhkan penilaian kinerja. Penilaian kinerja adalah proses menilai hasil karya pesonel dalam organisasi melalui instrumen penilaian kinerja. Kegiatan penilaian kinerja ini membantu umpan balik kepada pesonel tentang pelaksanaan kerja mereka.

Kinerja petugas pelaksanaan imunisasi Puskesmas se Kabupaten Batang di hitung berdasarkan cakupan imunsasi tahun 2004. Berkinerja tinggi apabila cakupan imunisasinya sesuai target dan berkinerja kurang apabila cakupan imunisasinya tidak sesuai target. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang cakupan imunisasinya melebihi target sejumlah 45,8 % dan responden yang tidak sesuai target sebanyak 54,2 % .

B. Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan inti manajemen , karena kepemimpinan adalah motor penggerak bagi sumber daya manusia dan sumber daya alam

lainnya dalam suatu organisasi. Pemeliharaan dan pengembangan sumber daya manusia merupakan keharusan mutlak. Kurang pemeliharaan dan perhatian kepada tenaga bisa menyebabkan semangat kerja rendah, cepat bosan serta lamban menyelesaikan tugas, sehingga menurunkan prestasi kerja / kinerja tenaga kerja yang bersangkutan.

Pada hakekatnya kepemimpinan adalah kemampuan untuk mempengaruhi orang lain. Kepemimpinan dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk mempengaruhi orang atau orang lain melalui komunikasi baik langsung maupun tidak langsung dengan maksud untuk menggerakkan orang-orang tersebut agar dengan penuh pengertian dan senang hati bersedia mengikuti kehendak-kehendak pemimpin tersebut.

Kepemimpinan adalah suatu usaha menggunakan suatu gaya mempengaruhi dan tidak memaksa untuk motivasi individu dalam mencapai tujuan, kepemimpinan adalah seni atau proses untuk mempengaruhi orang lain sehingga mereka bersedia dengan kemampuan sendiri dan secara antusias bekerja untuk mencapai tujuan organisasi.

Cakupan imunisasi akan mencapai target apabila pimpinan selalu mengarahkan tugas pokok dan fungsi petugas imunisasi dalam pelaksanaan imunisasi. Pada kenyataannya, Kepala Puskesmas se Kabupaten Batang sebagian besar kurang jelas dalam memberikan pengarahan kepada petugas. Apalagi responden yang mempersepsikan pengarahan tugas oleh pimpinan Puskesmas tidak jelas sebanyak 43,8 %. Dengan memberikan pengarahan tugas sebagai pelaksana imunisasi mulai dari merencanakan kegiatan, mempersiapkan pelaksanaan, melaksanakan dan menyimpan kembali peralatan imunisasi,

secara jelas maka pendapat semacam itu dapat dikurangi sehingga meningkatkan cakupan imunisasi Puskesmas.

Agar pengarahan tugas yang disampaikan jelas, pimpinan harus sering memberikan penjelasan pengelolaan imunisasi pada saat di laksanakan pertemuan / rapat di Puskesmas, dilakukan pertemuan antara pimpinan dengan petugas imunisasi selain, dibuat *standard operating procedur* tata laksana imunisasi di Puskesmas dan di luar Puskesmas serta di buatkan *job aid* tata laksana imunisasi yang diletakkan di meja petugas imunisasi atau di dinding tempat kerja petugas imunisasi.

Di samping itu, cakupan imunisasi akan mencapai target apabila pimpinan terlibat dalam setiap kali diadakan rapat baik rapat mingguan maupun bulanan. Pada kenyataannya, terdapat 39,6 % responden yang mempersepsikan pimpinan tidak pernah terlibat dalam rapat staf di Puskesmas. Dengan hadir setiap kali diadakan rapat, memberikan kesempatan kepada staf untuk mengemukakan pendapat, menerima pendapat staf, menerima perbedaan pendapat dan menerima kritik, maka pendapat tersebut dapat dikurangi sehingga dapat meningkatkan cakupan imunisasi Puskesmas.

