

**ANALISIS KARAKTERISTIK INDIVIDU DAN FAKTOR
INTRINSIK YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA
BIDAN PELAKSANA POLIKLINIK KESEHATAN DESA
DALAM PELAYANAN KESEHATAN DASAR
DI KABUPATEN KENDAL TAHUN 2007**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak

Oleh :
Endang Surani
NIM : E4A0005014

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2008

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

“ ANALISIS KARAKTERISTIK INDIVIDU DAN FAKTOR INSTRINSIK YANG
BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA BIDAN DESA PELAKSANA
POLIKLINIK KESEHATAN DESA DALAM PELAYANAN KESEHATAN
DASAR DI KABUPATEN KENDAL TAHUN 2007”

Dipersiapkan dan disusun oleh :

NAMA : ENDANG SURANI

NIM : E4A005014

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 11 Maret 2008

Dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

dr. Bagoes Widjanarko, M.PH,M.A
NIP. 131 962 236

Penguji

Lucia Ratna K. W,S.H, M.Kes
NIP. 132 084 300

Penguji

Drg. Retno Budiastuti, M.Kes
NIP. 140 149 831

Drg. Henry Setyawan S, M.Sc
NIP. 131 844 806

Semarang, 11 Maret 2008

Universitas Diponegoro

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ketua Program

Dr. Sudiro, MPH.,DR.PH
NIP. 131 252 965

PERNYATAAN

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

NAMA : ENDANG SURANI

NIM : E4A005014

Menyatakan bahwa tesis dengan judul : “ ANALISIS KARAKTERISTIK INDIVIDU DAN FAKTOR INSTRINSIK YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA BIDAN DESA PELAKSANA POLIKLINIK KESEHATAN DESA DALAM PELAYANAN KESEHATAN DASAR DI KABUPATEN KENDAL TAHUN 2007” merupakan :

1. Hasil Karya yang telah dipersiapkan dan disusun sendiri.
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada Program Magister ini ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang, Februari 2008

Penyusun

ENDANG SURANI

NIM E4A 0005014

RIWAYAT HIDUP

Nama : ENDANG SURANI
Tempat / Tanggal Lahir : Karanganyar, 4 Januari 1976
Alamat Rumah : Kertomulyo RT 02 / RW I Brangsong, Kendal
Pekerjaan : Dosen
Instansi : Prodi D III Kebidanan FIK Unissula Semarang
Alamat instansi : Jln. Raya Kaligawe KM 4 Semarang
Status : Menikah
Nama Suami : Edy Siswanto

Riwayat Pendidikan :

1. Sekolah Dasar Negeri I Jumapolo, Kec. Jumapolo, Kab. Karanganyar
Lulus tahun 1987
2. Sekolah Menengah Pertama Negeri I Jumapolo, Kec. Jumapolo, Kab. Karanganyar
Lulus tahun 1990
3. Sekolah Perawat Kesehatan Negeri Surakarta
Lulus tahun 1993
4. Program Pendidikan Bidan A SPK Negeri Surakarta
Lulus tahun 1994
5. Akademi Kebidanan Pemda Kendal
Lulus tahun 2003
6. Program D IV Bidan Pendidik, Stikes Ngudi Waluyo Ungaran Semarang
Lulus tahun 2004

Riwayat Pekerjaan :

1. Tahun 1994 s/d 2003 : Bidan Desa Kertomulyo, Kec. Brangsong, Kabupaten Kendal
2. Tahun 2003 s/d sekarang : Dosen di Prodi DIII Kebidanan FIK Unissula Semarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah, akhirnya tesis dengan judul “Analisis Karakteristik Individu dan Faktor Instrinsik yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana Poliklinik Kesehatan Desa dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal tahun 2007” mampu terselesaikan.

Penulisan tesis ini terselesaikan berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terimakasih kepada :

1. Dr Sudiro MPH., Dr. PH selaku ketua program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang, yang telah memberi kesempatan peneliti melakukan penelitian dan penyusunan tesis ini.
2. dr. Bagoes Widjanarko, M.PH, M.A selaku pembimbing I, yang telah mengarahkan dan memberikan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
3. Lucia Ratna Kartika Wulan, S.H.,M.Kes, selaku pembimbing II, yang telah mengarahkan dan memberikan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
4. drg. Retno Budiastuti, M.Kes, selaku penguji proposal tesis dan tesis atas masukannya.
5. drg. Henry Setyawan selaku penguji proposal tesis dan tesis atas masukan dan saran guna perbaikan tesis ini.
6. Dr. dr. H.M. Rofiq Anwar, Sp. PA, selaku Rektor Unissula Semarang, atas kesempatan yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan ini.

7. Edy Siswanto, S.Pd, suamiku yang tercinta atas motivasi, kasih sayang dan segalanya, yang selalu memberi dukungan dan motivasi dalam segala hal.
8. Ibuku, yang selalu memberikan sayang dan doa untukku.
9. Bapakku, yang telah wafat, semoga bahagia disana.
10. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari tesis ini banyak terdapat kekurangannya, saran dan masukan sangat penulis harapkan guna perbaikan tesis ini.

Semarang, Februari 2008

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GRAFIK.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
ABSTRAK.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
BAB PENDAHULUAN	
I A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	10
C. Tujuan Penelitian.....	11
D. Manfaat Penelitian.....	12
E. Keaslian Penelitian.....	13
F. Ruang Lingkup.....	16
TINJAUAN PUSTAKA	
BAB A. Kinerja.....	17
II B. Kebijakan Poliklinik Kesehatan Desa.....	53
C. Kinerja Bidan Desa Pelaksana Poliklinik Kesehatan Desa..	62
D. Kerangka Teori.....	65

METODE PENELITIAN

	A. Variabel Penelitian.....	66
BAB	B. Hipotesis Penelitian.....	66
III	C. Kerangka Konsep Penelitian.....	67
	D. Rancangan Penelitian.....	68
	1. Jenis Penelitian.....	68
	2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data.....	68
	3. Metode Pengumpulan Data.....	68
	4. Populasi Penelitian.....	69
	5. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian.....	69
	6. Definisi Operasional Variabel Penelitian	71
	7. Instrumen Penelitian dan Cara Pengukuran.....	83
	8. Teknik Pengolahan dan Analisa Data.....	87

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

	A. Keterbatasan Penelitian.....	92
	B. Gambaran Umum.....	93
BAB	C. Gambaran Khusus Responden.....	94
IV	1. Univariat.....	94
	a. Umur Responden.	94
	b. Pendidikan Responden.....	96
	c. Masa Kerja Responden.....	97
	d. Status Perkawinan Responden.....	97
	e. Status Kepegawaian Responden.....	98

f. Pengalaman Responden.....	99
g. Motivasi Responden.....	101
h. Persepsi Terhadap Kepemimpinan Responden	103
i. Persepsi Terhadap Kompensasi Responden.....	105
j. Persepsi Terhadap Beban Kerja Responden.....	107
k. Persepsi Terhadap Supervisi.....	110
l. Pelatihan.....	113
m. Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar	115
2. Bivariat dan Hasil FGD.....	119
3. Ringkasan Hasil Analisis Statistik Hubungan Antara Variabel Bebas dengan Variabel Terikat.....	141
KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	143
B. Saran.....	145
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

BAB

V

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Cakupan PWS KIA & AKI Kabupaten Kendal Tahun 2004 s/d 2006	6
Tabel 1.2. Data Cakupan PWS KIA Bidan Di Desa dan Bidan Desa Pelaksana PKD Tahun 2005 dan 2006	6
Tabel 1.3. Hasil Wawancara Mendalam dalam Studi Pendahuluan dengan Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007	9
Tabel 1.4. Keaslian Penelitian	13
Tabel 3.1. Hasil Uji Validitas Kuesioner Penelitian	86
Tabel 3.2. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Penelitian	87
Tabel 4.1. Distribusi Tenaga Kesehatan menurut Tingkat Pendidikan di sarana Kesehatan Kabupaten Kendal tahun 2006	95
Tabel 4.2. Jumlah Tenaga Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal	95
Tabel 4.3. Distribusi Jawaban Responden Atas Pernyataan Variabel Pengalaman di Kabupaten Kendal Tahun 2007	100
Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengalaman Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007	102
Tabel 4.5. Distribusi Jawaban Responden Atas Pernyataan Variabel Motivasi di Kabupaten Kendal Tahun 2007	103
Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Motivasi Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007	104
Tabel 4.7. Distribusi Jawaban Responden Atas Pernyataan Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan di Kabupaten Kendal Tahun 2007	105
Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Kepemimpinan di Kabupaten Kendal Tahun 2007	106
Tabel 4.9. Distribusi Jawaban Responden Atas Pernyataan Variabel Persepsi Terhadap Kompensasi di Kabupaten Kendal Tahun 2007	107
Tabel 4.10. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Kompensasi di Kabupaten Kendal Tahun 2007	108
Tabel 4.11. Distribusi Jawaban Responden Atas Pernyataan Variabel Persepsi Terhadap Beban Kerja di Kabupaten Kendal Tahun 2007	109
Tabel 4.12. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Beban Kerja di Kabupaten Kendal Tahun 2007	112
Tabel 4.13. Distribusi Jawaban Responden Atas Pernyataan	113

	Variabel Persepsi Terhadap Supervisi di Kabupaten Kendal Tahun 2007	
Tabel 4.14.	Distribusi Frekuensi Responden yang Pernah Mengikuti Pelatihan yang Berhubungan dengan tugasnya di Kabupaten Kendal Tahun 2007	116
Tabel 4.15.	Data Responden Atas Pernyataan Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan di Kabupaten Kendal Tahun 2007	116
Tabel 4.16.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pelatihan yang Pernah Dikuti di Kabupaten Kendal Tahun 2007	117
Tabel 4.17.	Distribusi Jawaban Responden Atas Pernyataan Variabel Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	118
Tabel 4.18.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	122
Tabel 4.19.	Tabel Silang Variabel Umur dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	123
Tabel 4.20.	Tabel Silang Variabel Pendidikan dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	124
Tabel 4.21.	Tabel Silang Variabel Masa Kerja dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	126
Tabel 4.22.	Tabel Silang Variabel Status Perkawinan dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	128
Tabel 4.23.	Tabel Silang Variabel Status Kepegawaian dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	129
Tabel 4.24.	Tabel Silang Variabel Pengalaman dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	130
Tabel 4.25.	Tabel Silang Variabel Motivasi dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	132
Tabel 4.26.	Tabel Silang Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	133
Tabel 4.27.	Tabel Silang Variabel Persepsi Terhadap Kompensasi dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	135
Tabel 4.28.	Tabel Silang Variabel Persepsi Terhadap Beban Kerja dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	137
Tabel 4.29.	Tabel Silang Variabel Persepsi Terhadap Supervisi dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	138
Tabel 4.30.	Tabel Silang Variabel Pelatihan dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007	139

Tabel 4.31.	Ringkasan Hasil Analisis Statistik Hubungan Variabel Bebas dengan Variabel Terikat Menggunakan Uji Chi Square dengan Tingkat Kesalahan (α) Sebesar 5%	141
Tabel 4.32.	Karakteristik Informan FGD Menurut Pendidikan, Umur, Masa Kerja dan Domisili	142
Tabel 4.33.	Hasil FGD tentang Pengalaman di Kabupaten Kendal Tahun 2007	143
Tabel 4.34.	Hasil FGD tentang Motivasi di Kabupaten Kendal Tahun 2007	144
Tabel 4.35.	Hasil FGD tentang Persepsi Terhadap Kepemimpinan di Kabupaten Kendal Tahun 2007	145
Tabel 4.36.	Hasil FGD tentang Persepsi Terhadap Kompensasi di Kabupaten Kendal Tahun 2007	147
Tabel 4.37.	Hasil FGD tentang Persepsi Terhadap Beban Kerja di Kabupaten Kendal Tahun 2007	149
Tabel 4.38.	Hasil FGD tentang Persepsi Terhadap Supervisi di Kabupaten Kendal Tahun 2007	151
Tabel 4.39.	Hasil FGD tentang Pelatihan di Kabupaten Kendal Tahun 2007	153
Tabel 4.40.	Hasil FGD tentang Kinerja Bidan desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007	154

DAFTAR GRAFIK

	Halaman
Grafik 4.1. Data Responden menurut golongan umur di Kabupaten Kendal Tahun 2007.	96
Grafik 4.2. Data Responden menurut Pendidikan terakhir di Kabupaten Kendal Tahun 2007.	97
Grafik 4.3. Data Masa Kerja Responden yang Bekerja di Kabupaten Kendal Tahun 2007.	98
Grafik 4.4. Data Responden menurut status perkawinan di Kabupaten Kendal Tahun 2007.	99
Grafik 4.5. Data Status Kepegawaian Responden di Kabupaten Kendal Tahun 2007.	99

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi.....	52
Gambar 2.2. Kerangka Teori.....	66

DAFTAR LAMPIRAN

	No Lampiran
Lampiran 1 Kuesioner Penelitian	1
Lampiran 2 Data Mentah dan Hasil Uji Statistik Penelitian	2
Lampiran 3 Pedoman Pertanyaan FGD dan Resume FGD	3
Lampiran 4 Data Mentah Uji Validitas dan Reliabilitas	4
Lampiran 5 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	5
Lampiran 6 Surat - Surat Ijin Penelitian	6

Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Administrasi Kesehatan Ibu dan Anak
Universitas Diponegoro Semarang
2008

ABSTRAK

Endang Surani

Analisis Karakteristik Individu dan Faktor Instrinsik Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Pelaksana Poliklinik Kesehatan Desa Dalam Pelayanan Kesehatan Dasar Di Kabupaten Kendal Tahun 2007
147 lembar + 102 halaman + 46 tabel + 15 gambar

PKD adalah salah satu syarat untuk dapat mencapai desa siaga dan bidan desa adalah sebagai pelaksananya. Permasalahan yang muncul adalah rendahnya kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal. Tujuan Penelitian ini adalah menguji ada tidaknya hubungan antara umur, pendidikan, masa kerja, status perkawinan, status kepegawaian, pengalaman, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan, persepsi terhadap insentif, persepsi terhadap beban kerja, persepsi terhadap supervisi dan pelatihan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar di PKD. dibandingkan dengan bidan desa biasa.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik. Metode penelitian dengan pendekatan belah lintang (*cross sectional*). Populasi dalam penelitian ini adalah bidan desa pelaksana PKD, sampel penelitian berjumlah 67 bidan desa pelaksana PKD, analisis bivariat dengan uji Chi Square dan dilanjutkan pendekatan kualitatif untuk hasil analisis statistik yang ada masalah.

Hasil analisis penelitian ditemukan mayoritas responden usia ≤ 35 tahun sebesar 63%, rata-rata berusia 33 tahun, tingkat pendidikan dalam kategori kurang sesuai dengan standar profesi (D1 Kebidanan) sebesar 54%, masa kerja rata-rata 12 tahun, mayoritas sudah kawin 97%, dan berstatus PNS sebanyak 52%, analisis bivariate menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengalaman dengan kinerja ($p=0,031$), motivasi dengan kinerja ($p=0,0001$), persepsi terhadap kepemimpinan dengan kinerja ($p=0,001$), persepsi terhadap insentif dengan kinerja ($p=0,022$), persepsi terhadap beban kerja dengan kinerja ($p=0,004$), pengalaman dengan kinerja ($p=0,027$), sedangkan yang tidak berhubungan dengan kinerja adalah umur, pendidikan, masa kerja, status perkawinan, status kepegawaian dan persepsi terhadap supervisi dengan kinerja ($p=0,943$),

Saran yang dapat direkomendasikan dalam penelitian ini untuk dinas kesehatan dan puskesmas adalah menambah sarana-prasarana, mengevaluasi pembagian pengembalian jasa, segera memberikan dana bantuan PKD, memberikan rangsangan *non financial*, menambah pelatihan-pelatihan, lebih mengoptimalkan peran lintas program dan lintas sektor. Saran

bagi bidan desa pelaksana PKD agar meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dengan mengikuti pelatihan-pelatihan/seminar dan melalui peningkatan jenjang pendidikan, agar lebih mandiri dengan pengembangan program PKD dengan pemberdayaan seperti WOD dan usaha-usaha lainnya.

Kata Kunci : kinerja bidan PKD, karakteristik individu, faktor instrinsik
Kepustakaan : 74. (1993-2007)

ABSTRACT

Endang Surani

Analysis of Individual Characteristics and Intrinsic Factors related to Midwife's Work Performance at the Village Health Policlinic in Providing Basic Health Services in District of Kendal Year 2007

A Village Health Policlinic (VHP) is one of requirements to achieve status of ready village and a midwife is as an officer in charge. Work performance of midwives in Kendal District to implement the program of village health policlinic is still low. Aim of this research was to analyze relationship among age, education, length of work, marital status, official status, experience, motivation, perception towards leadership, perception towards incentive, perception towards work burden, perception towards supervision, and training and Midwife's Work Performance at the VHP in providing Basic Health Services in comparison with other midwives.

This research used analytic method using cross sectional approach. Population was midwives who were in charge at the VHP. Number of sample was 67 persons. Quantitative data were analyzed using Chi-Square test and qualitative data were analyzed using content analysis.

The result of this research shows that most of the respondents have age less than or equal to 35 years old (63%) with the age average is 33 years old. Most of the respondents have an educational level which is not appropriate with professional standard (54%). Average of work length is 12 years and most of the respondent status is married (97%) and works as a civil servant (52%). Result of bivariat analysis shows that variables of experience ($p=0.031$), motivation ($p=0.0001$), perception towards leadership ($p=0.001$), perception towards incentive ($p=0.022$), perception towards work burden ($p=0.004$) have significant relationship with the midwife's performance. Otherwise, variables that statistically do not have significant relationship with work performance are age, education, length of work, marital status, official status, and perception towards supervision.

District Health Office and Health Centers should add number of means, evaluate sharing of incentive, immediately provide budget for the VHP, provide non financial stimulation, train the midwives, and improve role of inter-program and inter-sector. Midwives should improve their knowledge and skill by attending training/seminar and continuing study. Beside that, in order to be more independent, they should develop the program of VHP by empowering community.

Key Words : Work Performance, Midwife, Village Health Policlinic,
Individual Characteristics, Intrinsic Factor
Bibliography : 76 (1993-2007)

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang terhormat

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Endang Surani

Alamat : Kertomulyo RT 02 / RW I, Brangsong, Kendal

Adalah mahasiswa Pasca Sarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Minat Utama Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Diponegoro Semarang, akan melakukan penelitian "Analisis Karakteristik Individu Dan Faktor Instrinsik Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD Dalam Pelayanan Kesehatan Dasar Di Kabupaten Kendal Tahun 2007."

Oleh karena itu saya mohon kesediaan ibu/saudara, agar menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner. Jawaban Ibu/Saudara akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Atas bantuan dan kerjasama baik yang telah diberikan, saya ucapkan terima kasih.

Kendal, Nopember 2007

Endang Surani

Peneliti

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan setuju berpartisipasi di dalam penelitian dengan judul “Analisis Karakteristik Individu Dan Faktor Instrinsik Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD Dalam Pelayanan Kesehatan Dasar Di Kabupaten Kendal Tahun 2007” yang dilakukan oleh Endang Surani.

Tujuan dari penelitian ini untuk menambah referensi kebijakan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Masing-masing ibu akan mengisi kuesioner yang berhubungan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar selama kurang lebih 60 menit.