Rapat yang diadakan di Puskesmas tidak seluruhnya di pimpin oleh Kepala Puskesmas selaku pimpinan, hal ini disebabkan karena pada saat dilaksanakan rapat, jadwalnya berbarengan dengan pelaksanaan rapat yang di adakan di luar Puskesmas yang mewajibkan pimpinan hadir serta waktu senggang antara pimpinan dengan staf tidak pernah cocok. Untuk mengatasi hal tersebut, perlu kiranya di buat jadwal rapat yang tidak berbenturan dengan rapat rutin mingguan maupun bulanan baik yang dilaksanakan di tingkat Kabupaten maupun Kecamatan dan rapat dilaksanakan secara rutin dengan hari yang sama

setiap minggu / bulannya, serta kesepakatan bahwa semua kegiatan baik di luar maupun di dalam Puskesmas sudah selesai dilaksanakan.

Cakupan imunisasi Puskesmas akan mencapai target apabila pimpinan tanggap terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi. Pada kenyataannya, terdapat 41,7 % responden yang mempersepsikan bahwa Pimpinan Puskesmas se Kabupaten Batang tidak tanggap. Untuk mengurangi pendapat tersebut, pimpinan sebaiknya menanyakan kesulitan yang dihadapi responden, pimpinan mau mendengarkan kesulitan staf, pimpinan memberikan alternatif upaya pemecahan masalah, pimpinan mau berpartisipasi membantu menangani kesulitan dan pimpinan mau mendampingi staf, maka di harapkan dapat meningkatkan cakupan imunisasi Puskesmas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang nyata antara kepemimpinan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Kris Nugroho (2004) yang menyatakan bahwa kepemimpinan berhubungan dengan kinerja Perawat Pegawai Daerah Puskesmas Kabupaten Kudus, Rohmadi (2003) yang menyatakan bahwa kepemimpinan secara bermakna berhubungan dengan kinerja Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas di Kabupaten Wonosobo dan penelitian Yusuf (2002) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kepemimpinan dengan kinerja Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas di Kota Banjarmasin.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan pendapat Gibson (1990), As'ad (1987) dan Handoko (1995) yang menyatakan bahwa kepemimpinan mempengaruhi kinerja individu.

C. Supervisi

Supervisi atau kontrol adalah proses untuk menentukan apakah yang akan dicapai sesuai standart dan apa yang sedang dilakukan sudah sesuai standart serta bila perlu melakukan koreksi sehingga pelaksanaan pekerjaan akan sesuai dengan rencana, yaitu sesuai dengan standart yang ada / sudah ditentukan.

Jadi dapat diartikan bahwa pengertian supervisi adalah suatu kegiatan pembinaan, bimbingan dan pengawasan oleh pengelola program terhadap pelaksana di tingkat administrasi yang lebih rendah, dalam rangka menetapkan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

Sebagai supervisor, apabila kemampuan supervisor dalam melaksanakan supervisi tentang imunisasi sesuai maka cakupan imunisasi akan mencapai target. Namun pada kenyataannya terdapat 41,7 % responden yang mempersepsikan kemampuan supervisor tidak sesuai dengan imunisasi. Hal ini dapat diatasi apabila : Pimpinan Puskesmas yang tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan tentang imunisasi, dilatih terlebih dahulu tentang penatalaksanaan imunisasi baik di dalam gedung maupun diluar gedung Puskesmas, sehingga mampu menemukan masalah sehubungan dengan pelaksanaan imunisasi.

Petugas pelaksana imunisasi Puskesmas akan meningkatkan kinerjanya sehingga cakupan imunisasi Puskesmas akan mencapai target apabila pimpinan memberikan masukan hasil supervisi. Pada kenyataannya, terdapat 39,6 % responden yang mempersepsikan pimpinan selaku supervisor tidak dan kurang memberikan masukan hasil supervisi. Dalam melaksanakan

supervisi, pimpinan hanya memperhatikan pelaksanaan imunisasi di dalam gedung Puskesmas saja. Untuk itu apabila ingin meningkatkan cakupan imunisasi Puskesmas, pimpinan seharusnya melaksanakan supervisi secara berkala (mingguan / bulanan), menggunakan *check list* supervisi pelaksanaan imunisasi dan dibuat jadwal secara terstruktur.