Saya telah diberitahu peneliti, bahwa angket ini bersifat sukarela dan hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian. Oleh karean itu dengan secara sukarela saya ikut berperan dalam penelitian ini

Kendal, Nopember 2007
Responden

(.....)

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Tingginya angka kematian, terutama kematian ibu yaitu 307/100.000 kelahiran hidup dan kematian bayi 40/1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 56/1.000 kelahiran hidup (SDKI tahun 2002-2003) menunjukkan masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini menghadapi beban ganda karena di satu sisi penyakit infeksi yang lama belum diatasi, di sisi lain Indonesia sudah dihadapkan dengan munculnya berbagai macam masalah kesehatan baru seperti penyakit AIDS, SARS, kanker, penyakit degeneratif dan lain sebagainya.¹

Serta masih adanya berbagai kesenjangan di bidang kesehatan yang ada di masyarakat diantaranya; kondisi geografis, masalah sosial ekonomi dan budaya, kurangnya informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan; mendorong pemerintah untuk lebih meningkatkan dan mendekatkan jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat,¹ salah satunya adalah dengan kebijakan Penempatan Bidan di Desa dengan Surat Edaran Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat Nomor 429/Binkesmas/DJ /III.89 tanggal 29 Maret 1989 dan Polindes sebagai upaya melengkapi sarana bagi bidan di desa dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.²

Tugas dan wewenang Bidan Desa adalah sebagai berikut :

1. Mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI)

2. Untuk meningkatkan cakupan dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas, kesehatan bayi dan anak balita serta pelayanan dan konseling pemakaian kontrasepsi serta keluarga berencana melalui upaya strategis antara lain melalui Posyandu dan Polindes.
3. Terjaringnya seluruh kasus resiko tinggi ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir untuk mendapatkan penanganan yang memadai sesuai kasus dan rujukannya.²

Polindes merupakan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang didirikan masyarakat oleh masyarakat atas dasar musyawarah, sebagai kelengkapan dari pembangunan masyarakat desa, untuk memberikan pelayanan KIA/KB serta pelayanan kesehatan lainnya sesuai dengan kemampuan bidan.³

Dalam rangka mendekatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di seluruh Indonesia, salah satu upaya yang dilakukan oleh Pemerintah akhir-akhir ini adalah mengembangkan Polindes menjadi Poliklinik Kesehatan Desa (PKD). PKD dicita-citakan sebagai pengembangan fungsi dan peran Polindes serta para bidan. PKD didirikan dengan maksud sebagai kelengkapan dari KIA/KB serta pelayanan yang lain sesuai kemampuan bidan dimana bidan sebagai lini terdepan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh tenaga profesional yang dapat membantu menyelesaikan permasalahan kesehatan terutama masalah tingginya angka kematian ibu dan bayi.⁴

Gubernur Jawa Tengah telah mencanangkan pengembangan Polindes menjadi PKD dengan Peraturan Gubernur Jawa Tengah nomor 90 tahun 2005 tentang pelaksanaan PKD Kabupaten/Kota di Propinsi Jawa Tengah,⁵ yang dilaksanakan pada tanggal 30 Desember 2003

ditandai dengan peresmian PKD Grantung, Kecamatan Karangmoncol, Purbalingga.^{5,6}

Poliklinik Kesehatan Desa adalah UKBM yang dibentuk dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Pelayanannya meliputi upaya-upaya promotif, preventif, dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela. Fungsi PKD adalah : (1) sebagai tempat untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan masyarakat, (2) sebagai tempat untuk melakukan pembinaan kader/pemberdayaan masyarakat serta forum komunikasi pembangunan kesehatan di desa, (3) sebagai tempat memberikan pelayanan kesehatan dasar termasuk kefarmasian sederhana untuk deteksi dini dan penanggulangan pertama kasus kegawatdaruratan.^{5,6,7,8}

Pelayanan kesehatan dasar sebagai tambahan pelayanan yang diberikan di PKD merupakan upaya pengembangan jaringan pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh puskesmas; artinya yaitu melaksanakan pelayanan kesehatan antara lain: kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan khususnya sanitasi dasar, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dan tidak menular, dan memberikan pengobatan sederhana dan kedaruratan sesuai pelimpahan wewenang yang diberikan.⁹

Bidan sebagai pelaksana PKD telah memenuhi tuntutan syarat kemampuan sebagai tenaga profesional dan mandiri. Pendidikan kebidanan meliputi pendidikan formal dan pendidikan non formal berupa pelatihan. Pendidikan non formal berupa pelatihan yang terkait dengan PKD adalah PPGD (pelayanan penderita gawat darurat), manajemen WOD (warung obat desa), Kapita Selektu Kebidanan, MTBS (manajemen

terpadu balita sakit), keperawatan komunitas, medis dasar, gizi, manajemen PKD, promosi kesehatan, surveilen & sanitasi dasar.¹⁰

Propinsi Jawa Tengah sampai dengan tahun 2005 telah mengembangkan 46% dari Polindes yang ada (4332 di 29 Kabupaten) dan diharapkan tahun 2008 selesai.⁹ Berdasarkan hasil evaluasi kebijakan pengembangan PKD yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah menunjukkan bahwa 48,1% PKD masih masuk dalam kategori kurang, selain itu hanya beberapa kabupaten saja yang dianggap telah berhasil mengembangkan PKD dengan baik seperti Kabupaten Karanganyar, Kabupaten Wonogiri, Kabupaten Wonosobo, Kabupaten Sragen.¹¹

Hasil wawancara dengan salah satu staf Subdin Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah mengatakan bahwa "Jika dilihat dari buku laporan pengembangan PKD tiap kabupaten kepada Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, belum semua kabupaten dapat mengembangkan PKD dengan baik seperti Kabupaten Kendal, Batang, terutama jika dilihat dari sisi partisipasi masyarakatnya, dana-sarana-prasarana dan dari pengelolaan/manajemennya."

Kabupaten Kendal terdiri dari 20 kecamatan, 27 puskesmas, 285 desa. Sampai saat ini telah mengembangkan PKD (dari 253 Polindes yang ada) sebanyak 143 buah (56,52%); 37 buah pada tahun 2004, 36 buah pada tahun 2005, 30 buah pada tahun 2006 dan tahun 2007 mendapat bantuan sebanyak 40 buah.¹⁰

Dengan adanya PKD ini diharapkan akan lebih menekan AKI dan AKB serta meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan karena peralatan dan pelayanan kesehatan di PKD lebih lengkap dibanding Polindes,

pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan di PKD (bidan desa) juga lebih baik karena sudah mendapatkan pelatihan-pelatihan.¹²

Pengembangan Desa Siaga dan Poliklinik Kesehatan Desa telah ditetapkan dengan Kepmenkes No. 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga.¹³ Dalam Desa Siaga mensyaratkan bahwa sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah PKD. PKD merupakan wujud peran serta masyarakat sebagai upaya untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi dewasa ini. Masalah utama aksesibilitas penduduk miskin di pedesaan untuk berobat ke puskesmas (pembantu) adalah keterbatasan sarana dan mahalny biaya transportasi yang harus dibayar. Untuk itu, pelayanan kesehatan dasar perlu didekatkan kepada masyarakat desa agar biaya transportasi tersebut bisa ditekan serendah mungkin dengan mendayagunakan tenaga kesehatan di desa (seperti bidan) untuk memberi pelayanan dasar kesehatan selain tugas utama mengelola pelayanan KIA KB.¹²

Produktifitas bidan desa baik sebagai pelaksana PKD maupun yang bukan pelaksana PKD dalam hal output dapat dilihat dari hasil cakupan PWS KIA, berdasarkan arsip laporan PWS KIA bidan desa Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal tahun 2004 sampai dengan tahun 2006 hasil PWS KIA sekaligus AKI-nya sebagai berikut :

Tabel 1.1 Cakupan PWS KIA & AKI Kabupaten Kendal
Tahun 2004 s/d 2006

No	Cakupan	2004	2005	2006	Target
1	K1	88.4 %	94.69 %	91.9 %	95 %
2	K4	80.2 %	85.21 %	84.8 %	90 %
3	Persalinan Nakes	76.2 %	87.97 %	82.3 %	90 %
4	Kunjungan Neonatus	78.8%	94.6 %	96.7 %	90 %
5	Deteksi Resti TK	8.2 %	8.42 %	9.3 %	20 %
6	Deteksi Resti Masyarakat	5.5 %	3.22 %	8.8 %	20 %
7	AKI	72.15/100.000	46/100.000	79.31/100.000	125/100.000

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Kendal Tahun 2005, 2006

Tabel 1.1 diatas memperlihatkan bahwa cakupan PWS KIA di Kabupaten Kendal tahun 2005 mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun sebelumnya, tetapi terjadi penurunan di tahun 2006 dimana cakupan tersebut masih dibawah target nasional, sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) relatif meningkat, jika hal ini tidak segera mendapatkan penanganan yang serius dikhawatirkan angka kematian tersebut akan meningkat terus jumlahnya dan kesulitan mencapai target tersebut.

Tabel 1.2 Data Cakupan PWS KIA Bidan di desa dan Bidan Desa Pelaksana PKD Tahun 2005 dan 2006

No	Cakupan	2005		2006		Target 2010
		PKD (%)	Non (%)	PKD (%)	Non (%)	
1	K1	84.75	84.36	89,28	81,57	95
2	K4	66.09	80.51	68,73	81,80	90
3	Persalinan Nakes	71.04	90.27	74,72	91,90	90
4	Kunjungan Neonatus	81.53	95.69	83,52	97,32	90
5	Deteksi Resti TK	12.41	11.59	10,86	12,36	20
6	Deteksi Resti Masyarakat	4.74	4.28	5,11	3,96	20

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal (data telah diolah)

Data pada tabel 1.2 memperlihatkan bahwa kinerja bidan pelaksana PKD dilihat dari cakupan PWS KIA-nya tampak lebih rendah dibandingkan dengan cakupan PWS KIA pada kriteria bukan pelaksana

PKD. Hal ini menunjukkan bahwa telah terjadi penurunan tingkat kinerja bidang sebagai pelaksana program KIA.

Kinerja adalah hasil atau tingkat keberhasilan seseorang secara keseluruhan selama periode tertentu di dalam melaksanakan tugas dibandingkan dengan berbagai kemungkinan, seperti standar hasil kerja, target, sasaran/kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama.¹⁴ Kinerja merupakan suatu konstruksi multidimensi yang mencakup banyak faktor yang mempengaruhinya. Faktor-faktor tersebut terdiri atas faktor intrinsik karyawan/personal/individu atau SDM (sumber daya manusia) dan ekstrinsik, yaitu kepemimpinan, sistem, tim, dan situasional.¹⁵ Menurut Timple terdapat dua kategori dasar atribusi yang bersifat internal atau disposisional dan yang bersifat eksternal atau situasional yang dapat mempengaruhi kinerja.¹⁶

Faktor Internal (disposisional) yaitu faktor yang dihubungkan dengan sifat-sifat seseorang, misalnya kinerja seseorang baik disebabkan karena kemampuan tinggi dan seseorang itu tipe pekerja keras, sedangkan seseorang mempunyai kinerja jelek disebabkan orang tersebut mempunyai kemampuan rendah dan orang tersebut tidak berusaha untuk memperbaiki kemampuannya.¹⁶

Faktor Eksternal (situasional) yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang yang berasal dari lingkungan, seperti perilaku, sikap dan tindakan-tindakan rekan kerja, bawahan atau pimpinan, fasilitas kerja dan iklim organisasi. Faktor internal dan faktor eksternal ini merupakan jenis-jenis atribusi yang mempengaruhi kinerja seseorang. Jenis-jenis atribusi yang dibuat para karyawan memiliki sejumlah akibat psikologis dan berdasarkan kepada tindakan.¹⁶

Gibson menjelaskan ada tiga faktor yang berpengaruh terhadap kinerja personal, yang dikelompokkan dalam tiga variabel yaitu variabel individu, psikologi dan variabel organisasi. Variabel individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan (fisik & mental, latar belakang keluarga (tingkat sosial & pengalaman), demografi (umur, etnis, jenis kelamin), variabel organisasi terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan, variabel psikologi terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang selanjutnya berefek kepada kinerja personal.¹⁷

Untuk memperkuat dugaan mengenai belum optimalnya kinerja bidan desa pelaksana PKD maka dilakukan studi pendahuluan dengan wawancara mendalam pada tanggal 18-20 Juli 2007 untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja (bidan pelaksana PKD) menurut teori kinerja dari Mangkuprawira & Vitayala H yang terdiri dari faktor intrinsik (pendidikan, pengalaman, motivasi, kesehatan, usia, ketrampilan emosi, spiritual), dan faktor Ekstrinsik (lingkungan kerja fisik dan non fisik, kepemimpinan, komunikasi vertikal dan horizontal, kompensasi, kontrol berupa penyeliaan, fasilitas, pelatihan, beban kerja, proses kerja, sistem imbalan, dan hukuman.)¹⁵ terhadap 15 bidan desa pelaksana PKD di 4 lokasi kecamatan yang diambil secara acak yang terletak di daerah pegunungan, pesisir, perkotaan, pedesaan wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal menunjukkan hasil sebagai berikut:

Tabel 1.3 Hasil Wawancara Mendalam Dalam Studi Pendahuluan Dengan Bidan Desa Pelaksana PKD Di Kabupeten Kendal Tahun 2007

No	Variabel	Hasil
1	Pengalaman	Kemampuan dan pengalaman sebagai bidan desa pelaksana PKD masih belum maksimal karena dasar kompetensi belum didapat saat mengikuti pendidikan D1/D3 bidan, meskipun telah ada pelatihan-pelatihan terkait dengan PKD termasuk upaya pelayanan kesehatan dasar, manajemen dan lain-lain.
2	Motivasi	Keinginan/dorongan menjadi bidan pelaksana PKD sebagian besar kurang karena merasa hanya akan menambahi beban kerja mereka, pekerjaan sebagai pelaksana PKD dilaksanakan begitu saja tanpa ada keinginan untuk lebih maju dan memberikan kinerja yang lebih baik.
3	Kepemimpinan	Kepemimpinan kepala puskesmas; bahwa bimbingan dan pengawasan terhadap pelaksanaan PKD dirasa masih kurang, hal ini dapat menyebabkan lemahnya semangat kerja dan lebih lanjut berakibat pada rendahnya kinerja pegawai
4	Kompensasi	Sebagian besar bidan pelaksana PKD merasa beban kerjanya meningkat tetapi kompensasinya tidak sesuai atau bahkan tidak ada sama sekali
5	Beban kerja	Beban kerja bertambah yaitu adanya tambahan pekerjaan dalam upaya pelayanan kesehatan dasar, pemberdayaan masyarakat, kegiatan administrasi dan kegiatan lain, dapat menurunkan kinerja
6	Penyeliaan	Untuk meningkatkan kinerja petugas di PKD dibutuhkan peran kepala puskesmas selaku pimpinan dengan cara melakukan penyeliaan/ supervisi, pemberdayaan dan pengawasannya, namun kenyataannya pimpinan jarang melakukan penyeliaan/supervisi
7	Pelatihan	Sebagian kecil saja bidan desa pelaksana PKD yang pernah mengikuti pelatihan-pelatihan yang menjadi standar kompetensi seorang pelaksana PKD

Kondisi tersebut diatas memerlukan usaha-usaha untuk meningkatkan kinerja bidan desa pelaksana PKD dengan terlebih dahulu meneliti faktor-faktor intrinsik dan karakteristik individu apa sajakah yang berhubungan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Kendal.

B. PERUMUSAN MASALAH

Sejak dicanangkannya PKD tahun 2003, Kabupaten Kendal telah mengembangkan PKD sebanyak 143 buah (56,52%) dari 253 Polindes sampai dengan tahun 2007. Dengan adanya PKD ini diharapkan akan lebih menekan AKI dan AKB serta meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan karena peralatan dan pelayanan kesehatan di PKD lebih lengkap dibanding Polindes, pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan di PKD (bidan desa) juga lebih baik karena sudah mendapatkan pelatihan-pelatihan. Tetapi kenyataannya dari tahun 2006 terjadi peningkatan AKI sebesar 41,99% dari AKI tahun 2005 yaitu dari 46/100.000 naik menjadi 79,31/100.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan studi pendahuluan di beberapa puskesmas di Kabupaten Kendal didapatkan cakupan PWS KIA bidan pelaksana PKD dan bukan pelaksana PKD, hasilnya rata-rata lebih tinggi cakupannya pada bidan bukan pelaksana PKD.

Atas dasar hal tersebut, permasalahan yang diambil dalam penelitian ini adalah "Karakteristik individu dan faktor intrinsik apa sajakah yang berhubungan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Kendal?"

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui karakteristik individu dan faktor intrinsik yang berhubungan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Kendal.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran variabel umur, pendidikan, masa kerja, status perkawinan, status kepegawaian, pengalaman, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan, persepsi terhadap kompensasi/imbalan, persepsi terhadap beban kerja, persepsi terhadap penyeliaan/supervisi, pelatihan dan gambaran variabel kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.
- b. Menganalisis hubungan variabel umur bidan pelaksana PKD dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.
- c. Menganalisis hubungan variabel pendidikan bidan pelaksana PKD dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.
- d. Menganalisis hubungan variabel masa kerja bidan pelaksana PKD dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.
- e. Menganalisis hubungan variabel status perkawinan bidan pelaksana PKD dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.
- f. Menganalisis hubungan variabel status kepegawaian bidan pelaksana PKD dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.
- g. Menganalisis hubungan variabel pengalaman bidan pelaksana PKD dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.
- h. Menganalisis hubungan variabel motivasi bidan pelaksana PKD dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.

- i. Menganalisis hubungan variabel persepsi terhadap kepemimpinan dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.
- j. Menganalisis hubungan variabel persepsi terhadap kompensasi/insentif dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.
- k. Menganalisis hubungan variabel persepsi terhadap beban kerja dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.
- l. Menganalisis hubungan variabel persepsi terhadap supervisi dengan kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.
- m. Menganalisis hubungan variabel pelatihan terhadap kinerja bidan PKD di Kabupaten Kendal.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial

Sebagai masukan yang dapat dimanfaatkan untuk mengambil langkah-langkah yang strategis dalam mengembangkan PKD ataupun dalam pemberian pengarahan dan bimbingan serta evaluasi terhadap bidan desa pelaksana PKD terkait dengan upaya peningkatan kinerja dalam pelayanan kesehatan di PKD.

2. Bagi Bidan

Sebagai gambaran untuk memberikan masukan penting tentang karakteristik individu dan faktor intrinsik yang berhubungan dengan kinerja bidan pelaksana PKD.

3. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan, pengalaman dan pemahaman tentang penelitian khususnya yang terkait dengan kinerja bidan pelaksana PKD.

4. Bagi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) UNDIP Semarang
Diharapkan dapat menambah referensi dan masukan bagi penelitian selanjutnya terkait sumber daya manusia khususnya tenaga bidan desa.

E. KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.4 Keaslian Penelitian

No	Judul	Penulis	Variabel yang diteliti	Aplikasi statistis	Hasil	Perbedaan dengan peneliti
1	Analisa faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal di Kabupaten Kudus	Suparjo, 2003	Pengaruh antara umur, masa kerja, motivasi, persepsi, insentif dengan kinerja bidan desa dalam pelayanan antenatal di kodus	Studi kuantitaif dan kualitatif (Multivariat)	Ada pengaruh antara masa kerja, motivasi, kepemimpinan, insentif dan persepsi terhadap kinerja	<ul style="list-style-type: none"> - Variabel terikatnya: kinerja dalam pelayanan antenatal - Uji statistik sampai dengan pengaruh - Lokasinya di Kabupaten Kudus - Sampel adalah Bidan PTT
2	Analisis Faktor- faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan antenatal di Kabupaten Pati	Masnu chaddin Syah, 1998	Hubungan antara umur, masa kerja, jenis kepegawaian status perkawinan, pendapatan, beban kerja, Motivasi, gaya kepemimpinan, rekan kerja	Studi kuantitaif (Bivariat)	Ada hubungan antara umur, masa kerja, jenis kepegawaian, status marital, motivasi, gaya kepemimpinan, pendapatan, beban kerja, sefektivitas penyeliaan dan rekan kerja dengan kinerja	<ul style="list-style-type: none"> - Variabel terikatnya: kinerja dalam pelayanan antenatal - Variabel bebasnya : motivasi, gaya kepemimpinan kepala puskesmas, rekan kerja, penyelia, umur bidan di desa, masa kerja, jenis kepegawaian, status marital, pendapatan Sampel : Bidan Desa, di Kabupaten Pati

Lanjutan Tabel 1.4

No	Judul	Penulis	Variabel yang diteliti	Aplikasi statistis	Hasil	Perbedaan dengan peneliti
3	Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja bidan desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Magelang	Darsiwan 2002	Pengaruh kemampuan, pengalaman, gaya kepemimpinan kepala puskesmas, imbalan, sikap, motivasi terhadap kinerja bidan desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Magelang	Studi kuantitatif (multi variat)	Ada pengaruh pengalaman terhadap kinerja, kemampuan, gaya kepemimpinan, imbalan, sikap dan motivasi bidan desa tidak berpengaruh terhadap kinerjanya	Variabel terikatnya: kinerja bidan desa dalam pertolongan persalinan Variabel bebas adalah kemampuan, pengalaman, gaya kepemimpinan kepala puskesmas, imbalan, sikap bidan desa dalam pelayanan, motivasi kerja Sampel adalah Bidan Desa Lokasi penelitian di Kabupaten Magelang
4	Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan kerja Bidan PTT di Desa di Kabupaten Kudus	Noor Hidayah, 2007	Hubungan antara imbalan, promosi, supervisi, hubungan rekan kerja, kondisi kerja dengan kepuasan kerja bidan PTT di Kabupaten Kudus	Studi kuantitatif dan kualitatif	Ada hubungan antara variabel pekerjaan, supervisi, imbalan, rekan kerja puskesmas dan promosi berhubungan dengan kepuasan kerja bidan desa PTT di Kabupaten Kudus	Variabel bebas yang diteliti adalah imbalan, promosi, supervisi, hubungan rekan kerja, kondisi kerja - Lokasinya di Kabupaten Kudus - Sampel adalah Bidan Desa PTT
5	Analisis karakteristik individu dan faktor intrinsik yang berhubungan dengan	Endang Surani, 2008	Umur, pendidikan, masa kerja, status perkawinan, status kepegawaian,	Studi kuantitatif dan kualitatif	Ada hubungan antara pengalaman, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan,	Variabel bebas penelitian ini adalah umur, masa kerja, status perkawinan,

Lanjutan Tabel 1.4

No	Judul	Penulis	Variabel yang diteliti	Aplikasi statistis	Hasil	Perbedaan dengan peneliti
	kinerja bidan pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Kendal tahun 2007		pengalaman, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan, persepsi terhadap insentif, persepsi terhadap beban kerja, persepsi terhadap supervisi, pelatihan. Kinerja.		persepsi terhadap insentif, persepsi terhadap beban kerja, pelatihan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD	Status kepegawaian, pengalaman, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan, persepsi terhadap insentif, persepsi terhadap beban kerja, persepsi terhadap supervisi, pelatihan, variabel terikat adalah kinerja dalam pelayanan kesehatan dasar. Lokasi di Kabupaten Kendal Sampel adalah Bidan desa pelaksana PKD

Perbedaan penelitian yang dilakukan penulis adalah materi penelitian kinerja bidan desa pelaksana PKD, yang dihubungkan dengan karakteristik individu dan faktor intrinsik yang berhubungan dengan kinerja, variabel bebas yang diteliti adalah: umur, pendidikan, pengalaman, masa kerja, status perkawinan, status kepegawaian, motivasi, persepsi tentang kepemimpinan, persepsi tentang kompensasi, persepsi tentang penyeliaan, persepsi tentang beban kerja, pelatihan bidan desa pelaksana PKD, penelitian bersifat kuantitatif dengan pendekatan belah lintang (cross sectional) dan kualitatif untuk menggali masalah-masalah yang terkait

dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD. Unit analisis dalam penelitian ini adalah seluruh bidan desa yang bekerja sebagai pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan menerapkan beberapa kriteria inklusi dan eksklusi.

F. RUANG LINGKUP

1. Ruang Lingkup Masalah

Masalah yang dikaji adalah karakteristik individu dan faktor intrinsik yang berhubungan dengan kinerja bidan pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

2. Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam penelitian kesehatan masyarakat bidang ilmu manajemen kesehatan masyarakat khususnya manajemen sumber daya manusia kesehatan

3. Ruang Lingkup Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 27 puskesmas dengan desa atau kelurahan yang memiliki bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal pada bulan Oktober sampai Desember 2007.

4. Ruang Lingkup Sasaran

Sasaran penelitian ini adalah bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan jumlah 67 orang.

5. Ruang Lingkup Metode

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *Explanatory research* menggunakan rancangan *cross sectional* dengan metode kuantitatif. Dan untuk memperoleh validasi dari hasil penelitian kuantitatif, peneliti menggunakan juga metode kualitatif dengan teknik FGD.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KINERJA

1. Pengertian Kinerja

Kinerja adalah penampilan hasil karya personal, baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi, kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personil. Penampilan hasil karya tidak terbatas pada personil yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga pada keseluruhan jajaran personil di dalam organisasi.¹⁸ Menurut Rivai dan Basri (2005), kinerja adalah hasil atau tingkat keberhasilan seseorang secara keseluruhan selama periode tertentu di dalam melaksanakan tugas dibandingkan dengan berbagai kemungkinan, seperti standar hasil kerja, target, sasaran atau kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama. Kinerja adalah hasil dari kombinasi upaya yang dikerahkan oleh individu dengan tingkat kemampuan yang mereka miliki (menggambarkan keahlian, pelatihan, informasi, dan lain-lain) dengan demikian upaya berkombinasi dengan kemampuan untuk menghasilkan tingkatan kerja tertentu.¹⁴

2. Model Teori Kinerja

Gibson membuat model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Pertama adalah variabel individu yang dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu, sedangkan variabel

demografi mempunyai efek tidak langsung pada praktik dan kinerja individu. Kedua adalah variabel psikologi, terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel ini menurut Gibson banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografi. Variabel ke-3 adalah organisasi yang berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu, variabelnya dikelompokkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.¹⁷ Kinerja individu menurut model Partner-Lawyer & Ivancevich *et. al.* 1994 cit Rivai (2005) pada dasarnya dipengaruhi oleh faktor-faktor : (a). harapan mengenai imbalan, (b). dorongan, (c). kemampuan, kebutuhan dan sifat, (d). persepsi terhadap tugas, (e). imbalan internal dan eksternal, (f) persepsi terhadap imbalan dan kepuasan kerja, dengan demikian kinerja pada dasarnya di pengaruhi oleh kemampuan, keinginan dan lingkungan.¹⁴

Model Lawler & Porter cit Steers (1996) mengatakan bahwa kinerja atau prestasi kerja seseorang tergantung dari usaha/energi yang dikeluarkan (effort), kemampuan (ability) yang dimiliki serta kesesuaian antara usaha yang dilakukan dan pandangan atasan langsung tentang syarat-syarat tugas yang diterima/*job requirement (Role Perceptions)*.¹⁹

Rumus = P: E x A x R

Keterangan :P = Performance

E = Effort

A = Ability

R = Role Perceptions

Menurut Bernadin et. al. (1993), kinerja merupakan kombinasi antara kemampuan (Ability), usaha (Effort) dan kesempatan (Opportunity).²⁰ Hasil penelitian Pitoyo (2000) bahwa ada hubungan positif yang bermakna antara faktor internal (kemampuan, pengalaman kerja, pelatihan, beban kerja dan motivasi) dengan kinerja perawat.²¹

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Timple (1993), faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu faktor yang dihubungkan dengan sifat-sifat seseorang, seperti ; kemampuan, ketrampilan, sikap, perilaku, tanggung jawab, motivasi karyawan, misalnya kinerja seseorang baik disebabkan karena kemampuan tinggi dan seseorang itu tipe pekerja keras, sedangkan seseorang mempunyai kinerja jelek disebabkan orang tersebut mempunyai kemampuan rendah dan orang tersebut tidak berusaha untuk memperbaiki kemampuan. Faktor eksternal yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang yang berasal dari lingkungan , seperti perilaku, sikap dan tindakan-tindakan rekan kerja, bawahan atau pimpinan, fasilitas kerja dan iklim organisasi.¹⁶

Sedangkan menurut Mangkunegara menyatakan bahwa faktor-faktor yang menentukan prestasi kerja individu dalam organisasi adalah faktor individu dan faktor lingkungan kerja organisasi, pendapat tersebut sesuai pula dengan teori konvergensi William Stren yang merupakan perpaduan dari pandangan teori hereditas dari Schopenhauer dan teori lingkungan John Locke, secara inti Schopenhauer berpandangan bahwa faktor individu (termasuk faktor keturunan) yang sangat menentukan seorang individu mampu berprestasi atau tidak, sedangkan John Locke dalam teori lingkungan

berpandangan bahwa hanya faktor lingkungan yang sangat menentukan seorang individu mampu berprestasi atau tidak.²²

Menurut Sjafriz Mangkuprawira dan Aida Vitayala (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah faktor intrinsik yang meliputi mutu karyawan yang berupa pendidikan, pengalaman, motivasi, kesehatan, usia, ketrampilan emosi, spiritual, sedangkan faktor ekstrinsik meliputi lingkungan kerja fisik dan non fisik, kepemimpinan, komunikasi vertikal dan horizontal, kompensasi, kontrol berupa penyeliaan, fasilitas, pelatihan, beban kerja, proses kerja, sistem imbalan, dan hukuman.¹⁵

Beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah sebagai berikut :

a. Usia/umur

Semakin tua usia seseorang karyawan semakin kecil kemungkinan keluar dari pekerjaan, karena semakin kecil alternatif untuk memperoleh kesempatan pekerjaan lain. Di samping itu karyawan yang bertambah tua biasanya telah bekerja lebih lama, memperoleh gaji yang lebih besar dan berbagai keuntungan lainnya.²³ Bukti menunjukkan bahwa para majikan perasaannya bercampur aduk. Mereka melihat sejumlah kualitas positif yang dibawa orang tua kedalam pekerjaan mereka, khususnya pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat, dan komitmen terhadap mutu. Namun pekerja tua dianggap kurang luwes dan menolak teknologi baru. Dan pada suatu ketika organisasi mencari individu-individu yang dapat menyesuaikan diri dan terbuka terhadap perubahan. Hal-hal negatif yang diasosiasikan dengan usia jelas mengganggu pengangkatan awal atas karyawan tua dan

meningkatkan kemungkinan mereka dibiarkan pergi selama perampingan organisasi.²⁴

Hubungan usia dengan kinerja atau produktivitas dipercaya menurun dengan bertambahnya usia. Hal ini disebabkan karena ketrampilan-ketrampilan fisiknya sudah mulai menurun. Tetapi produktivitas seseorang tidak hanya tergantung pada ketrampilan fisik serupa itu. Karyawan yang bertambah tua, bisa meningkatkan produktivitasnya karena pengalaman dan lebih bijaksana dalam mengambil keputusan.²³

b. Jenis Kelamin

Beberapa isu yang sering diperdebatkan, kesalahpahaman dan pendapat-pendapat tanpa dukungan mengenai apakah kinerja wanita sama dengan pria ketika bekerja. Misalnya ada/tidaknya perbedaan yang konsisten pria-wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan, analisis, dorongan, motivasi, sosiabilitas atau kemampuan bekerja.²⁴ Secara umum diketahui ada perbedaan yang signifikan dalam produktivitas kerja maupun dalam kepuasan kerja, tapi dalam masalah absen kerja karyawan lebih sering tidak masuk kerja daripada laki-laki.²⁵ Alasan yang paling logis adalah karena secara tradisional wanita memiliki tanggung jawab urusan rumah tangga dan keluarga. Bila ada anggota keluarga yang sakit atau urusan sosial seperti kematian tetangga dan sebagainya, biasanya wanita agak sering tidak masuk kerja.

c. Masa Kerja

Banyak studi tentang hubungan antara senioritas karyawan dan produktivitas. Meskipun prestasi kerja seseorang itu bisa

ditelusuri dari prestasi kerja sebelumnya, tetapi sampai ini belum dapat diambil kesimpulan yang meyakinkan antara dua variabel tersebut.^{24,26} Hasil riset menunjukkan bahwa suatu hubungan yang positif antara senioritas dan produktivitas pekerjaan. Masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya menjadi peramal yang baik terhadap produktivitas karyawan. Studi juga menunjukkan bahwa senioritas berkaitan negatif dengan kemangkiran. Masa kerja berhubungan negatif dengan keluar masuknya karyawan dan sebagai salah satu peramal tunggal paling baik tentang keluar masuknya karyawan.²³

d. Status Perkawinan

Karyawan yang berstatus kawin ternyata lebih sedikit angka absen kerjanya, lebih jarang pindah kerja dan lebih mengekspresikan kepuasan kerja. Hal ini mungkin karena perkawinan itu menuntut tanggung jawab keluarga yang lebih besar, sehingga peningkatan posisi dalam pekerjaan menjadi sangat penting. Akan tetapi belum cukup jelas bukti dari hasil-hasil penelitian tentang dampak perceraian terhadap produktivitas dan kepuasan kerja. Hasil riset menunjukkan bahwa karyawan yang menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang rendah, dan lebih puas dengan pekerjaan mereka daripada rekan sekerjanya yang bujangan. Perkawinan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap (*steady*) menjadi lebih berharga dan penting.^{23,24}

e. Pendidikan

Setiap jenis pekerjaan yang memiliki tuntutan yang berbeda terhadap karyawan dan para karyawan juga memiliki kemampuan

kerja yang berbeda. Prestasi kerja karyawan dengan sendirinya akan meningkat, ada kesesuaian antara kemampuan dan jenis pekerjaannya.²⁷ Dalam hal ini pendidikan sangat mempengaruhi kemampuan dari karyawan tersebut terutama untuk pekerjaan-pekerjaan yang membutuhkan keahlian dan ketrampilan khusus. Penelitian Amriyati,dkk (2003) menyebutkan bahwa antara karakteristik individu perawat dengan kinerja terdapat satu karakteristik yaitu karakteristik individu pendidikan dengan berkorelasi negatif.²⁸

f. Pengalaman

Pengalaman adalah keseluruhan pelajaran yang dipetik seseorang dari peristiwa-peristiwa yang dilalui dalam perjalanan hidupnya. Bertitik tolak dari pengertian tersebut memberitahukan kepada kita bahwa pengalaman seseorang sejak kecil turut membentuk perilaku dan kepribadian orang yang bersangkutan di dalam kehidupan organisasinya.²⁹

Siagian berpendapat bahwa pengalaman seseorang dalam melakukan tugas tertentu secara terus menerus dalam waktu yang cukup lama dapat meningkatkan kedewasaan teknisnya. Contohnya apabila awalnya seorang sekretaris mampu mengetik dengan kecepatan 60 entakan per menit, semakin lama sekretaris tersebut dalam melakukan tugasnya kecepatan dalam pengetikan akan semakin tinggi. Dalam artian akan semakin berkurang jumlah kesalahan yang dilakukannya, asumsi yang sama berlaku untuk semua jenis pekerjaan. Hal ini dikarenakan salah satu kelebihan dari sifat manusia dibandingkan dengan mahluk lain adalah

kemampuan belajar dari pengalaman yang telah didapat terutama didalam pengalaman yang berakhir pada kesalahan.³⁰

Yang perlu diperhatikan dalam hubungan ini adalah bahwa kemampuan seseorang untuk belajar dari pengalamannya, baik pengalaman manis atau pengalaman pahit sekalipun.

Menurut Muchlas bahwa pengalaman-pengalaman pribadi ini dapat memiliki dampak pertama kepada komponen kognitif dari sikapnya, artinya pengalaman-pengalaman pribadi dengan obyek tertentu (orang, benda atau peristiwa) dengan cara menghubungkan obyek tersebut dengan pengalaman lain dimana anda telah memiliki sikap tertentu terhadap pengalaman itu.³¹

g. Motivasi

Motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang secara optimal, hal ini disebabkan karena motivasi merupakan kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti aneka keinginan, harapan, kebutuhan, dorongan dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja untuk mencapai kepuasan atau mengurangi ketidakseimbangan.¹⁸

Motivasi adalah konsep yang dipakai untuk menguraikan keadaan ekstrinsik yang menstimulasi perilaku tertentu dan respon intrinsik yang ditampilkan dalam perilaku²⁶ Respon intrinsik disebut juga sebagai motif (pendorong) yang mengarahkan perilaku kearah perumusan kebutuhan atau pencapaian tujuan. Stimulus ekstrinsik dapat berupa hadiah atau insentif, mendorong individu melakukan atau mencapai sesuatu. Jadi motivasi adalah interaksi intrinsik dan ekstrinsik yang dapat dilihat berupa perilaku atau penampilan.

Chung & Menginson (Gomes, 1998) menyatakan bahwa : motivasi dirumuskan sebagai perilaku yang ditujukan pada sasaran. Motivasi berkaitan dengan tingkat usaha yang dilakukan seseorang dalam mengejar sesuai tujuan, motivasi terkait erat dengan kinerja dan kepuasan kerja.³²

Motivasi dalam hubungan seseorang dengan pekerjaannya itu merupakan hal yang mendasar. Sikap tersebut dapat berpengaruh terhadap kesuksesan atau kegagalan.³² Dalam perilaku organisasi motivasi merupakan kemauan yang kuat untuk berusaha ke tingkat yang lebih tinggi atau lebih baik untuk mencapai tujuan organisasi, tanpa mengabaikan kemampuan untuk memperoleh kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan pribadi.³³

Handoko (1998) menyatakan motivasi adalah keadaan dari pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan tertentu guna mencapai tujuan. ²⁶ Motivasi yang ada pada seseorang merupakan kekuatan pendorong yang akan mewujudkan suatu perilaku guna mencapai tujuan kepuasan dirinya.

Motivasi tenaga kerja perlu dikelola untuk menghasilkan penampilan kerja (kinerja) yang diharapkan untuk mencapai tujuan institusi. Pengelolaan motivasi adalah proses mendorong mencapai tujuan pelayanan dan tujuan pribadinya.²⁶

Motivasi adalah faktor-faktor yang ada dalam diri seseorang yang menggerakkan, mengarahkan perilakunya untuk memenuhi tujuan tertentu. Menurut Jones dalam Gibson (2000) motivasi berhubungan erat dengan bagaimana perilaku itu dimulai,

dikuatkan, disokong, diarahkan, dihentikan dan reaksi subyektif yang timbul dalam organisasi.¹⁷

Mc. Clelland antara lain mengemukakan bahwa yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu atau bekerja adalah berfokus pada tiga kebutuhan dasar yaitu : 1) kebutuhan akan berprestasi (*achievement*) dorongan untuk mengungguli atau berprestasi, 2) kebutuhan akan afiliasi atau ikatan hasrat untuk berhubungan antar pribadi yang ramah dan karib, 3) kebutuhan akan kekuasaan (*power*) kebutuhan yang mendorong seseorang untuk menguasai atau mendominasi orang lain.²⁶

Dari beberapa pandangan tersebut, menimbulkan sejumlah kesimpulan tentang motivasi sebagai berikut :

- 1) Penafsiran para ahli teori tentang motivasi sedikit berbeda dan menekankan pada faktor yang berbeda-beda.
- 2) Motivasi berhubungan erat dengan perilaku dan prestasi kerja.
- 3) Motivasi diarahkan untuk mencapai suatu tujuan.
- 4) Perbedaan fisiologis, psikologis dan lingkungan merupakan faktor-faktor penting untuk diperhatikan.

Dengan demikian motivasi erat kaitannya dengan tujuan. Demikian pula dengan proses motivasi yang lebih diarahkan untuk mencapai tujuan (*goal directed*). Tercapainya tujuan yang diinginkan sekaligus dapat mengurangi kebutuhan yang belum dipenuhi. Dalam lingkungan organisasi tujuan dapat bersifat positif (pujian, penghargaan, kenaikan upah, promosi) atau bersifat negatif (tidak diberikan kesempatan untuk promosi, ditegur atasan). Proses timbulnya motivasi seseorang merupakan gabungan dari konsep kebutuhan, dorongan, tujuan dan imbalan.

h. Kepemimpinan

Dalam suatu organisasi dan manajemen suatu organisasi, kepemimpinan merupakan hal yang penting karena ada bukti bahwa kepemimpinan berpengaruh terhadap kinerja dan kepemimpinan berarti kemampuan untuk mengendalikan organisasi melalui perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pengawasan dalam rangka mencapai tujuan.²⁶

Siagian (2000) berpendapat bahwa kepemimpinan merupakan inti manajemen, karena kepemimpinan adalah motor penggerak bagi sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. 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 tenaga kerja yang bersangkutan.³⁴

Pada hakekatnya pengertian kepemimpinan adalah kemampuan untuk mempengaruhi orang lain. Dengan kata 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.³⁵

Kepemimpinan berarti melibatkan orang lain yaitu bawahan atau karyawan yang akan dipimpin. Kepemimpinan juga melibatkan pembagian kekuasaan, delegasi atau wewenang³⁵

Kepemimpinan adalah suatu usaha menggunakan suatu gaya mempengaruhi dan tidak memaksa untuk motivasi individu dalam mencapai tujuan,²⁶ sedangkan Weirich dan Koontz (1993) mengatakan bahwa kepemimpinan adalah seni atau proses untuk mempengaruhi orang lain sehingga mereka bersedia dengan kemampuan sendiri dan secara antusias bekerja untuk mencapai tujuan organisasi.¹⁶

Seseorang hanya akan menjadi pemimpin yang efektif apabila 1) secara genetika telah memiliki bakat-bakat kepemimpinan, 2) bakat-bakat tersebut dipupuk dan dikembangkan melalui kesempatan untuk menduduki jabatan kepemimpinan, 3) ditopang oleh pengetahuan teoritikal yang diperoleh melalui pendidikan dan latihan, baik yang bersifat umum maupun yang menyangkut teori kepemimpinan.³⁴

Teori kepemimpinan situasional adalah suatu pendekatan terhadap kepemimpinan yang menyatakan bahwa pimpinan memahami perilakunya, sifat-sifat bawahannya, dan situasi sebelum menggunakan suatu gaya kepemimpinan tertentu. Pendekatan ini mensyaratkan pemimpin untuk memiliki ketrampilan diagnostik dalam perilaku manusia. Jadi teori ini mengusulkan bahwa efektifitas kepemimpinan tergantung pada kesesuaian antara kepribadian, tugas, kekuatan, sikap, dan persepsi. Akhirnya dapat disimpulkan bahwa perilaku kepemimpinan yang dibutuhkan untuk meningkatkan prestasi sebagian tergantung pada situasi apa yang merupakan kepemimpinan efektif dalam satu situasi dapat menjadi tidak kompeten dan tidak terorganisasi dalam situasi lainnya, sehingga pemikiran dasarnya adalah seorang pemimpin

yang efektif harus cukup fleksibel untuk menyesuaikan terhadap perbedaan-perbedaan di antara bawahan dan situasi.²⁶

Handoko (1995) membedakan gaya kepemimpinan menjadi 2 gaya yaitu kepemimpinan yang berorientasi tugas adalah pemimpin yang berorientasi mengarahkan dan mengawasi bawahan serta tertutup untuk menjamin bahwa tugas dilaksanakan sesuai dengan keinginan serta lebih memperhatikan pelaksanaan pekerjaan daripada pengembangan dan pertumbuhan karyawan. Gaya kepemimpinan kedua adalah pemimpin yang berorientasi kepada usaha lebih memberikan motivasi serta mendorong para anggota untuk berpartisipasi dalam pembuatan keputusan, menciptakan suasana persahabatan serta hubungan saling percaya dan menghormati para anggota kelompok.²⁶

i. Kompensasi/Insentif

Kompensasi diartikan sebagai semua bentuk kembalian (*return*) finansial, jasa-jasa berwujud tunjangan-tunjangan yang diperoleh karyawan sebagai bagian dari sebuah hubungan kepegawaian³⁶ kompensasi berkenaan dengan tidak hanya pada imbalan-imbalan moneter atau ekstrinsik saja, tetapi juga pada tujuan-tujuan dan imbalan-imbalan intrinsik organisasi seperti pengakuan, kesempatan untuk promosi, dan kesempatan kerja yang lebih menantang. Sedangkan istilah administrasi gaji dan upah biasanya diartikan terbatas pada imbalan-imbalan moneter yang diberikan kepada karyawan.

Sistem insentif finansial menunjukkan hubungan paling jelas antara kompensasi dan prestasi kerja. Istilah sistem insentif pada umumnya digunakan untuk menggambarkan rencana-

rencana pembayaran upah yang dikaitkan secara langsung atau tidak langsung dengan berbagai standar produktivitas karyawan atau kriteria tersebut.²⁶ Para karyawan yang bekerja dibawah sistem insentif finansial berarti prestasi kerja mereka menentukan, secara keseluruhan atau sebagian, penghasilan mereka. Rencana-rencana insentif bermaksud untuk menghubungkan keinginan karyawan akan pendapatan finansial tambahan dengan hubungan organisasi akan efisiensi produksi. Jadi sistem insentif sebenarnya lebih merupakan perluasan atau perlengkapan proses penentuan upah. Tujuan sisten insentif pada hakekatnya adalah untuk mencapai tujuan-tujuan organisasi dengan menawarkan perangsang finansial.²⁶

Insentif merupakan pengakuan dan penghargaan manajemen terhadap karyawan. Imbalan yang bisa meningkatkan kepuasan kerja adalah imbalan eksternal dan internal, perhatian. Imbalan ekstrinsik berasal dari pekerjaan meliputi uang, status, promosi, rasa hormat dan perhatian. Imbalan intrinsik merupakan bagian dari pekerjaan itu sendiri meliputi cara penyelesaian, prestasi dan otonomi.

Insentif yang proposional akan memotivasi dan memuaskan karyawan serta sebaliknya insentif yang tak proposional akan menimbulkan keluhan, penurunan prestasi, kepuasan kerja dan menurunnya moral pekerja.

Beberapa pedoman spesifik untuk menyusun program insentif yang efektif ³⁷ :

- 1) Pastikan bahwa upah dan ganjaran berkaitan secara langsung.
- 2) Ganjaran yang tersedia haruslah bernilai bagi pegawai.

- 3) Pengkajian metode dan prosedur yang seksama.
- 4) Program insentif haruslah dapat dipahami dan dapat dikalkulasi dengan mudah oleh para pegawai.
- 5) Susun standar yang efektif.
- 6) Jamin standar yang anda tetapkan.
- 7) Jamin upah pokok per jam.

j. Penyeliaan/Supervisi

Supervisi menurut Handoko berarti atasan mengarahkan, memimpin dan mempengaruhi bawahan. Secara sederhana adalah untuk membuat atau mendapatkan para karyawan yang menjadi bawahannya melakukan apa yang diinginkan, dan harus mereka lakukan dengan menggunakan kemampuan motivasi, komunikasi dan kepemimpinan untuk mengarahkan karyawan mengerjakan sesuatu yang ditugaskan kepada bawahannya.²⁶

Supervisi menurut Azwar (1996) adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya.³⁸

Dari batasan umum tersebut, terdapat beberapa unsur pokok pengertian supervisi yaitu (Azwar, 1996)³⁸

- 1) Pelaksana atau yang bertanggung-jawab melaksanakan supervisi adalah atasan yakni mereka yang memiliki kelebihan dalam organisasi.
- 2) Sasaran atau obyek dari supervisi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan (sasaran langsung) serta bawahan yang melakukan pekerjaan (supervisi tidak langsung).

- 3) Frekuensi. Supervisi harus dilakukan dengan frekuensi berkala, supervisi yang dilakukan hanya sekali, bukan supervisi yang baik.
- 4) Tujuan supervisi adalah memberikan bantuan kepada "bawahan" secara langsung sehingga bantuan tersebut "bawahan" memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik.
- 5) Teknik. Kegiatan pokok supervisi pada dasarnya mencakup empat hal yang bersifat pokok yaitu 1) menetapkan masalah dan prioritas, 2) menetapkan penyebab masalah, prioritas dan jalan keluar 3) melaksanakan jalan keluar serta 4) menilai hasil yang dicapai untuk tindak lanjut.

Manfaat supervisi apabila ditinjau dari sudut manajemen dapat dibedakan atas dua macam (Azwar,1996) :³⁸

- 1) Dapat lebih meningkatkan efektivitas kerja.

Peningkatan efektivitas kerja erat hubungannya dengan makin meningkatnya pengetahuan dan ketrampilan "bawahan", serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antar "atasan" dengan "bawahan".

- 2) Dapat lebih meningkatkan efisiensi kerja.

Peningkatan efisiensi kerja erat hubungannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan oleh "bawahan", dan karena itu pemakaian sumber daya (tenaga, dana dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah.

Sesungguhnya pokok dari supervisi ialah bagaimana dapat menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah direncanakan secara benar dan tepat dalam arti lebih efektif dan efisien,

sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan memuaskan.

k. Pelatihan

Pelatihan bagi karyawan merupakan sebuah proses mengajarkan pengetahuan dan keahlian tertentu serta sikap agar karyawan semakin terampil dan mampu melaksanakan tanggung jawabnya dengan semakin baik, sesuai dengan standar kerja. Biasanya pelatihan merujuk pada pengembangan ketrampilan bekerja (*vocational*) yang dapat digunakan dengan segera. Dalam hal ini, manfaat finansial bagi perusahaan biasanya terjadi dengan cepat. Sementara itu, pendidikan memberikan pengetahuan tentang subyek tertentu, tetapi sifatnya lebih umum dan lebih terstruktur untuk jangka waktu yang jauh lebih panjang. Di sisi lain, pengembangan sumber daya manusia memiliki ruang lingkup lebih luas, yaitu berupa upaya meningkatkan pengetahuan yang mungkin digunakan dengan segera atau kepentingan di masa depan. Pengembangan sering dikategorikan secara eksplisit dalam pengembangan manajemen, organisasi, dan pengembangan individu karyawan. Penekanan lebih pokok adalah pada pengembangan manajemen. Dengan kata lain, fokusnya tidak pada pekerjaan kini dan mendatang, tetapi lebih pada penemuan kebutuhan jangka panjang perusahaan.¹⁵

Pelatihan atau *training* menurut Notoatmodjo adalah salah satu bentuk proses pendidikan dengan melalui training sasaran belajar atau sasaran pendidikan akan memperoleh pengalaman-pengalaman belajar yang akhirnya akan menimbulkan perubahan perilaku mereka.³⁹

Istilah pelatihan merujuk pada struktur total dari program di dalam dan di luar pekerjaan karyawan yang dimanfaatkan perusahaan dalam upaya mengembangkan ketrampilan dan pengetahuan, utamanya untuk kinerja dan promosi karier.¹⁵

Gomes menyatakan bahwa pelatihan adalah setiap usaha untuk memperbaiki *performance* pekerja pada suatu pekerjaan tertentu yang sedang menjadi tanggung jawabnya, atau satu pekerjaan yang ada kaitannya dengan pekerjaannya.³²

Menurut Departemen Kesehatan RI (1990) pelatihan adalah suatu upaya sistematis untuk mengembangkan sumber daya manusia baik perorangan, kelompok maupun organisasi yang diperlukan untuk tugas pada waktu sekarang dan untuk menyiapkan masa depan yang ditujukan untuk menyelesaikan masalah tugas pekerjaan masa itu.⁴⁰ Jenis pelatihan yang diberikan kepada bidan pelaksana PKD menurut DKK Kendal antara lain : PPGD (pelayanan penderita gawat darurat), manajemen WOD (warung obat desa), Kapita Selektika Kebidanan, MTBS (manajemen terpadu balita sakit), keperawatan komunitas, medis dasar, gizi, manajemen PKD, promosi kesehatan, surveilen & sanitasi dasar.

Pelatihan menurut Handoko (1998) dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu²⁶, sedang menurut Gomes (1999) mengemukakan definisi pelatihan adalah suatu kegiatan pembelajaran dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan untuk memperbaiki kinerja pekerja pekerjaan pada suatu pekerjaan tertentu yang menjadi tanggung jawabnya atau berkaitan dengan pekerjaan menjadi lebih baik dan efektif.³² Jenis

pelatihan yang pernah diikuti seseorang yang berhubungan dengan bidang pekerjaannya akan dapat mempengaruhi ketrampilan dan sikap mentalnya serta akan meningkatkan kepercayaannya pada kemampuan dirinya, hal ini tentu akan berpengaruh positif terhadap kinerja karyawan yang bersangkutan. Para pegawai harus dididik secara sistematis jika mereka akan melaksanakan pekerjaannya dengan baik.⁴¹

Menurut Michael *et.al* (1995), ada tujuh maksud utama program pelatihan dan pengembangan, yaitu 1) memperbaiki kinerja, 2) meningkatkan ketrampilan karyawan, 3) menghindari keusangan manajerial, 4) menyelesaikan permasalahan, 5) orientasi karyawan baru, 6) penyiapan promosi dan keberhasilan manajerial, 7) memberi kepuasan untuk kebutuhan pengembangan personal. Sehubungan dengan itu, uraian tentang pelatihan dan pengembangan secara eksplisit tidak dipisahkan, tetapi diuraikan menyatu karena saling mengait.¹⁵

I. Beban kerja

1) Pengertian Beban Kerja

Definisi beban kerja secara tata bahasa mempunyai arti sebagai tanggungan kewajiban yang harus dilaksanakan karena pekerjaan tertentu dan juga sebagai tanggung jawab.⁴²

Menurut Luthan (1995) tekanan pekerjaan merupakan suatu respon adaptif pada suatu situasi eksternal yang menghasilkan penyimpangan fisik, psikologi dan perilaku bagi para partisipan organisasi.^{40,43} Dalam *Handbook of Perception and Human Performance*, Gopher dan Donchin *cit* Sugiyanto (1993) memperjelas dengan menyatakan bahwa perbedaan

antara kapasitas sistem pemroses informasi yang dibutuhkan untuk mengerjakan tugas dengan harapan (disebut performans harapan) dan kapasitas yang tersedia pada saat itu (disebut performance aktual) yang disebut dengan beban kerja.⁴⁴

Beban kerja dapat ditinjau dari selisih energi yang tersedia pada setiap pekerja dengan energi yang diperlukan untuk mengerjakan sesuatu dengan sukses.⁴⁴

Beban kerja berpengaruh terhadap kinerja seseorang dalam melakukan pekerjaannya. Pekerja yang mempunyai beban kerja berlebih akan menurunkan kualitas hasil kerja dan memungkinkan adanya inefisiensi waktu. Para manajer harus memperhatikan tingkat optimal beban kerja karyawan. Beban kerja tidak hanya dipandang sebagai beban kerja fisik akan tetapi sebagai beban kerja mental. Tolok ukur yang ada adalah seorang pekerja tidak diperbolehkan bekerja lebih dari tujuh jam perhari atau empat puluh jam perminggu. Program kerja 4/40 yang memungkinkan karyawan menikmati akhir pekan yang panjang sepanjang tahun, dimaksud sebagai insentif dengan keyakinan sistem ini akan mengarah pada peningkatan produktivitas. Karyawan akan memperoleh manfaat dengan adanya waktu senggang yang bertambah ini dan mendapatkan kebebasan lebih banyak untuk mengurus urusan pribadi, kehidupan keluarga, dan menambah pendidikan.¹⁷

2) Macam Beban Kerja

Menurut Wickens (1992) macam beban kerja dapat dibagi sebagai berikut :⁴⁵

a). Beban Kerja Fisik

Wickens (1992) mengacu pendapat para ahli bahwa studi tentang beban kerja pada awalnya banyak dihubungkan dan difokuskan pada pekerjaan fisik atau aktivitas fisik dan faktor lingkungan dianggap sebagai komponen dari sumber-sumber munculnya stres fisik bagi individu dalam bekerja. Kedua inilah yang awalnya diasumsikan menentukan beban kerja mereka.

Jhone cit Adam (1989) menyebutkan bahwa beban kerja merupakan perbandingan waktu yang diminta untuk melaksanakan tugas dengan waktu yang telah ditentukan untuk melakukan pekerjaan itu. Bila waktu yang diminta untuk melakukan pekerjaan itu melebihi waktu yang telah ditentukan, itu berarti beban kerja yang berlebih atau disebut *overload*. Sedangkan waktu yang dibutuhkan kurang dari waktu yang ditentukan, itu berarti beban kerja kurang atau *underload*.²⁵

Berdasarkan pandangan Stone cit Adam (1989) penekanan pandangan beban kerja fisik ini didasari oleh waktu yang digunakan dalam melaksanakan tugas dengan waktu yang telah ditentukan.²⁵ Beban kerja fisik yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pekerjaan yang secara fisik harus dikerjakan oleh individu dalam suatu waktu tertentu.

b). Beban Kerja Mental

Sejak tahun 1970 perkembangan pada definisi beban kerja mental (*mental workload*) meningkat drastis.