Tiga puluh tujuh koma lima persen (37,5 %) responden mempersepsikan bahwa pimpinan tidak pernah / jarang memberikan umpan balik hasil supervisi. Kalau hal ini dibiarkan terus menerus maka cakupan imunisasi di Puskesmas akan mengalami penurunan atau kurang dari target. Untuk itu perlu kiranya pimpinan memberikan umpan balik hasil supervisi langsung kepada staf yang bersangkutan dan membahas hasil supervisi di rapat mingguan Puskesmas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara supervisi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Kris Nugroho (2004) yang menyatakan bahwa supervisi berhubungan dengan kinerja Perawat Pegawai Daerah di Puskesmas Kabupaten Kudus namun tidak sesuai dengan penelitian Rohmadi (2003) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kinerja Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas di Kabupaten Wonosobo.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan pendapat Gibson (1990), As'ad (1987) dan Handoko (1995) yang menyatakan bahwa supervisi mempengaruhi kinerja individu.

Namun demikian, hasil penelitian ini menunjang pendapat Benyamin S dan Penlamo T (1995) yang mengemukakan bahwa untuk mencapai efektifitas

kinerja maka supervisor harus bertanggung jawab dan memberi jaminan bahwa kegiatan yang dilakukan tidak menyimpang, memotivasi untuk peningkatan kinerja, ikut serta dalam upaya peningkatan kinerja, memberi pujian akan keberhasilan karyawan dan menyadarkan karyawan akan pekerjaannya.

Azwar (1996) yang menyatakan bahwa supervisi bermanfaat untuk meningkatkan efektivitas kerja dengan cara makin meningkatnya pengetahuan dan keterampilan "bawahan", serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antar "atasan" dengan "bawahan" serta meningkatkan efisiensi kerja dengan cara makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan oleh "bawahan", dan karena itu pemakaian sumber daya (tenaga, dana dan sarana) yang sia – sia akan dapat dicegah.

D. Kompensasi

Kompensasi kerja dikelompokkan kedalam kompensasi finansial dan non finansial. Kompensasi finansial dikelompokkan lagi menjadi kompensasi finansial langsung (upah, gaji, komisi dan bonus) dan tak langsung (bantuan sosial karyawan, tunjangan sosial, askes, cuti libur, ijin sakit dan ketidakhadiran yang digaji). Sedang kelompok kompensasi non finansial dikelompokkan kedalam kelompok kompensasi non finansial dalam pekerjaan (tanggung jawab, penuh tantangan, peluang, pengakuan, peluang akan adanya promosi) dan kelompok kompensasi non finansial di lingkungan pekerjaan (kebijakan yang sehat, supervisi yang kompetent, rekan kerja yang menyenangkan, kondisi lingkungan kerja yang menyenangkan, waktu kerja yang cukup, simbol status yang tepat dan pembagian kerja yang adil).

Kompensasi berdasarkan prestasi dapat meningkatkan kinerja seseorang yaitu dengan sistem pembayaran karyawan berdasarkan prestasi kerja. Hal demikian juga diungkapkan oleh Kopelman, bahwa kompensasi akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu.

Insentif (*incentive*) adalah tambahan-tambahan kompensasi di atas atau di luar gaji atau upah yang diberikan oleh organisasi. Program-program insentif disesuaikan dengan memberikan dengan memberikan bayaran tambahan berdasarkan produktivitas, penjualan, keuntungan - keuntungan, atau upaya - upaya pemangkasan biaya. Tujuan utama program insentif adalah mendorong dan mengimbali produktivitas karyawan dan efektivitas biaya.