Fokus utama dari studi ini berdasarkan pada pengalaman beban kerja yang ditinjau secara fisik karena keterbatasan beban kerja yang masih berorientasi pada beban kerja fisik saja. Pada mulanya tujuan dari pengembangan ini adalah untuk hal-hal yang praktis yaitu

- (1) Penuhnya usaha mental (upaya mental) yang dilakukan untuk melakukan pekerjaan tersebut. Meliputi kompleksitas pekerjaan, konsentrasi mengalokasikan fungsi dari tugas antara manusia dan mesin yang didasarkan pada beban kerja mental,
- (2) Membandingkan alternatif alat-alat dan desain tugas dalam hal-hal yang mengandung beban kerja.
- (3) Memonitoring operator dari alat-alat yang kompleks untuk menyesuaikan dengan kesulitan atau penempatan dari fungsi dalam respon untuk meningkatkan atau mengurangi beban kerja mental.
- (4) Memilih operator yang mempunyai kemampuan mengatasi beban kerja mental.

Namun perkembangannya, penekanan pada beban kerja diperluas dilihat pada jenis pekerjaan selain pekerjaan yang berorientasi pada fisik.⁴⁵

Menurut Sales dalam Gibson et. al bila suatu kondisi kerja dimana terlalu banyak yang harus dilakukan atau tidak cukup waktu untuk menyelesaikan suatu pekerjaan disebut dengan beban lajak kuantitatif (*Quantitative overload*). Dari sudut pandang kesehatan, penelitian sejak tahun 1958 menunjukkan bahwa beban lajak kuantitatif dapat

menyebabkan perubahan biokimia, khususnya kenaikan tingkat kolesterol dalam darah, juga sangat berbahaya bagi mereka yang mengalami kepuasan kerja yang sangat rendah. Selain itu menurut Kasl dalam Gibson et. al dalam studi lain menemukan beban lajak dikaitkan dengan menurunnya kepercayaan diri, menurunnya motivasi kerja, dan meningkatkan keabsenan. Beban lajak dapat juga tidak berakibat langsung menurunnya kualitas pengambilan keputusan, rusaknya hubungan antar pribadi, dan meningkatnya kecelakaan.¹⁷

3) Faktor yang Mempengaruhi Beban Kerja

Adams (1989) mengemukakan bahwa faktor dari beban kerja adalah pertama adanya tugas yang harus diselesaikan dengan mengacu pada waktu tertentu, kedua individu mempunyai kapasitas yang terbatas untuk memproses informasi dalam waktu yang telah ditentukan tersebut.²⁵

Laner cit Adams (1989) menerangkan bahwa keterbatasan kapasitas sering dikonsepsikan sebagai atensi dimana bagian dari keadaan yang dapat diseleksi pada suatu waktu. Bahwa dalam satuan waktu tertentu individu menyerahkan seluruh waktu atau energinya untuk menyeleksi dan memproses tugas-tugas yang harus diselesaikan pada saat itulah *overload* terjadi. Individu mengalami beban yang berlebihan, individu yang mengalami keadaan demikian *overload* karena keterbatasan kemampuan yang dimiliki dapat melakukan langkah yang salah atau melakukan respon yang salah. Kegagalan dalam melakukan tugasnya ini dikarenakan

individu melakukan berbagai macam tugas dalam waktu yang terbatas.²⁵

Pengertian-pengertian diatas dapat diambil pengertian bahwa beban kerja dipandang sebagai konsekuensi dari keterbatasan yang dimiliki individu secara fisik dalam melaksanakan tugas yang harus dilakukan dalam waktu tertentu. Hal ini senada dengan ungkapan Adams (1989) bahwa saat individu bekerja, individu akan mengerahkan seluruh tenaga untuk menyelesaikan pekerjaan dalam waktu yang telah ditentukan. Faktor waktu memang tidak bisa dilepaskan dalam mengenali beban kerja.²⁵

Ahli yang mulai mengukur beban kerja mental adalah Reid dan Nygren cit Wickens (1992) mendefinisikan beban kerja melalui tiga faktor yaitu penuhnya waktu, tingginya beban mental yang dilakukan dan stres psikologi yang menyertai pada saat individu melakukan pekerjaan. Aspek-aspek yang mempengaruhi beban kerja menurut Reid dan Nygren cit Wickens (1992):⁴⁵

- a. Penuhnya waktu (beban waktu) yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan, meliputi jarangny waktu senggang, bertumpuknya kegiatan yang berdekatan, target kerja yang tinggi dalam waktu yang cukup singkat
- b. Penuhnya usaha mental (upaya mental) yang dilakukan untuk melakukan pekerjaan tersebut, meliputi kompleksitas pekerjaan, konsentrasi tinggi, tugas-tugas yang sukar diprediksi.

- c. Muatan stres yang tinggi (beban stres) yang muncul karena pekerjaan tersebut meliputi resiko, konflik, tuntutan akan kontrol diri, perasaan tidak aman, terganggu.
- 4) Mengacu pada Nygren atau Reid *cit* Wickens (1992), peneliti berpendapat bahwa pengembangan konsep yang mengembangkan aspek subyektif merupakan konsep yang lebih komprehensif karena telah memasukkan penghubung usaha mental dalam faktor beban kerja. Pemahaman yang komprehensif mengenai beban kerja bila disimpulkan sebagai aspek-aspek yang berhubungan dengan penuhnya waktu, penuhnya upaya mental dan penuhnya tekanan psikologis yang dialami individu saat menjalani tugas.
- 5) Cara pengukuran beban kerja

Menurut Ilyas terdapat 3 cara (teknik) yang dapat digunakan dalam penghitungan beban kerja personal yaitu ⁴⁶ :

- a) *Work Sampling*, teknik ini dikembangkan pada dunia industri untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh personal pada suatu unit, bidang ataupun jenis tenaga tertentu. Pada work sampling ini kita dapat mengamati , aktivitas apa yang sedang dilakukan personal pada waktu jam kerja, apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja, proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif, pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu, dan schedule jam kerja.

- b) *Time and Motion Studies*, teknik ini mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personil yang sedang kita amati.
- c) Pencatatan kegiatan sendiri (*Daily Log*), teknik ini merupakan bentuk sederhana dari work sampling dimana orang yang diteliti menuliskan sendiri kegiatan dan waktu yang digunakan untuk kegiatan tersebut.

Konsep yang mendasari pengukuran beban kerja adalah penyelesaian suatu tugas memerlukan waktu tertentu. Tingkat beban kerja diperhitungkan dari jumlah waktu yang telah dipakai untuk mengerjakan suatu tugas sampai selesai. Cara pengukuran beban kerja terbagi kedalam 2 cara yaitu :⁴⁴

- a) Cara pengukuran berdasarkan konsep kapasitas energi yang terbatas atau lebih dikenal dengan metode primer. Metode tugas primer dilakukan untuk mengetahui performans pekerja yang ditunjukkan sewaktu dia mengerjakan satu tugas, dua macam performans yang biasa diukur adalah kecepatan dan kecermatan.
 - b) Cara pengukuran tugas sekunder, dalam metode ini selain diminta untuk mengerjakan tugas pokok pekerja juga diminta untuk mengerjakan tugas tambahan. Semakin besar tuntutan energi untuk keperluan tugas pokok, semakin sedikit energi yang tersisa untuk keperluan tugas tambahan.
- 6) Hubungan beban kerja dengan kinerja

Ditinjau dari kepentingan pekerja, beban kerja mengandung konsep penggunaan energi pokok dan energi

cadangan yang tersedia, suatu tugas dipandang berat apabila energi pokok telah habis dipakai dan masih harus menggunakan energi cadangan untuk menyelesaikan tugas lain.⁴⁵

Para pekerja merasa bahwa beban kerja yang harus ditanggung semakin berat, artinya pekerjaan yang ditugaskan tidak sesuai dengan kemampuan untuk menyelesaikan tugas tersebut. Manusia hanya memiliki kapasitas energi yang terbatas, sebagai akibatnya jika seseorang harus mengerjakan beberapa tugas atau kegiatan dalam waktu yang bersamaan akan terjadi kompetisi prioritas antar tugas-tugas itu untuk memperebutkan energi yang terbatas.⁴⁵ Semakin banyak tugas yang harus dikerjakan oleh seseorang itu berarti semakin berat beban kerja yang disandangnya dan semakin tidak optimal hasil yang didapatkannya.

4. Penilaian kinerja

a. Pengertian

Menurut Cushway (1996) penilaian prestasi kerja adalah menilai bagaimana seseorang telah bekerja dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan.⁴⁷ Penilaian prestasi kerja adalah proses mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan diwaktu yang lalu atau untuk memprediksi prestasi kerja diwaktu yang akan datang dalam sebuah organisasi.

Sedangkan penilaian performansi adalah suatu cara mengukur kontribusi-kontribusi dari individu-individu anggota organisasi, sehingga penilaian performansi ini diperlukan untuk menentukan tingkat kontribusi individu, atau performansi.³² Menurut

Hall (1986) dalam Ilyas (2001), penilaian kinerja merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personal dan usaha untuk memperbaiki kerja personal dalam organisasi.¹⁸

Dengan demikian menurut Ilyas, penilaian kinerja dapat didefinisikan sebagai proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan (*performance appraisal*) seorang personel dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja. Hal ini sering pula disebut dengan kegiatan kilas balik unjuk kerja (*performance review*) atau penilaian personal (*employee appraisal*) atau evaluasi personal (*employee evaluation*).¹⁸

Bernadin & Russel, (1998) menjelaskan ada 6 kriteria penilaian kinerja sumber daya manusia yaitu²⁰:

1) Kualitas (*Quality*)

Tingkatan dimana proses/hasil diperoleh dengan sempurna, tampilan kerja secara ideal dan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan (rapi, tertib, akurat, terorganisasi dengan baik).

2) Kuantitas (*Quantity*)

Jumlah yang dihasilkan, jumlah unit, siklus dan kegiatan yang lengkap (dibandingkan dengan standar).

3) Ketepatan waktu (*Timeliness*)

Tingkatan dimana antar kegiatan dengan hasil yang diproduksi tepat waktu atau lebih awal khususnya antara koordinasi dengan keluaran yang lain, sebisa mungkin memaksimalkan waktu untuk kegiatan lain.

4) Efektifitas biaya (*Cost effectiveness*)

Tingkatan dimana penggunaan sumber-sumber daya yang ada diorganisasi dapat dioptimalkan seperti SDM, uang, teknologi dan material.

5) Kebutuhan supervisi (*Need for supervision*)

Tingkatan dimana kinerja dapat membawa suatu fungsi kerja tanpa mengulang kembali seperti dengan bantuan supervisi atau membutuhkan intervensi untuk mencegah atau keluaran yang merugikan (supervisi dapat memberikan manfaat bagi bawahan, mereview perkembangan pekerjaan pada jadual kerja, mereview kebijakan administrasi, efektivitas prosedur kerja, keterbukaan dengan bawahan).

6) Dampak hubungan interpersonal (*interpersonal impact*)

Tingkat dimana kinerja mampu meningkatkan perasaan, penghargaan diri, keinginan yang baik atau cita-cita dan kerjasama antara pekerja dengan pekerja dan bagiannya (kinerja mempunyai dampak terhadap hubungan interpersonal baik dengan pegawai maupun pimpinan).

b. Tujuan Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja pada dasarnya mempunyai 3 (tiga) tujuan pokok yaitu :¹⁷

- 1) Untuk perbaikan (*Remidial*) atau untuk mereview performasi sebelumnya. Merupakan tujuan mendasar dalam rangka penilaian personal secara individual, yang dapat digunakan sebagai informasi untuk penilaian efektifitas manajemen sumber daya manusia.

- 2) Untuk pemeliharaan (*Maintenance*), menyangkut dorongan orang yang dinilai supaya melanjutkan hal-hal yang dikerjakan dengan baik.
- 3) Untuk mengembangkan (*Development*), sebagai informasi untuk mengambil keputusan guna pengembangan personal seperti promosi, mutasi, rotasi, terminasi dan penyesuaian kompensasi.

Sedangkan menurut Mangkunegara tujuan penilaian kinerja adalah

- 1) Sebagai dasar dalam mengambil keputusan yang digunakan untuk prestasi, pemberhentian dan besarnya balas jasa.
- 2) Untuk mengukur sejauh mana seorang karyawan dapat menyelesaikan pekerjaannya.
- 3) Sebagai dasar untuk mengevaluasi efektivitas seluruh kegiatan dalam perusahaan.
- 4) Sebagai dasar untuk mengevaluasi program latihan dan keefektifan jadwal kerja, metode kerja, struktur organisasi, gaya pengawasan, kondisi kerja dan pengawasan.
- 5) Sebagai indikator untuk menentukan kebutuhan akan latihan bagi karyawan yang berada di dalam organisasi.
- 6) Sebagai alat untuk meningkatkan motivasi kerja karyawan sehingga dicapai *performance* yang baik.
- 7) Sebagai alat untuk dapat melihat kekurangan atau kelemahan dan meningkatkan kemampuan karyawan selanjutnya.
- 8) Sebagai kriteria menentukan, seleksi dan penempatan karyawan.
- 9) Sebagai alat untuk memperbaiki atau mengembangkan kecakapan karyawan.

10) Sebagai alat untuk memperbaiki atau mengembangkan uraian tugas (*job description*).⁴⁸

c. Metode Penilaian Kinerja

Terdapat beberapa metode penilaian kinerja yang dapat digunakan yaitu :⁴⁹

1) Metode penilaian yang berorientasi masa lalu.

Teknik yang sering digunakan dalam metode ini, meliputi :

- a) Rating soal, yaitu penilaian yang berbentuk formulir dan berisi unsur-unsur atau tanggapan yang akan dinilai dengan menggunakan skala pengukuran Likert, seperti; baik sekali (bobot 5), baik (bobot 4), sedang (bobot 3), kurang (bobot 2), kurang sekali (bobot1).
- b) *Checklist*, adalah teknik penilaian yang digunakan untuk menyeleksi pernyataan yang menjelaskan karakteristik karyawan dengan menggunakan formulir yang berisi unsur-unsur yang akan dinilai dengan tanda cek, misalnya formulir *Weighted Performance Check List*.
- c) *Critical Incident* adalah metode penilaian yang mengarahkan pembuat perbandingan untuk mencari pernyataan yang menggambarkan tingkah laku karyawan baik dan buruk dihubungkan dengan cara kerja mereka.
- d) *Field Review*, adalah merupakan metode penilaian prestasi kerja dengan melakukan tes keahlian.
- e) *Group Evaluation Method*, adalah teknik penilaian untuk mengevaluasi kelompok karyawan dalam memutuskan pembayaran kenaikan kompensasi, pangkat/jabatan dan pengaturan pemberian penghargaan dengan cara membuat

rangking dari yang terbaik sampai yang terburuk. Metode ini terdiri dari; (1) metode peringkat adalah metode yang membandingkan karyawan yang satu dengan yang lain dalam mengerjakan pekerjaan dari yang terbaik sampai yang terburuk; (2) distribusi kekuatan, yaitu metode penilaian dengan membuat perbandingan atau penilai mengelompokkan dan memisahkan para karyawan dalam klasifikasi yang berbeda-beda; (3) metode alokasi merupakan bentuk lain dari penilaian distribusi kekuatan. Penilai membuat perbandingan dengan memberikan sejumlah angka keseluruhan untuk dialokasikan kepada para pekerja dalam kelompok-kelompok; (4) metode perbandingan berpasangan, yaitu melakukan perbandingan masing-masing karyawan dengan karyawan lain. Setiap pasangan yang akan dibandingkan berdasarkan faktor-faktor prestasi akan dengan mudah menentukan siapa diantara kedua yang relative lebih berprestasi.

2) Metode penilaian yang berorientasi masa depan

Metode penilaian yang berorientasi masa depan meliputi 4 cara yang digunakan, yaitu ;

- a) Penilaian diri sendiri
- b) Penilaian psikologi, dilakukan dengan wawancara, tes psikologi, bertukar pendapat dengan penanya dan diakhiri dengan penilaian.
- c) Pendekatan manajemen berdasarkan sasaran
- d) Teknik pusat penilaian.

d. Penilaian Sendiri (*Self Assessment*)

Kinerja individu dilihat dengan *self assessment* yaitu penilaian yang dilakukan oleh karyawan sendiri dengan harapan karyawan tersebut dapat lebih mengenal kekuatan-kekuatan dan kelemahan-kelemahan dirinya sehingga mampu mengidentifikasi aspek-aspek perilaku kerja yang perlu diperbaiki pada masa yang akan datang. Keuntungan penilaian diri sendiri (*self appraisal*) ini karena dapat berpartisipasi dalam proses penilaian prestasi kerja, meningkatkan motivasi kerja, mengurangi penolakan pada saat dinilai, memperbaiki diri sendiri, dapat menentukan tujuan-tujuan yang akan datang secara mandiri dan melatih diri karyawan untuk menentukan dan merencanakan sendiri kerjanya di masa yang akan datang.¹⁴

Salah satu keuntungan metode *self assessment*, teknik evaluasi penilaian diri berguna bila tujuan evaluasi adalah untuk melanjutkan pengembangan diri. Bila karyawan menilai dirinya, perilaku defensif cenderung tidak terjadi, sehingga upaya perbaikan diri juga cenderung dilaksanakan. Kelemahan metode ini adalah responden akan lebih-lebihkan dalam membuat penilaian terhadap dirinya.²⁶

Menurut Ilyas (2001) penilaian sendiri dipengaruhi oleh sejumlah faktor seperti faktor kepribadian, pengalaman, pengetahuan serta sosial demografi seperti suku dan pendidikan. Pada penilaian sendiri juga akan memungkinkan pemberian skor yang tinggi diberikan oleh karyawan tersebut untuk menilai pekerjaan mereka sendiri. Obyek/jenis penilaian kinerja dan jumlah obyek yang dinilai belum diperoleh kesepakatan pandangan. Hal

ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, apabila beragamnya jenis jabatan, kualifikasi tenaga dan tujuan penilaian itu sendiri itu berbeda-beda.¹⁸

Penilaian kerja seseorang menurut Podsakoff et al. 1990 cit Amriyati (2003), ada 5 ciri yaitu : (1). *Altruism* (mementingkan orang lain) ialah perilaku ingin membantu orang lain yang bermasalah/kesulitan. (2). *Conscientiousness* (ketelitian) yaitu perilaku bekerja dengan baik melebihi ketentuan peran minimum dalam hal kehadiran, mematuhi peraturan, menggunakan waktu istirahat, dan sebagainya. (3). *Sportmanship* (lapang dada) adalah suatu kemampuan untuk menerima keadaan yang tidak ideal, tidak mengeluh, menghadapi pengaduan, balas dendam dan keributan, (4). *Courtesy* (keramahan) yaitu perilaku yang mengarah pada preventif/pencegahan persoalan dengan orang lain yang berkaitan dengan pekerjaan. (5). *Civic Virtue* (kesopanan) yaitu perilaku yang menunjuk bahwa ia mau berpartisipasi dan peduli terhadap jalannya rumah sakit.²⁸

5. Persepsi

a. Pengertian Persepsi

Rakhmat (2001) mendefinisikan persepsi adalah memberi makna pada stimuli inderawi, berupa pengalaman terhadap obyek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan.⁵⁰

Gibson, dkk (1996) menyatakan “ Persepsi merupakan proses pemberian arti oleh individu terhadap lingkungannya. Kesan yang diterima dipengaruhi oleh pengalaman individu melalui proses

belajar, karakteristik obyek yang diamati, serta aspek-aspek dari individu itu sendiri.¹⁷

Persepsi adalah suatu proses individu memilih, mengorganisasi dan menafsirkan informasi untuk menciptakan satu gambaran yang bermakna. Persepsi seseorang dapat berbeda satu sama lainnya. Meskipun dihadapkan pada situasi dan kondisi yang sama. Hal ini dipandang dari suatu gagasan bahwa kita semua menerima suatu obyek rangsangan melalui penginderaan, penglihatan, pembauan, perabaan dan perasaan.⁴⁴

b. Selektifitas Persepsi

Selektivitas persepsi ini dapat dipengaruhi oleh :³¹

1) Faktor perhatian dari luar

Faktor perhatian dari luar terdiri dari pengaruh-pengaruh lingkungan luar seperti intensitas, ukuran, kontras, repetisi, gerakan, keterbaruan dan keterbiasaan.