Kinerja staf akan meningkat apabila setiap bulannya mereka mendapatkan insentif. Namun pada kenyataannya, Puskesmas se Kabupaten Batang tidak mampu memberikan insentif pada staf setiap bulannya disebabkan karena pendapatan Puskesmas khususnya puskesmas non perawatan sangat terbatas, sehingga hanya mampu memberikan insentif yang diberikan setahun sekali berupa tunjangan hari raya. Besarnya insentif pun masih sangat sedikit yaitu berkisar antara Rp. 200.000,- sampai dengan Rp. 1.000.000,-.

Melihat kondisi keuangan Puskesmas yang serba terbatas, mengakibatkan insentif yang diterima tidak dapat memuaskan seluruh staf, namun demikian agar insentif yang diterima dapat di terima oleh semua staf sebaiknya pembagian atau besar kecilnya insentif yang diterima, di hitung berdasarkan kinerja staf (*indeks point*) bukan berdasarkan pada jabatan seseorang.

Kompensasi yang diberikan tidak hanya berupa uang / *financial* saja tetapi juga dalam bentuk *non financial* yaitu berupa kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah dan kesempatan melanjutkan pendidikan sebagai wujud penghargaan pimpinan terhadap kinerja staf.

Terdapat 41,7 % responden yang mempersepsikan kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah adalah tidak sesuai. Hal ini apabila dibiarkan terus menerus akan mengakibatkan turunnya kinerja petugas pelaksana imunisasi dalam pencapaian target imunisasi di Puskesmas.

Selama ini kegiatan ilmiah untuk petugas pelaksana imunisasi di Puskesmas Kabupaten Batang , sebatas pada kegiatan ilmiah yang dilaksanakan oleh organisasi profesi misalnya Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Batang dan PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) cabang Batang. Walaupun kegiatan ilmiah dilaksanakan di Kabupaten Batang, tidak semua petugas imunisasi dapat mengikuti, sebab waktu pelaksanaan kegiatan ilmiah (misalnya seminar) dilaksanakan di jam kerja Puskesmas / pelayanan pasien sementara jumlah petugas imunisasi di Puskesmas masih sangat sedikit.

Sehubungan hal tersebut, perlu kiranya kegiatan ilmiah dilaksanakan pada hari libur atau pada hari kerja dengan menunjuk seorang staf mewakili Puskesmas untuk kemudian staf tersebut mensosialisasikan hasil seminar di depan teman - temannya.

Cakupan imunisasi akan melebihi target apabila staf diberi kesempatan untuk melanjutkan pendidikan. Pada kenyataannya, sebagian besar petugas pelaksana imunisasi Puskesmas se Kabupaten Batang tidak memiliki keinginan melanjutkan pendidikan disebabkan karena : 1). Tidak ada biaya

pemerintah sehingga harus menanggung biaya sendiri dan 2). Umur diatas 30 tahun sehingga malas melanjutkan pendidikan.

Sehubungan hal tersebut diatas, perlu kiranya Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Batang untuk merencanakan pelatihan – pelatihan bagi petugas imunisasi Puskesmas yang dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya tentang imunisasi, sehingga dapat menunjang keberhasilan pekerjaannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara kompensasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang, penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Kris Nugroho (2004) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pendapatan (meliputi gaji dan insentif) dengan kinerja Perawat Pegawai daerah di Puskesmas Kabupaten Kudus.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan pendapat Gibson (1990), As'ad (1987) dan Handoko (1995) yang menyatakan bahwa kompensasi mempengaruhi kinerja individu.

E. Ketersediaan Sarana Prasarana

Ketersediaan sarana prasarana merupakan salah satu faktor lain yang mampu mempengaruhi kinerja karyawan. Kondisi sarana prasarana yang baik dalam arti sempit sarana prasarana yang lengkap, modern, berkualitas dan jumlah cukup, akan memberikan kepuasan karyawan yang kemudian dapat meningkatkan kinerjanya.

Sarana prasarana yang menyenangkan akan menjadi kunci pendorong bagi para karyawan untuk menghasilkan kinerja puncak. Demikian pula kondisi

sarana prasarana yang lengkap, modern, berkualitas dan jumlah cukup merupakan keinginan karyawan untuk dipenuhi perusahaan.

Teori hubungan manusiawi menggunakan faktor ketersediaan sarana prasarana sebagai salah satu variabel motivator. Asumsi manajemen yang dipakai adalah orang ingin bekerja dengan menggunakan sarana prasarana yang lengkap, modern, berkualitas dan jumlah yang cukup. Karyawan yang terpenuhi harapannya akan bekerja lebih giat karena kepuasan kerja yang meningkat

Ketersediaan alat imunisasi di Puskesmas sudah baik dan sesuai standar terbukti hanya 2,1 % responden yang mempersepsikan ketersediaan alat imunisasi tidak sesuai. Walaupun kecil, namun apabila hal ini dibiarkan terus menerus maka lama kelamaan kinerja petugas imunisasi akan menurun. Untuk itu perlu kiranya Puskesmas dan Dinas kesehatan merencanakan pengadaan alat imunisasi dan blangko pencatatan pelaporan sesuai jumlah dan kualitas yang dibutuhkan serta sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan.

Terdapat 39,6 % responden yang mempersepsikan ketersediaan transportasi tidak sesuai. Ketersediaan transportasi yang terdiri dari kendaraan roda dua, kendaraan roda empat dan transport (bensin) sangat dibutuhkan oleh petugas pelaksana imunisasi apabila ada kegiatan imunisasi di luar gedung Puskesmas. Sehingga, apabila ketersediaan transportasi ini dapat terpenuhi maka akan meningkatkan kinerjanya dalam pencapaian target imunisasi di Puskesmas.

Namun pada kenyataannya di Puskesmas Kabupaten Batang, petugas pelaksana imunisasi tidak menggunakan mobil Puskesmas atau sepeda motor dinas disebabkan karena jumlah terbatas dan kondisi kendaraan yang sudah tua,

tetapi menggunakan kendaraan pribadi. Mereka juga hanya mendapatkan transpor yang terbatas.

Untuk itu Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Batang perlu merencanakan kebutuhan transportasi bagi petugas Puskesmas yang memadai sesuai dengan kebijakan Pemerintah Kabupaten Batang.

Hasil penelitian sesuai dengan hasil penelitian Supardi (2004) yang menyatakan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana berpengaruh terhadap kinerja individu.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan pendapat Gibson (1990), As'ad (1987) dan Handoko (1995) yang menyatakan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana berpengaruh terhadap kinerja individu.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Responden yang mempersepsikan pengarahannya tidak jelas sejumlah 43,8 %, yang mempersepsikan keterlibatan pimpinan tidak pernah terlibat dalam rapat staf sejumlah 39,6 % dan yang mempersepsikan pimpinan tidak tanggap terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi sejumlah 41,7 %.
2. Responden yang mempersepsikan kemampuan supervisor tidak sesuai dengan kegiatan imunisasi sejumlah 41,7 %, yang mempersepsikan pemberian masukan supervisor pada saat supervisi tidak sesuai sejumlah 39,6 % dan yang mempersepsikan pemberian umpan balik hasil supervisi tidak sesuai sejumlah 37,5 %.
3. Responden yang mempersepsikan insentif dan sesuai sejumlah 45,8 %, yang mempersepsikan kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah tidak sesuai sejumlah 41,7 % dan yang mempersepsikan kesempatan melanjutkan pendidikan tidak sesuai sejumlah 41,7 %.
4. Responden yang mempersepsikan ketersediaan alat imunisasi tidak sesuai sejumlah 2,1 % dan yang mempersepsikan ketersediaan transportasi tidak sesuai sejumlah 39,6 %.
5. Puskesmas yang cakupannya pada tahun 2004 tidak sesuai target sebanyak 54,2 % dan 45,8 % sesuai target.
6. Faktor yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang adalah kejelasan pengarahannya tugas petugas dalam pelaksanaan imunisasi (nilai $p < 0,05$), keterlibatan pimpinan dalam rapat