2) Faktor perhatian dari dalam

Faktor ini penting karena didasarkan pada masalah psikologis individu yang bersifat kompleks. Manusia akan memilih stimulasi atau situasi-situasi lingkungan yang dianggap menarik dan yang bersesuaian dengan proses belajar, motivasi, dan kepribadian.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi adalah sebagai berikut :^{31,44}

1) Perilaku persepsi

Jika seseorang melihat sebuah target dan mencoba untuk memberikan interpretasi apa yang dia dilihat, interpretasi tersebut

sangat dipengaruhi oleh karakteristik pribadi yang dapat mempengaruhi persepsi adalah sikap, motif, interest, pengalaman masa lalu dan ekspresi.

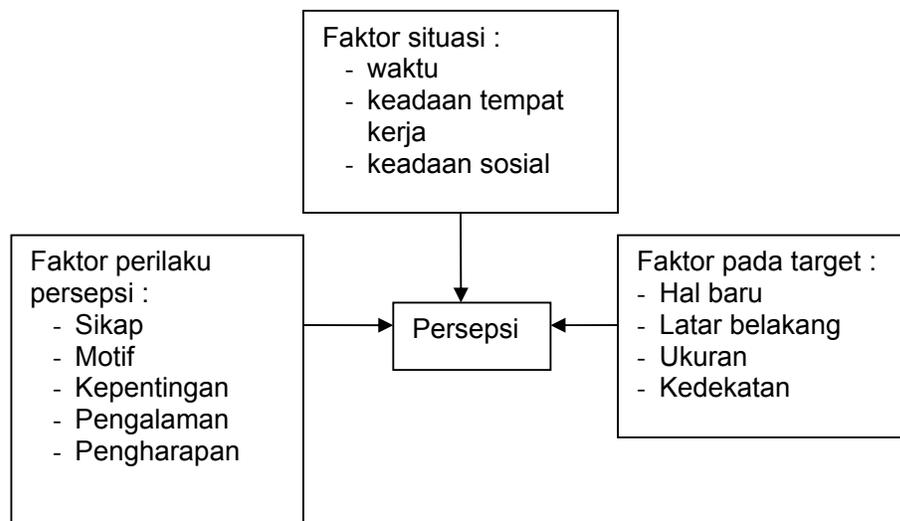
2) Target persepsi

Karakteristik dari target yang diamati dapat mempengaruhi apa yang dipersepsikan karena tidak dipandang dalam keadaan terisolasi. Obyek yang letaknya saling berdekatan akan cenderung dipersepsikan, sebagai kelompok yang terpisahkan. Faktor pada target mencakup hal-hal baru, gerakan, latar belakang, kedekatan.

3) Situasi

Elemen-elemen dalam lingkungan sekitarnya dapat mempengaruhi persepsi. Hal ini mencakup waktu, keadaan/tempat, keadaan sosial.

Situasi mempengaruhi persepsi individu. Waktu atau tempat dimana suatu obyek atau peristiwa itu dilihat dapat mempengaruhi persepsi seseorang.



Gambar 2.1. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi (Robbins).

B. KEBIJAKAN POLIKLINIK KESEHATAN DESA

Peraturan Gubernur Jawa Tengah nomor 90 tahun 2005 tentang pelaksanaan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) kabupaten/kota di Propinsi Jawa Tengah mensyaratkan adanya unsur pendukung berdirinya sebuah PKD, salah satunya yaitu ada tenaga pengelola (teknis) dengan syarat sebagai tenaga pengelola tetap (*full-timer*), bertempat tinggal di PKD atau berdomisili di desa dimana PKD berada dan dibantu oleh masyarakat (kader kesehatan, PKK, kader dasa wisma dan lainnya). Dengan kebijakan ini status bidan di desa (baik PNS maupun PTT) dapat juga berstatus sebagai bidan pelaksana PKD.^{5,7,8,51}

1. Pengertian

Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) adalah merupakan suatu Upaya Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk oleh, untuk, dan bersama masyarakat setempat atas dasar musyawarah desa/kelurahan yang didukung oleh tenaga kesehatan profesional untuk melakukan upaya kesehatan promotif, preventif dan kuratif, sesuai dengan kewenangannya dibawah pembinaan teknis Puskesmas.

2. Maksud dan Tujuan

a. Maksud

- 1) Menggerakkan pembangunan desa berwawasan kesehatan.
- 2) Memberdayakan masyarakat dalam upaya kesehatan.
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan dasar.

b. Tujuan

- 1) Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
- 2) Meningkatkan pemberdayaan individu, keluarga dan masyarakat dalam upaya kesehatan.

3) Meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan dasar, pertolongan pertama dalam penanganan kasus-kasus kegawatdaruratan dan pelayanan kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya.

3. Fungsi PKD

- a. Sebagai tempat untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan masyarakat.
- b. Sebagai tempat untuk melakukan pembinaan kader/pemberdayaan masyarakat serta forum komunikasi pembangunan kesehatan di desa.
- c. Sebagai tempat memberikan pelayanan kesehatan dasar termasuk kefarmasian sederhana untuk deteksi dini dan penanggulangan pertama kasus kegawatdaruratan.

4. Pokok-pokok Pelayanan Kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh PKD meliputi :

- a. Pelayanan kesehatan ibu.
 - 1) Pemeriksaan kehamilan, termasuk imunisasi TT pada ibu hamil dan deteksi dini resiko tinggi pada kehamilan.
 - 2) Pertolongan persalinan normal dan persalinan resiko sedang.
 - 3) Pelayanan kesehatan ibu nifas dan menyusui.
 - 4) Mendeteksi dan memberikan pertolongan pertama pada kehamilan dan persalinan yang beresiko tinggi.
- b. Pelayanan KB.
- c. Pelayanan kesehatan neonatal, bayi, balita dan pra sekolah.
 - 1) Perawatan neonatal.
 - 2) Perawatan bayi, balita, pra sekolah, termasuk pemantauan tumbuh kembang anak.

- d. Pelayanan imunisasi dasar bayi.
 - e. Pelayanan gizi.
 - 1) Pemantauan status gizi balita.
 - 2) Pemberian vitamin A.
 - 3) Pemberian makanan tambahan (PMT).
 - 4) Konseling gizi.
 - f. Perawatan kesehatan untuk kasus dengan gejala tertentu.
 - g. Pelayanan pengobatan sederhana dan deteksi dini penyakit menular tertentu (Tb Paru, Malaria, DBD, PD3I).
 - h. Pelayanan kegawatdaruratan :
 - 1) Pertolongan pertama pada kecelakaan dan bencana.
 - 2) Pertolongan pertama kasus kegawatdaruratan gejala penyakit tertentu.
 - i. Pelayanan laboratorium (tes kehamilan, Hb, Protein urine, pengambilan spesimen kasus tertentu).
 - j. Pelayanan kefarmasian (obat-obat sesuai kewenangan).
5. Unsur-unsur Pendukung Poliklinik Kesehatan Desa
- a. Partisipasi aktif masyarakat
 - b. Tenaga pengelola Poliklinik Kesehatan Desa
 - 1) Poliklinik Kesehatan Desa dikelola oleh tenaga pengelola tetap (*full-timer*), bertempat tinggal di Poliklinik Kesehatan Desa atau berdomisili di desa dimana Poliklinik Kesehatan Desa berada dan dibantu oleh masyarakat (kader kesehatan, PKK, kader dasa wisma dan lainnya).
 - 2) Tenaga pengelola Poliklinik Kesehatan Desa terdiri dari :
 - a) Dua orang tenaga teknis, yaitu 1 (satu) orang Bidan di Desa atau Perawat dan 1 (satu) orang Sanitarian (Pendidikan

SPPH atau D-3 Kesehatan Lingkungan) yang sudah mengikuti pelatihan kompetensi pengelolaan Poliklinik Kesehatan Desa.

b) Satu orang tenaga non teknis yakni tenaga pengelola Poliklinik Kesehatan Desa yang berasal dari kader kesehatan setempat.

c. Persyaratan bangunan Poliklinik Kesehatan Desa

- 1) Bangunan disesuaikan dengan kondisi setempat
- 2) Tersedia ruangan/tempat pemeriksaan, ruang perawatan dan ruang persalinan yang terpisah dari ruang keluarga.
- 3) Setiap ruangan berukuran minimal 3x4 meter.
- 4) Memenuhi syarat rumah sehat (bersih, penerangan cukup, ventilasi cukup, lantai dan dinding tidak lembab, tersedia sumber air bersih, WC, dan sarana pembuangan air limbah tempat sampah dan ada tempat cuci tangan).

6. Lokasi Poliklinik Kesehatan Desa

- a. Jauh dari tempat pelayanan kesehatan lainnya (misalnya Puskesmas, Pustu, Rumah Sakit, Praktik Bidan Swasta dan lainnya)
- b. Dekat dengan pemukiman penduduk, sehingga mudah dicapai oleh penduduk setempat (baik dengan kendaraan roda dua maupun empat).
- c. Memenuhi persyaratan lingkungan sehat (jauh dari kandang ternak, TPA sampah dan lainnya).

7. Peralatan/bahan minimal yang harus dipenuhi di Poliklinik Kesehatan Desa

- a. Peralatan medis terdiri dari Bidan Kit dan Peralatan Medis Dasar sederhana (PKD kit).
- b. Tempat tidur beserta perlengkapannya untuk pemeriksaan
- c. Lemari obat dan obat-obatan sederhana sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 dan keputusan Menteri Kesehatan Nomor 83/Menkes/SK/VIII/2004.
- d. Meja dan kursi untuk pencatatan dan pemeriksaan.
- e. Bahan habis pakai (misalnya kapas, plester, sabun dan lanilla).
- f. Media penyuluhan (misalnya : lembar balik, poster, liaflet dan lanilla).
- g. Formular-formulir untuk pencatatan.

8. Pembiayaan

Biaya pelayanan kesehatan dan biaya operasional Poliklinik Kesehatan Desa mengacu pada :

- a. Musyawarah bersama antara pengelola Poliklinik Kesehatan Desa, masyarakat dan Pemerintah Desa serta ditetapkan dengan Keputusan Desa.
- b. Praupaya (misalnya : Dana Sehat, Tabulin dan lainnya).

9. Wewenang, Tanggung Jawab, Hak dan Kewajiban Poliklinik Kesehatan Desa

a. Wewenang Poliklinik Kesehatan Desa

Wewenang tenaga kesehatan pengelola Poliklinik Kesehatan Desa mengacu pada :

- 1) Kepmenkes nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan

2) Kepmenkes nomor 1239/Menkes/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat serta Surat Persetujuan PB IDI nomor 380/PB/E1/05/2001 Tanggal 16 Mei 2001 tentang Persetujuan Pelimpahan Wewenang Prosedur Tindakan Medik Terbatas Bagi Perawat dan Bidan di Puskesmas. (Namun Surat Persetujuan oleh PB IDI ini telah dicabut sejak tanggal 11 Agustus 2006 dengan Surat nomor 2032/PB/E.1/08/2005 dan sampai sekarang masih belum dibuat landasan hukum untuk mengganti hal tersebut).

b. Tanggung jawab Poliklinik Kesehatan Desa

- 1) Tanggung jawab wilayah Poliklinik Kesehatan Desa bertanggung jawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya.
- 2) Tanggung jawab keterpaduan; Poliklinik Kesehatan Desa menupayakan keterpaduan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan, mulai dari tahap perencanaan sampai dengan evaluasi.
- 3) Tanggung jawab pemberdayaan; Poliklinik Kesehatan Desa bertanggung jawab dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.
- 4) Tanggung jawab pelayanan kesehatan deteksi dini, kegawatdaruratan dan rujukan sesuai kemampuan; Poliklinik Kesehatan Desa bertanggung jawab dalam upaya melakukan deteksi dini, pencegahan dan penanggulangan kegawatdaruratan masalah-masalah kesehatan baik kesehatan perorangan maupun kesehatan masyarakat, serta

merujuk/melaporkan apabila ada masalah-masalah kesehatan yang tidak bisa ditangani di Poliklinik Kesehatan Desa.

10. Hak dan Kewajiban Poliklinik Kesehatan Desa

a. Hak-hak Poliklinik Kesehatan Desa

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka upaya deteksi dini, kegawatdaruratan dan merujuk pasien sesegera mungkin apabila menemukan kasus-kasus beresiko tinggi dan diluar kewenangannya.
- 2) Mendapatkan pembinaan, baik pembinaan teknis kesehatan maupun pembinaan manajemen pengelolaan Poliklinik Kesehatan Desa.
- 3) Mendapatkan alokasi Anggaran Pendapatan Desa untuk pemeliharaan baik pemeliharaan bangunan, peralatan atau lainnya.
- 4) Mendapatkan pelatihan-pelatihan yang dilaksanakan oleh sektor terkait dalam rangka peningkatan kemampuan pelayanan.
- 5) Mendapatkan jasa pelayanan sesuai dengan hasil kesepakatan dengan pihak pemerintah desa.

b. Kewajiban Poliklinik Kesehatan Desa

- 1) Membuat catatan dan melaporkan semua kegiatan secara berkala ke Puskesmas setempat dengan tembusan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota segala kegiatannya dengan menggunakan lembar isian yang sudah ditentukan.
- 2) Membuat catatan dan melaporkan kondisi kesehatan masyarakat di wilayahnya secara berkala ke Puskesmas

setempat dengan tembusan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

- 3) Merujuk apabila ada pasien yang dalam keadaan di luar batas kemampuan dan kewenangannya ke unit pelayanan kesehatan yang lebih mampu memberikan pertolongan atau yang terdekat dengan memperhatikan dan mengutamakan keselamatan pasien tersebut.
- 4) Membuat laporan Kejadian Luar Biasa (KLB) paling lambat 1 x 24 jam.

11. Indikator Keberhasilan Poliklinik Kesehatan Desa

- a. Keberhasilan proses Pembangunan berwawasan Kesehatan
 - 1) Ada forum kesehatan desa yang aktif
 - 2) Ada dokumen perencanaan pembangunan kesehatan di desa
 - 3) Ada pembiayaan dari desa/masyarakat untuk pembangunan kesehatan di desa
 - 4) Ada kegiatan koordinasi yang membahas pembangunan kesehatan di tingkat desa
 - 5) Ada kegiatan monitoring dan evaluasi kegiatan kesehatan di desa secara tim.
- b. Keberhasilan Pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat
 - 1) Upaya penyuluhan kesehatan dengan memanfaatkan potensi yang ada.
 - 2) Upaya pemasaran pelayanan Poliklinik Kesehatan Desa.
 - 3) Posyandu mandiri
 - 4) Pemanfaatan Poliklinik Kesehatan Desa oleh masyarakat sebagai tempat persalinan
 - 5) Ada gerakan mendukung perilaku hidup bersih dan sehat.

- 6) Ada gerakan Pemberantasan sarang Nyamuk (PSN).
 - 7) Ada gerakan kesehatan perumahan dan lingkungan.
 - 8) Rujukan kasus resiko tinggi maternal dari masyarakat
 - 9) Ada upaya pengendalian faktor resiko (PFR) untuk kasus maternal, gizi, penyakit menular, atau masalah kesehatan lainnya.
- c. Keberhasilan pelayanan kesehatan
- 1) Cakupan pelayanan dibanding sasaran yang ada.
 - 2) Peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. (sesuai jenis pelayanan).
- d. Keberhasilan kesehatan masyarakat
- 1) Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat keluarga
 - 2) Peningkatan sanitasi dasar
 - 3) Penurunan kasus penyakit dan masalah kesehatan.
 - 4) Peningkatan status kesehatan masyarakat
 - 5) Peningkatan status gizi masyarakat.

12. Pembinaan, Pengawasan dan Sanksi Poliklinik Kesehatan Desa

- a. Pembinaan dan Pengawasan Poliklinik Kesehatan Desa:
- 1) Pembinaan Teknis pelayanan kesehatan oleh puskesmas dan organisasi profesi (IBI, PPNI, dan lainnya).
 - 2) Pembinaan administrasi oleh Pemerintahan Desa.
 - 3) Pengawasan oleh semua sektor lain yang terkait di tingkat Kecamatan maupun Kabupaten/Kota, misalnya Pemerintah daerah Kabupaten/Kota, LSM, PKK dan instansi terkait lainnya.
- b. Sanksi
- 1) Tindakan administratif berupa pencabutan ijin sementara atau pencabutan ijin tetap.

- 2) Tindakan pidana lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

C. KINERJA BIDAN PELAKSANA POLIKLINIK KESEHATAN DESA

Ilyas (2001), menyatakan bahwa tingkat kinerja tenaga kesehatan secara makro dapat diketahui dengan mempelajari beberapa indikator upaya pelayanan kesehatan. Indikator kinerja ini bersifat tidak langsung dan banyak yang mempertanyakan apakah cukup sah menggunakan indikator tersebut untuk melihat kinerja. Seperti diketahui kinerja merupakan akumulasi usaha banyak faktor sumber daya manusia. Meskipun demikian indikator makro masih dapat digunakan untuk melihat gambaran tingkat kinerja, sepanjang mutu data yang mendukung indikator sah. Adapun indikator kinerja makro adalah :¹⁸

- a. Upaya kesehatan ibu dan anak dengan indikator ; cakupan pelayanan antenatal, cakupan pertolongan persalinan, dan cakupan pelayanan neonatal.
- b. Keluarga berencana dengan indikator ; cakupan peserta baru aktif, dan cakupan metode kontrasepsi efektif terpilih.
- c. Imunisasi dengan indikator ; cakupan dan tingkat drop out imunisasi bayi dan anak, dan cakupan imunisasi TT2 bumil.
- d. Gizi dengan indikator ; cakupan distribusi kapsul vitamin A, cakupan tablet besi (Fe), dan cakupan distribusi kapsul minyak beryodium.
- e. Peran serta masyarakat dengan indikator ; rasio kader per posyandu, dan cakupan penimbangan per posyandu.