staf Puskesmas (nilai $p < 0,05$), tanggapan pimpinan terhadap kesulitan petugas dalam pelaksanaan imunisasi (nilai $p < 0,05$), kesesuaian kemampuan supervisor dengan kegiatan imunisasi (nilai $p < 0,05$), pemberian masukan oleh supervisor pada saat supervisi (nilai $p < 0,05$), pemberian umpan balik hasil supervisi (nilai $p < 0,05$), insentif (nilai $p < 0,05$), kesempatan mengikuti kegiatan ilmiah (nilai $p < 0,05$), kesempatan melanjutkan pendidikan (nilai $p < 0,05$), ketersediaan alat untuk imunisasi (nilai $p < 0,05$) dan ketersediaan transportasi (nilai $p < 0,05$).

7. Petugas pelaksana imunisasi Puskesmas yang mempersepsikan ketersediaan alat imunisasi tidak sesuai di prediksi 13 kali besaran untuk terjadinya cakupan imunisasi kurang dari target dibandingkan dengan petugas pelaksana imunisasi Puskesmas yang mempersepsikan ketersediaan alat imunisasi sesuai.
8. Petugas pelaksana yang mempersepsikan kesempatan melanjutkan pendidikan di prediksi 7 kali besaran untuk terjadinya cakupan imunisasi kurang dari target dibandingkan dengan petugas pelaksana imunisasi Puskesmas yang mempersepsikan kesempatan melanjutkan pendidikan sesuai dan kurang sesuai.

B. Saran

1. Agar pengarahan tugas yang disampaikan Kepala Puskesmas kepada petugas pelaksana imunisasi jelas, perlu :
 - a. Pimpinan menjelaskan tugas kepada petugas pelaksana imunisasi pada pertemuan / rapat di puskesmas.
 - b. Penyampaian pengarahan dapat dilakukan secara informal.

- c. Pembuatan *standard operating Procedur* (SOP) tata laksana imunisasi di dalam dan di luar gedung puskesmas.
 - d. Pembuatan Job aid tata laksana imunisasi yang diletakkan di meja petugas imunisasi atau dinding tempat kerja petugas imunisasi.
2. Agar pimpinan selalu hadir pada saat diadakan rapat di puskesmas maka perlu adanya :
 - a. Penyusunan jadwal rapat rutin / bulanan
 - b. Kesepakatan waktu antara pimpinan dan staf tentang pelaksanaan rapat.
 3. Agar pimpinan memiliki kemampuan melaksanakan supervisi pelaksanaan imunisasi, perlu adanya :
 - a. Pelatihan Kepala Puskesmas dengan materi tata laksana imunisasi di puskesmas.
 - b. Pelatihan Kepala Puskesmas dengan materi *Problem Solving Analisis*.
 4. Agar pimpinan mampu memberikan masukan hasil supervisi perlu adanya :
 - a. Pelaksanaan supervisi secara berkala
 - b. Supervisi menggunakan *check list* supervisi
 - c. Pimpinan memberikan umpan balik hasil supervisi secara langsung maupun melalui rapat puskesmas.
 5. Agar pemberian insentif dapat memuaskan seluruh staf perlu adanya :
 - a. Insentif yang diterima dihitung berdasarkan kinerja staf (indek point) bukan berdasarkan jabatan.
 - b. Insentif tidak saja diberikan dalam bentuk finansial tetapi juga dalam bentuk non finansial.