Kinerja personil dari aspek mikro biasanya dilihat secara individual dari unit organisasi kesehatan. Menurut Ilyas (2001), ada dua aspek yang dapat dinilai, yaitu keluaran dan proses atau perilaku kerja. Indikator ini

tergantung pada jenis pekerjaan dan fokus penilaian yang akan dilakukan. Apabila pekerjaan yang sifatnya berulang dan keluaran mudah ditentukan, penilaian kinerja ditentukan pada keluaran. Sedangkan pekerjaan yang hasilnya sulit diidentifikasi seperti ; jasa pelayanan kesehatan fokus penilaian ditujukan kepada aktifitas atau proses.¹⁸

Standar yang mendasari praktik bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di PKD adalah Standar Praktik Kebidanan (SPK) ditambah landasan hukum praktik kebidanan sebagai pelaksana PKD yaitu : 1.) Kepmenkes nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan, 2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, pasal 15.^{7, 51,52}

Pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh PKD meliputi :

- a. Pelayanan kesehatan ibu.
 - 1) Pemeriksaan kehamilan, termasuk imunisasi TT pada ibu hamil dan deteksi dini resiko tinggi pada kehamilan.
 - 2) Pertolongan persalinan normal dan persalinan resiko sedang.
 - 3) Pelayanan kesehatan ibu nifas dan menyusui.
 - 4) Mendeteksi dan memberikan pertolongan pertama pada kehamilan dan persalinan yang beresiko tinggi.
- b. Pelayanan KB.
- c. Pelayanan kesehatan neonatal, bayi, balita dan pra sekolah.
 - 1) Perawatan neonatal.
 - 2) Perawatan bayi, balita, pra sekolah, termasuk pemantauan tumbuh kembang anak.
- d. Pelayanan imunisasi dasar bayi.

- e. Pelayanan gizi.
 - 1) Pemantauan status gizi balita.
 - 2) Pemberian vitamin A.
 - 3) Pemberian makanan tambahan (PMT).
 - 4) Konseling gizi.
- f. Perawatan kesehatan untuk kasus dengan gejala tertentu.
- g. Pelayanan pengobatan sederhana dan deteksi dini penyakit menular tertentu (Tb Paru, Malaria, DBD, PD3I).
- h. Pelayanan kegawatdaruratan :
 - 1) Pertolongan pertama pada kecelakaan dan bencana.
 - 2) Pertolongan pertama kasus kegawatdaruratan gejala penyakit tertentu.
- i. Pelayanan laboratorium (tes kehamilan, Hb, Protein urine, pengambilan spesimen kasus tertentu).
- j. Pelayanan kefarmasian (obat-obat sesuai kewenangan).

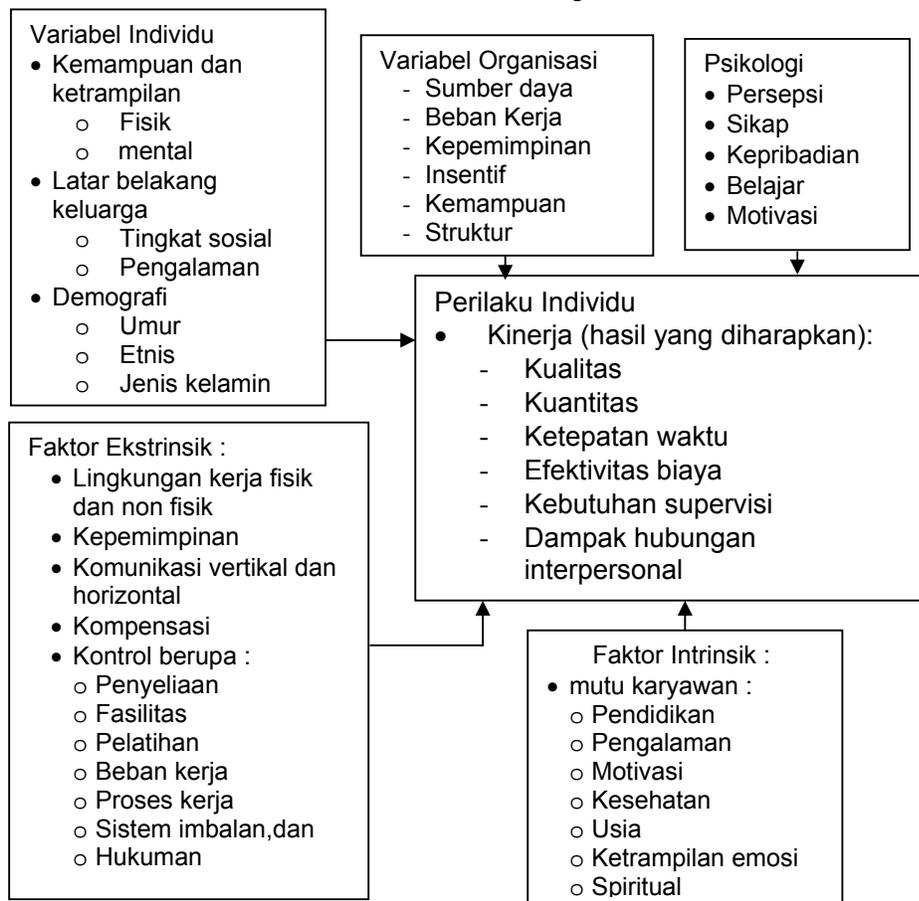
Pelayanan di Poliklinik Kesehatan Desa meliputi pelayanan didalam gedung dan diluar gedung, meliputi .⁵¹

- 1. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan masyarakat
- 2. Melakukan pemeriksaan fisik penderita
- 3. Memberikan pelayanan kesehatan dasar.
- 4. Memberikan pertolongan persalinan normal.
- 5. Memberikan pertolongan pertama kasus rujukan.
- 6. Memberikan pertolongan pelayanan dan pengobatan pada kelainan ginekologi yang meliputi keputihan, perdarahan, tidak teratur dan penundaan haid.
- 7. Memantau tumbuh kembang anak
- 8. Memberikan imunisasi dasar

9. Memberikan pelayanan gizi yang mencakup Pemberian Makanan Tambahan (PMT), pembagian paket pertolongan gizi, seperti Fe, Vit A.
10. Perawatan balita gizi buruk yang menolak dirawat.
11. Membuat catatan dan melaporkan semua kegiatan secara berkala ke Puskesmas setempat.
12. Dalam keadaan tidak terdapat dokter yang berwenang di wilayah tersebut atau di daerah terpencil, bidan di Poliklinik Kesehatan Desa dapat memberikan pelayanan pengobatan pada penyakit ringan.

D. KERANGKA TEORI

Gambar 2.2. Kerangka Teori



Sumber : Diagram skematis variabel-variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja modifikasi dari Gibson cit Ilyas (2001) dan Sjafrli Mangkuprawira & Aida Vitayala (2007).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

E. VARIABEL PENELITIAN

1. Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah :

- a. Faktor Intrinsik meliputi : motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan, persepsi terhadap kompensasi, persepsi terhadap beban kerja, persepsi terhadap penyeliaan/supervisi, pengalaman, pelatihan.
- b. Karakteristik Individu meliputi : umur, pendidikan, status perkawinan, masa kerja, status kepegawaian.

2. Variabel Terikat

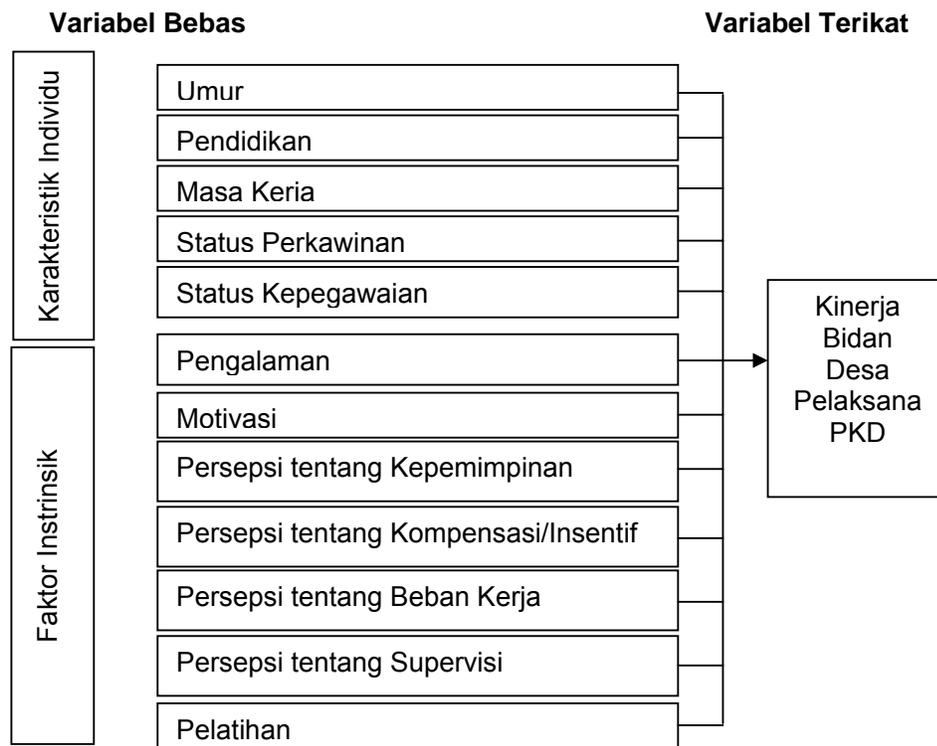
Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kinerja bidan desa sebagai pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.

F. HIPOTESIS PENELITIAN

1. Ada hubungan antara umur dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.
2. Ada hubungan antara pendidikan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.
3. Ada hubungan antara status perkawinan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.
4. Ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.
5. Ada hubungan antara status kepegawaian dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.

6. Ada hubungan antara pengalaman dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.
7. Ada hubungan antara motivasi dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.
8. Ada hubungan antara persepsi tentang kepemimpinan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.
9. Ada hubungan antara persepsi tentang kompensasi/insentif dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.
10. Ada hubungan antara persepsi tentang beban kerja dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.
11. Ada hubungan antara persepsi tentang penyeliaan/supervisi dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.
12. Ada hubungan antara pelatihan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.

G. KERANGKA KONSEP PENELITIAN



H. RANCANGAN PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik karena bersifat mengamati hubungan antara variabel-variabel penelitian dan pengujian hipotesis, dengan pendekatan waktu pengumpulan data menggunakan rancangan potong lintang (*Cross Sectional*) di mana data yang menyangkut variabel bebas atau risiko dan variabel terikat atau variabel akibat, akan dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan.⁵³ Penelitian ini bertujuan untuk meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal. Penelitian kuantitatif ini didukung dengan penelitian kualitatif, tujuannya untuk menggali gagasan lebih dalam sehingga mempertajam informasi yang diterima.

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Pendekatan waktu yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah *cross sectional* (belah lintang) artinya mengadakan pengamatan sekali terhadap beberapa variabel dalam jangka waktu yang bersamaan.^{53,54}

3. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh dari dua sumber, yaitu :

a. Data Primer

- 1) Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari responden melalui tehnik wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur yang telah disediakan. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu petugas pewawancara. Sebelum turun ke lapangan pewawancara dilatih terlebih

dahulu tentang tehnik wawancara dan cara pengisian kuesioner agar didapat kesamaan persepsi dengan peneliti.

2) *Focus Group Discussion* (FGD)

Bertujuan untuk menggali gagasan responden terhadap pertanyaan/kuesioner yang telah diberikan pada waktu wawancara, bersifat eksploratif sehingga dapat memperkaya informasi tentang kinerja bidan desa pelaksana PKD dan faktor-faktor yang berhubungan dengan hal tersebut. Dalam penelitian ini FGD dilakukan jika dari hasil analisis kuantitatif ditemukan masalah.⁵⁵

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari lingkungan penelitian seperti hasil penelitian sebelumnya, laporan-laporan bulanan KIA, data tentang hasil pelayanan kesehatan dasar di PKD dari Subdin Kesga dan data mengenai catatan administrasi kepegawaian, tempat (lokasi) kerja bidan di desa dari Bagian Umum & Kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal.

4. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh bidan desa pelaksana PKD yang bekerja di puskesmas Kabupaten Kendal terhitung mulai 1 Januari 2004 sampai dengan 30 Juni 2007 tersebar di 20 kecamatan di 27 Puskesmas se-Kabupaten Kendal yang sejumlah 143 orang dari 285 desa.

5. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian

Pengambilan sampel penelitian dilakukan dengan menggunakan rumus sampling bertahap berganda (*multistage random*

sampling yaitu penarikan sampel yang biasa dilakukan pada populasi yang anggotanya tersebar pada wilayah yang luas.⁵⁶

Sebelum dilakukan *sampling*, peneliti memberikan beberapa batasan atau kriteria inklusi dan eksklusi bagi subyek penelitian (bidan desa pelaksana PKD).

Adapun kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Berstatus bidan desa yang bekerja sebagai pelaksana PKD.
- b. Bertugas minimal 1 tahun sebagai bidan desa pelaksana PKD.

Menurut penelitian Istiarti (1998) tentang Pemanfaatan Tenaga Bidan di Desa di Kabupaten Semarang, memberikan informasi bahwa bidan desa yang bekerja kurang dari satu tahun masih harus banyak menyesuaikan diri dengan masyarakat dalam tugasnya.⁵⁷

Kriteria eksklusi :

- a. Sedang cuti atau sedang mengikuti pendidikan sehingga kegiatan pelayanan kesehatan tidak optimal.
- b. Sedang sakit yang mengakibatkan gangguan yang serius terhadap kinerja pelayanan PKD

Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi tersebut maka jumlah populasi menjadi 103 orang.

Perhitungan jumlah sampel dilakukan dengan rumus *Simple Random Sampling* (Lemeshow, et.al, 1997) adalah .⁵⁸

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} P[1-P]}{d^2}$$

Keterangan :

P = perkiraan proporsi bidan PKD yang memiliki kinerja tidak baik (0,5/50%)

1- P = perkiraan proporsi bidan PKD yang memiliki kinerja baik (0,5/50%)

Z = tingkat kepercayaan 95% (1,96)

n = besar sampel

d = derajat ketepatan sebesar 5% (0,12)

Berdasarkan perhitungan diatas maka diperoleh hasil n (besar sampel) sejumlah 66,66 atau 67 (enam puluh tujuh) orang. Untuk meyakinkan tingkat penyebaran sampel yang merata menurut Gulo (2002), maka digunakan teknik penarikan sampel secara bertahap berganda dimana penarikan sampel ini biasanya digunakan pada populasi yang anggotanya tersebar pada wilayah yang luas. Tahap pertama dipilih secara purposif atau acak kecamatan sampel, tahap kedua dipilih desa yang memiliki PKD dimana bidan desa sebagai pelaksanaanya yang memenuhi kriteria inklusi ditentukan berdasarkan beberapa strata : kecamatan (desa) kota, kecamatan (desa) pinggir kota, kecamatan (desa) pedalaman, kecamatan (desa) tertinggal.⁵⁶

6. Definisi Operasional Varabel Penelitian

a. Umur

Umur didefinisikan sebagai umur responden dalam tahun sejak kelahiran sampai saat penelitian. Kelahiran diketahui dari kartu tanda penduduk (KTP) atau tanda pengenal lainnya. Dalam penelitian ini umur dihitung berdasarkan ulang tahunnya, enam bulan atau lebih dibulatkan keatas dan kurang dari enam bulan dibulatkan kebawah.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan observasi dokumen pribadi responden berupa

KTP/tanda pengenal lainnya. Sesuai dengan hasil data yang diperoleh, maka umur dikelompokkan dalam dua kategori berdasarkan rata-rata umur responden yaitu 35 tahun dimana umur terendah 26 tahun dan tertinggi 44 tahun sehingga kategorisasi adalah sebagai berikut :

- 1) Umur kurang dari 35 tahun.
- 2) Umur lebih dari 35 tahun.

Skala pengukuran : ordinal.

b. Pendidikan

Pendidikan didefinisikan sebagai tingkat pendidikan formal tertinggi yang dicapai responden. Cara mengukur : diperoleh dari keterangan responden melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan ditunjukkan dengan bukti ijazah atau data kepegawaian puskesmas .

Pengkategorianya adalah:

- 1) Kurang sesuai standar kompetensi : D I kebidanan
- 2) Sesuai standar kompetensi : D III kebidanan

Skala pengukuran : ordinal

c. Masa kerja

Masa kerja didefinisikan sebagai jumlah waktu masa kerja responden menjadi bidan di desa sampai penelitian dilakukan, diukur dalam satuan tahun. Dikategorikan dengan menggunakan ROC (*Receiver Operator Curve*) untuk menentukan titik potongnya (*Cut-off Point*). Hasil pengkategorianya adalah:

- 1) Baru : $\leq 13,5$ tahun
- 2) Lama : $> 13,5$ tahun

Skala pengukuran : ordinal.

d. Status kepegawaian

Status kepegawaian didefinisikan sebagai status kepegawaian responden pada saat penelitian dilakukan, dengan skala nominal dan kategorinya adalah : PTT (1) dan PNS (2).

e. Status perkawinan

Status perkawinan didefinisikan sebagai status perkawinan responden pada saat penelitian dilakukan, dengan skala nominal dan dikategorikan tidak kawin (1), dan kawin (2).

f. Pengalaman

Pengalaman didefinisikan sebagai keseluruhan pelajaran yang diambil oleh responden dari peristiwa-peristiwa yang dilalui selama melaksanakan tugas sebagai bidan desa. Lingkup pertanyaan pengalaman meliputi: 1) aktivitas pelayanan kesehatan dasar; 2) penanganan kehamilan dengan komplikasi; 3) penanganan persalinan dengan komplikasi; 4) penanganan ibu nifas dengan komplikasi; 5) penanganan neonatal dengan komplikasi; 6) aktivitas pelayanan deteksi tumbuh kembang anak; 7) pelayanan kegawatdaruratan; 8) pelayanan laboratorium; 9) pelayanan kefarmasian.

Cara pengukuran melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan responden diminta menyatakan jawabannya atas pernyataan tentang pengalaman sebanyak 12 pernyataan.

Adapun jawaban responden diberi skor 1 apabila "ya", diberi skor 0 apabila "tidak" untuk pertanyaan *favorable*. Jika pertanyaan *unfavorable* jawaban responden diberi skor 0 apabila "ya", diberi skor 1 apabila "tidak". Jawaban atas item yang terpisah

dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing-masing responden per kelompok variabel penelitian.

Selanjutnya variabel pengalaman dikategorikan dalam 2 kategori dengan cara ROC sebagai penentuan *cut-off point* dengan hasil :

- 1) Pengalaman Kurang : Skor total $\leq 8,5$
- 2) Pengalaman Baik : Skor total $> 8,5$

Skala pengukuran : ordinal

g. Motivasi

Motivasi didefinisikan sebagai dorongan dari dalam diri responden untuk melakukan sesuatu, dalam hal ini adalah dorongan pegawai dalam menyelesaikan kewajiban/tugas-tugasnya sebagai pelaksana PKD.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan responden diminta menyatakan persetujuannya atas pernyataan tentang motivasi sebanyak 9 pernyataan. Adapun jawaban responden diberi skor 1 apabila sangat tidak setuju, skor 2 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 4 apabila setuju dan skor 5 apabila sangat setuju (untuk pertanyaan *favorable*). Begitu juga sebaliknya jika pertanyaan *unfavorable*, jawaban responden diberi skor 5 apabila sangat tidak setuju, skor 4 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 2 apabila setuju dan skor 1 apabila sangat setuju. Jawaban atas item yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pengukuran data dilakukan

berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing-masing responden per kelompok variabel penelitian.