6. Agar petugas pelaksana imunisasi dapat mengikuti kegiatan ilmiah, perlu adanya :
 - a. Merencanakan anggaran untuk mengikuti kegiatan ilmiah (misalnya : seminar, lokakarya, maupun pelatihan) kepada petugas pelaksana imunisasi.
 - b. Setiap staf yang mengikuti kegiatan ilmiah, diwajibkan untuk mensosialisasikan hasil mengikuti kegiatan ilmiah ke seluruh staf puskesmas yang tidak ikut kegiatan ilmiah baik melalui rapat puskesmas maupun secara informal.
 - c. Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten untuk merencanakan pelatihan-pelatihan bagi petugas imunisasi puskesmas guna dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya tentang imunisasi sehingga dapat menunjang keberhasilan pekerjaannya.
7. Agar kebutuhan sarana-prasarana imunisasi di puskesmas terpenuhi perlu adanya perencanaan pengadaan alat imunisasi maupun blangko pencatatan laporan sesuai jumlah dan kualitas yang dibutuhkan serta sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan.
8. Agar kebutuhan transportasi terpenuhi, perlu adanya perencanaan pengadaan alat transportasi bagi petugas puskesmas yang memadai sesuai dengan kebijakan Pemerintah Kabupaten Batang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan , *Pedoman teknis Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*, Jakarta, 1999.
2. Departemen Kesehatan, *Upaya Akselerasi Penurunan Angka Kematian Ibu*, Jakarta, 1999.
3. Departemen Kesehatan , *Petunjuk Pelaksanaan Program Imunisasi di Indonesia*, Jakarta, 2000.
4. Gani, A, *Reformasi Pembangunan Kesehatan*, Kuliah Umum Kesehatan Program Magister IKM Undip, Semarang, 2001.
5. Departemen Kesehatan RI, *Pencapaian 9 Sasaran Kesejahteraan Anak*, Ditjen Binkesmas, Jakarta, 1993.
6. Departemen Kesehatan, *Pedoman Operasional Pelayanan Imunisasi*, Jakarta, 2000.
7. Departemen Kesehatan, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta, 1999.
8. Azwar, A, *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Yayasan Penerbit IDI, Jakarta, 1994.
9. Kantor Statistik, *Kabupaten Batang Dalam Angka Tahun 2000*, Batang, 2001.
10. Dinas Kesehatan dan Kessos, *Profil Kesehatan Kabupaten Batang Tahun 2000*, Batang, 2001.
11. Ilyas, Y., *Kinerja : Teori, Penilaian dan Penelitian*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Jakarta, 2001.
12. Gibson, J.L, Ivancevic, J.M, dan Donnely Jh, J, *Organisasi : Perilaku, Struktur, Proses*, Jilid I, Erlangga, Jakarta, 1992.
13. Rachdyatmaka, Josef Rinta, *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja bidan di desa dalam pelayanan antenatal di Kabupaten Merauke*, Thesis Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta, 1990.
14. Krisnugroho, M, *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja Perawat Pegawai Daerah di Puskesmas Kabupaten Kudus*, Tesis Program Pasca Sarjana MIKM UNDIP, Semarang, 2005.
15. Berry, L. M and Houston, J.P, *Psychology at work*, Win.. C, Brown Communication, Inc, Ox ford, England, 1993.
16. Gomes, F.C, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Andi Offset, Yogyakarta, 1995.

17. Bambang, K, *Meningkatkan Produktivitas Karyawan*, Edisi IV, Pustaka Binaman Presindo, Jakarta, 1993.
18. Soeprihanto, J., *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan*, BPFE, Yogyakarta, 2000.
19. Cushway, B, *Human Resource Management*, PT Elex Media Komputindo, Jakarta, 1996.
20. Stewart, DM, *Seri Pedoman Manajemen : Ketrampilan Manajemen*, PT Elex Media Komputindo, Jakarta, 1993.
21. Handoko, T.H, *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*, Edisi II, BPFE, Yogyakarta, 1995.
22. Bernardin, John, and Joyce E, A Russel, *Human Resource Management, Second Edition*, Mc – Graw Hill, Book Co, Singapura, 1998.
23. Singer, MG, *Human Resource Management*, PWS – KENT, Publishing Company, Boston, 1990.
24. Timpe, AD, *Seri Manajemen Sumber Daya Manusia, Kinerja*, PT. Elex Media Komputindo, Jakarta, 1999.
25. As'ad, M, *Psikologi Industri*, edisi Keempat, Liberty, Yogyakarta, 1987.
26. Muchlas, M, *Perilaku Organisasi*, Jilid II, PT Karipta, Yogyakarta, 1996.
27. Dunham, R.B, *Organizational Behavior*, Richad D Irwin Inc Homewood, Illinois, 1984.
28. Maibach, E and Holtgrave, DR, *Advances in Public Health Comunication*, Annv, Rev, Public Health, 16 : 219. 1995,
29. Robbins, SP, *Perilaku Organisasi*, Jilid II, PT Prenhallindo, Jakarta. 1996,
30. Siagian, SP, *Teori Motivasi dan Aplikasinya*, PT Rineka Cipta, Jakarta, 1995,
31. Timpe, *Memotivasi Pegawai*, PT Gramedia Asri Media, Jakarta, 1991,
32. Thoha Miftah, *Kepemimpinan Dalam Manajemen*, Raja Grafindo Persada, Jakarta. 1983,
33. Martoyo, S, *Pengetahuan Dasar Manajemen dan Kepemimpinan*, BPFE, Yogyakarta. 1988,
34. Flahault, D; Piot, M dan Franklin, A, *The Supervision of Health Personnel at District Level*, WHO, Geneva. 1988,
35. Koontz, H and O Donnel, C, *Principle of Management an analysis of Managerial Function*, Fithth edition, M C Graw Hill, Kogakusha, ltd, Tokyo International book Company, Intemational Student Edition. 1984,

36. Terry, R.G., *Principle of Management*, Richard, D, Irwin Inc, Homewood, Illinois. 1972,
37. Marbaniati, *Analisis supervisi terhadap bidan di desa dalam hal pemberian imunisasi TT2 pada ibu hamil di Kabupaten Dati II Banjarnegara tahun 1996*, Thesis Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta. 1998,
38. Azwar, A, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Bina Aksara, Jakarta. 1996,
39. Jacobson, ML, Labbok, MH, Murage, AM, Parker, RL, *Individual and Group Supervision of Community Health Worker in Kenya A Comprision, The Journal of Health Administration Education*, 54 : 83 – 94. 1987,
40. Loevinsohn, BP, Guerro, ET, Gregorio, SP, *Improving Primary Health Care Trough Sistematic Supervition, A Controled Field Administration Education*, vol 10:2, 1995
41. Moekijat, *Manajemen Kepegawaian*, Mandar Madju, Bandung. 1989,
42. Steers, RM, , *Efektifitas Organisasi*, Erlangga, Jakarta. 1985
43. Nasution, *Metode Research (Penelitian Ilmiah)*. PT. Bumi Aksara, Jakarta, 2000,
44. Notoatmodjo S, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Prilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta. 1993,
45. Azwar Syarifudin, *Reliabilitas dan Validitas*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta. 2000,
46. Singarimbun, M, Effendi, S, *Metode Penelitian Survey*, LP3ES, Jakarta. 1989,
47. Arikunto, Suharsini, *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi Revisi III, Rineka Cipta, Yogyakarta. 1993,
48. Arikunto, Suharsini, *Manajemen Penelitian*, PT Rineka Cipta, Yogyakarta. 2000,
49. Umar, Husein, *Riset Sumber Daya Manusia*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta. 2001
50. Ghozali , I., *Aplikasi Analisis Multivariat Dengan Program SPSS*,. Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang, 2001
51. Santoso, Singgih, *SPSS Mengolah Data Statistik Secara Profesional versi 7,5*, Elex Media Komputindo, Jakarta. 2000,
52. Santoso, Singgih, *SPSS Mengolah Data Statistik Secara Profesional versi 10,0*, Elex Media Komputindo, Jakarta. 2001,

53. Sudrajat, S.W., *Statistika Nonparametrik, Suatu Tafsiran dari Nonparametric Statistic for Behavioral Sciences*, Amrico, Bandung, 1987.
54. Bisma Murti, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi.*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 1997.
55. Junadi, Purnawan, *Pengantar Analisa Data*, PT Rineka Cipta, Yogyakarta. 1995,
56. Rochmadi, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja dan penyusunan rekomendasi Peningkatan Kinerja Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas di Kabupaten Wonosobo*, Tesis Program Pasca Sarjana MIKM UNDIP, Semarang. 2003,