Selanjutnya variabel motivasi dikategorikan dalam 2 kategori dengan cara ROC sebagai penentuan *cut-off point* dengan hasil :

1) Motivasi Kurang : Skor total $\leq 37,5$

2) Motivasi Baik : Skor total $> 37,5$

Skala pengukuran : ordinal

h. Persepsi terhadap kepemimpinan

Persepsi terhadap kepemimpinan didefinisikan sebagai persepsi responden terhadap dukungan kepala puskesmas dalam bentuk kemauan untuk mengikutsertakan bidan desa pelaksana PKD pada rapat yang bertujuan untuk memecahkan masalah, mendelegasikan wewenang kepada bidan desa pelaksana PKD, memberikan respon terhadap tugas yang telah diselesaikan bidan, memberikan dukungan kepada bidan desa pelaksana PKD dalam bentuk *reward* atau fasilitas, bersikap terbuka/menerima saran, ide dan gagasan staf, keterlibatan pimpinan dalam proses pemecahan masalah, dapat menjadi teladan dan mampu bekerja sama dengan asas kemitraan terhadap staf.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan responden diminta menyatakan persetujuannya atas pernyataan tentang kepemimpinan sebanyak 8 pernyataan. Adapun jawaban responden diberi skor 1 apabila sangat tidak setuju, skor 2 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 4 apabila setuju dan skor 5 apabila sangat setuju (untuk pertanyaan *favorable*). Begitu juga sebaliknya jika

pertanyaan *unfavorable*, jawaban responden diberi skor 5 apabila sangat tidak setuju, skor 4 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 2 apabila setuju dan skor 1 apabila sangat setuju. Jawaban atas item yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing-masing responden per kelompok variabel penelitian.

Selanjutnya variabel persepsi terhadap kepemimpinan dikategorikan dalam 2 kategori dengan cara ROC sebagai penentuan *cut-off point* dengan hasil :

- 1) Persepsi Kurang Baik : Skor total $\leq 33,5$
- 2) Persepsi Baik : Skor total $> 33,5$

Skala pengukuran : ordinal

i. Persepsi terhadap kompensasi/insentif

Persepsi terhadap kompensasi/imbalance didefinisikan sebagai pemahaman responden tentang kesesuaian pemberian penghargaan/imbalance material: gaji, insentif, tunjangan non material: ikut serta pelatihan/seminar, yang diberikan sesuai dengan tugas/kegiatan yang telah dilaksanakan meliputi: 1) kecukupan jumlah uang imbalan yang diberikan; 2) kesesuaian uang yang diterima; 3) keadilan uang imbalan yang diterima; 4) kemudahan dalam mengikuti pendidikan dan pelatihan; 5) kesempatan dalam mengikuti seminar.

Cara pengukuran melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan responden diminta menyatakan persetujuannya atas pernyataan tentang kompensasi sebanyak 5 pernyataan.

Adapun jawaban responden diberi skor 1 apabila sangat tidak setuju, skor 2 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 4 apabila setuju dan skor 5 apabila sangat setuju (untuk pertanyaan *favorable*). Begitu juga sebaliknya jika pertanyaan *unfavorable*, jawaban responden diberi skor 5 apabila sangat tidak setuju, skor 4 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 2 apabila setuju dan skor 1 apabila sangat setuju. Jawaban atas item yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing-masing responden per kelompok variabel penelitian.

Selanjutnya variabel persepsi terhadap kompensasi/insentif dikategorikan dalam 2 kategori dengan cara ROC sebagai penentuan *cut-off point* dengan hasil :

- 1) Persepsi Kurang : Skor total $\leq 18,5$
- 2) Persepsi Baik : Skor total $> 18,5$

Skala pengukuran : ordinal

j. Persepsi terhadap beban kerja

Persepsi terhadap beban kerja didefinisikan sebagai pendapat bidan desa pelaksana PKD terhadap beban waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan, penuhnya usaha mental yang dilakukan untuk melakukan pekerjaan, dan muatan stres yang tinggi yang muncul karena pekerjaan tersebut. Faktor beban kerja yang dipergunakan dalam penelitian ini meliputi :

- 1) Beban waktu adalah beban waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan yang dilakukan.

- 2) Penuhnya usaha mental adalah upaya mental yang dilakukan untuk melakukan pekerjaan meliputi kompleksitas pekerjaan.
- 3) Muatan stress yang tinggi adalah beban stress yang muncul karena pekerjaan tersebut meliputi resiko dalam pekerjaan dan tuntutan akan kontrol diri yang dilakukan.

Cara pengukuran melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan responden diminta menyatakan persetujuannya atas pernyataan tentang beban kerja sebanyak 37 pernyataan.

Adapun jawaban responden diberi skor 1 apabila sangat tidak setuju, skor 2 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 4 apabila setuju dan skor 5 apabila sangat setuju (untuk pertanyaan *favorable*). Begitu juga sebaliknya jika pertanyaan *unfavorable*, jawaban responden diberi skor 5 apabila sangat tidak setuju, skor 4 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 2 apabila setuju dan skor 1 apabila sangat setuju. Jawaban atas item yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing-masing responden per kelompok variabel penelitian.

Selanjutnya variabel persepsi terhadap beban kerja dikategorikan dalam 2 kategori dengan cara ROC sebagai penentu *cut-off point* dengan hasil :

- 1) Persepsi Kurang Baik/Berat : Skor total $\leq 18,5$
- 2) Persepsi Baik/Ringan : Skor total $> 18,5$

Skala pengukuran : ordinal

k. Persepsi terhadap penyeliaan/supervisi

Persepsi terhadap penyeliaan/supervisi didefinisikan sebagai persepsi responden terhadap kemampuan kepala puskesmas dalam melakukan supervisi yang meliputi kesesuaian latar belakang, pengalaman kepala puskesmas dengan tugas pekerjaannya, kemampuan kepala puskesmas dalam menemukan masalah, kemampuan kepala puskesmas dalam memecahkan masalah, dan kemampuan kepala puskesmas dalam melakukan umpan balik hasil supervisi.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan responden diminta menyatakan persetujuannya atas pernyataan tentang supervisi sebanyak 13 pernyataan. Adapun jawaban responden diberi skor 1 apabila sangat tidak setuju, skor 2 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 4 apabila setuju dan skor 5 apabila sangat setuju (untuk pertanyaan *favorable*). Begitu juga sebaliknya jika pertanyaan *unfavorable*, jawaban responden diberi skor 5 apabila sangat tidak setuju, skor 4 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 2 apabila setuju dan skor 1 apabila sangat setuju. Jawaban atas item yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing-masing responden per kelompok variabel penelitian.

Selanjutnya variabel persepsi terhadap penyeliaan/supervisi dikategorikan dalam 2 kategori dengan cara ROC sebagai penentu *cut-off point* dengan hasil :

1) Persepsi Kurang Baik : Skor total $\leq 50,5$

2) Persepsi Baik : Skor total > 50,5

Skala pengukuran : ordinal

I. Pelatihan

Pelatihan didefinisikan sebagai pengajaran pengetahuan dan keahlian serta sikap yang pernah diikuti oleh responden (bidan desa pelaksana PKD) yang meliputi : 1) PPGD (pelayanan penderita gawat darurat), 2) manajemen WOD (warung obat desa), 3) Kapita Selekta Kebidanan, 4) MTBS (manajemen terpadu balita sakit), 5) keperawatan komunitas, 6) medis dasar, 7) gizi, 8) manajemen PKD, 9) promosi kesehatan, 10) surveilen dan sanitasi dasar.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan responden diminta menyatakan persetujuannya atas pernyataan tentang pelatihan sebanyak 10 pernyataan. Adapun jawaban responden diberi skor 1 apabila pernah mengikuti, skor 2 apabila belum pernah mengikuti.

Selanjutnya variabel pelatihan dikategorikan dalam 2 kategori dengan cara ROC sebagai penentu *cut-off point* dengan hasil :

1) Kurang : Skor total $\leq 7,5$

2) Baik : Skor total > 7,5

Skala pengukuran : ordinal

b. Kinerja bidan sebagai pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar

Kinerja bidan desa sebagai pelaksana PKD didefinisikan sebagai penampilan hasil kegiatan atau catatan yang dihasilkan dari suatu pekerjaan oleh bidan desa sebagai pelaksana PKD yang

dinilai berdasarkan 6 kriteria dasar dari Bernadin & Russel, 1998 yaitu : kualitas, kuantitas, *timeliness*, efektifitas biaya, kebutuhan supervisi dan dampak hubungan interpersonal dengan cara penilaian sendiri (*self assessment*) dalam melaksanakan tugas sebagai pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar.

- 1) Kualitas adalah tingkatan dimana proses/hasil diperoleh dengan sempurna, tampilan kerja secara ideal dan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan (rapi, tertib, akurat, terorganisir dengan baik).
- 2) Kuantitas adalah jumlah yang dihasilkan, jumlah unit, siklus dan kegiatan yang lengkap (dibandingkan dengan standar).
- 3) *Timeliness* adalah tingkatan dimana antara kegiatan dengan hasil yang diproduksi tepat waktu atau lebih awal khususnya antara koordinasi dengan keluaran yang lain, sebisa mungkin memaksimalkan waktu yang lain.
- 4) Efektifitas biaya adalah tingkatan dimana penggunaan sumber-sumber daya yang ada diorganisasi dengan optimal seperti sumber daya manusia, uang, teknologi dan material.
- 5) Kebutuhan supervisi adalah tingkatan dimana kinerja dapat membawa suatu fungsi kerja tanpa mendapatkan kembali seperti dengan bantuan supervisi atau membutuhkan intervensi untuk mencegah atau keluaran yang merugikan ((supervisi dapat memberikan manfaat bagi bawahan, mereview perkembangan pekerjaan pada jadwal kerja, mereview kebijakan administrasi, efektifitas prosedur kerja, keterbukaan dengan bawahan).

6) Dampak hubungan interpersonal (*interpersonal impact*)

Tingkat dimana kinerja mampu meningkatkan perasaan, penghargaan diri, keinginan yang baik atau cita-cita dan kerjasama antara pekerja dengan pekerja dan bagiannya (kinerja mempunyai dampak terhadap hubungan interpersonal baik dengan pegawai maupun pimpinan).

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan responden diminta menyatakan persetujuannya atas pernyataan tentang kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar sebanyak 43 pernyataan. Adapun jawaban responden diberi skor 1 apabila sangat tidak setuju, skor 2 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 4 apabila setuju dan skor 5 apabila sangat setuju (untuk pertanyaan *favorable*). Begitu juga sebaliknya jika pertanyaan *unfavorable*, jawaban responden diberi skor 5 apabila sangat tidak setuju, skor 4 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 2 apabila setuju dan skor 1 apabila sangat setuju. Jawaban atas item yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing-masing responden per kelompok variabel penelitian.

Selanjutnya, variabel kinerja dikategorikan ke dalam 2 kategori, karena data berdistribusi tidak normal maka pengkategorian berdasarkan median (166) yaitu :

- 1) Kinerja rendah : total skor \leq 166
- 2) Kinerja sedang : total skor $>$ 166

Skala pengukuran : ordinal

7. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner terstruktur berupa :

- a. Pertanyaan terbuka untuk identitas responden meliputi umur, pendidikan, masa kerja, status perkawinan dan status kepegawaian.
- b. Pertanyaan tertutup untuk pengukuran variabel pengalaman, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan, persepsi terhadap kompensasi/insentif, persepsi terhadap beban kerja, persepsi terhadap supervisi, pelatihan dan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Kendal.

Selain instrumen kuesioner terstruktur, peneliti juga menggunakan instrumen pertanyaan sebagai *Focus Discussion Group* (FGD) yang dilaksanakan setelah data kuantitatif selesai dianalisis, sehingga fungsi dari instrumen FGD adalah sebagai pelengkap informasi yang diterima peneliti. Sebelum kuesioner digunakan dalam penelitian dilakukan uji coba kuesioner dengan pengukuran validitas dan reliabilitas sebagai berikut :

a. Pengukuran validitas kuesioner

Uji validitas dimaksudkan untuk mengetahui ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya, memberikan hasil ukur yang sesuai dengan menghitung korelasi antara masing-masing pertanyaan dengan skor total. Kriteria yang digunakan untuk validitas adalah $p \leq 0,05$ maka dinyatakan valid, atau dengan uji signifikansi dilakukan dengan membandingkan nilai r hitung dengan nilai r tabel. Jika r hitung lebih besar dari r tabel

dan nilai r positif, maka butir pertanyaan tersebut dikatakan valid.⁵⁹ Kuesioner sebelum diberikan kepada responden terlebih dahulu dilakukan uji coba terhadap 30 responden.⁶⁰ Uji coba dilakukan pada bidan desa sebagai pelaksana PKD di Kabupaten Demak dimana secara geografis dan demografis sama dengan Kabupaten Kendal dan memiliki karakteristik sama dengan subyek penelitian, dimana bidan tersebut juga melaksanakan pelayanan kesehatan dasar. Pengukuran dengan wawancara menggunakan kuesioner kepada responden diminta menjawab pertanyaan dan pernyataan yang ditanyakan, kemudian mengkorelasikan pada masing-masing skor yang diperoleh pada masing-masing item pertanyaan atau pernyataan dengan skor total dan teknik korelasi yang dipakai adalah korelasi *product moment*. Apabila korelasi antar skor signifikan (p value > 5%), maka item pertanyaan tersebut tidak valid.⁵⁹ Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{N(\sum xy) - (\sum x \cdot \sum y)}{\sqrt{((\sum x^2 - (\sum x)^2) \cdot (N\sum y^2 - (\sum y)^2))}}$$

Keterangan : r = koefisien korelasi antara item (x) dan skor total (y)

x= skor tiap item

y = skor total

N = jumlah item

Hasil pengujian validitas variabel adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Hasil Uji Validitas Kuesioner Penelitian

No	Variabel	Item Pertanyaan/Pernyataan		Keterangan Item
		Seluruhnya	Tidak Valid	
1	Pengalaman	15	3	1,5,6
2	Motivasi	10	1	7
3	Persepsi terhadap kepemimpinan	8	0	-
4	Persepsi terhadap kompensasi/insentif	6	1	4
5	Persepsi terhadap beban kerja	41	2	38, 41
6	Persepsi terhadap supervisi	14	1	4
7	Pelatihan	10	2	4, 8
8	Kinerja	45	2	24, 40

Berdasarkan hasil uji validitas diatas maka pernyataan yang tidak valid dikeluarkan dari daftar pernyataan, tetapi dengan mempertimbangkan konsep dan teori yang ada, ada beberapa pernyataan yang masih tetap dipergunakan sebagai daftar pernyataan kuesioner dengan merubah kalimat dari pernyataan sehingga memudahkan responden untuk mamahami isi pernyataan yang ditawarkan peneliti. Data pertanyaan dan hasil uji validitas lengkap ada dalam lampiran.

b. Pengukuran reliabilitas kuesioner.

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan.⁵³ Uji reliabilitas adalah untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuesioner yang

diberikan. Kelayakan atau reliabilitas data diukur dari nilai *Cronbach Alpha*. Secara umum cronbach alpha lebih besar dari 0,6 menunjukkan adanya ketidakkonsistensian.⁶¹ Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan rumus :

$$r = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum \sigma b^2}{\sigma b^2} \right)$$

- Keterangan :
- r = realibilitas instrumen
 - K = banyak butir pertanyaan
 - $\sum \sigma b^2$ = jumlah varian butir
 - σb^2 = varian total

Hasil uji reabilitas dengan menggunakan koefisien alpha memberikan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.2. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Penelitian

No	Variabel	α (alpha)	Kesimpulan
1	Pengalaman	0,7709	Reliabel
2	Motivasi	0,8296	Reliabel
3	Persepsi terhadap kepemimpinan	0,9463	Reliabel
4	Persepsi terhadap kompensasi/insentif	0,9109	Reliabel
5	Persepsi terhadap beban kerja	0,9423	Reliabel
6	Persepsi terhadap supervisi	0,9305	Reliabel
7	Pelatihan	0,8437	Reliabel
6	Kinerja	0,9311	Reliabel

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan hasil uji reliabilitas kuesioner adalah baik dan menunjukkan bahwa model pertanyaan mampu memberikan jawaban dengan baik sehingga dapat

digunakan dalam penelitian ini. Dengan demikian kuesioner ini mempunyai validitas dan reliabilitas yang baik untuk dipergunakan dalam penelitian.

8. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data dan analisa data univariat maupun bivariat, dilakukan dengan menggunakan komputer yaitu program software for SPSS versi 13.0.

a. Pengolahan Data.

Setelah data berhasil dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan data sebagai berikut :

1) Editing/Cleaning

Editing data bertujuan untuk meneliti kembali jawaban yang telah diberikan oleh responden. Editing dilakukan di lapangan agar dapat mempermudah dalam proses melengkapi atau menyempurnakan data yang kurang atau tidak sesuai.

2) Koding

Yaitu langkah memberikan kode pada variabel untuk mempermudah analisa data.

3) Skoring

Yaitu memberikan skor/nilai pada setiap jawaban yang diberikan responden dalam menjawab pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner.

4) Entry Data

Yaitu memasukkan data yang telah diperoleh ke dalam komputer dengan menggunakan bantuan komputer.

5) Tabulasi Data

Mengelompokkan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian dimasukkan ke dalam tabel-tabel yang telah disiapkan.

b. Analisa Data

1) Analisa Univariat

Analisa satu variabel (*univariable*) dilakukan untuk menggambarkan semua variabel penelitian dengan cara menyusun tabel distribusi frekuensi dari masing-masing variabel.

Setelah uji univariat, peneliti akan melakukan pengumpulan data kualitatif untuk data-data yang memerlukan penjelasan lebih lanjut (mayoritas jawaban dalam analisis univariat). Adapun beberapa langkah untuk analisis data kualitatif menurut Milles Huberman⁴³⁾ dilakukan melalui tahapan sebagai berikut :

- a) Mengumpulkan hasil diskusi.
- b) Menganalisis isi, dengan membandingkan kata-kata yang dipakai dalam jawaban-jawaban yang diberikan dan mempertimbangkan penekanan pertanyaan serta konsistensi komentar
- c) Mengelompokkan jawaban sesuai kategori pertanyaan.
- d) Membuat kesimpulan.

2) Analisa Bivariat

1) Analisis bivariat secara deskriptif

Analisis bivariat secara deskriptif dilakukan dengan membuat tabel silang antara variabel bebas dengan variabel terikat.

2) Analisis bivariat secara analitik

Analisis bivariat secara analitik dilakukan untuk menguji hubungan variabel bebas dengan variabel terikat.

a) Uji Chi Square (X^2)

Uji Chi Square adalah teknik statistik yang digunakan untuk menguji hubungan (kebergantungan) antara 2 variabel independent atau lebih apabila skala data variabel penelitian berupa variabel nominal.

Rumus:

Untuk kasus 2 variabel dengan kategori lebih dari 2 (tabel kontingensi r x k) nilai chi square dihitung dengan

rumus :

$$X^2 = \sum_{i=k}^r \sum_{j=i}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Keterangan:

X^2 = harga X hitung.

$\sum_{i=k}^r$ = jumlah semua baris (r).

$\sum_{j=i}^k$ = jumlah semua kolom (k).

O_{ij} = frekuensi pengamatan dari baris ke-i pada kolom ke-j.

E_{ij} = frekuensi harapan dari baris ke-i pada kolom ke-j.

$D_b = (r-1)(k-1)$.

Di mana:

D_b = Derajat bebas.

r = banyaknya baris.

k = banyaknya kolom dalam tabel kontingensi

untuk kasus 2 variabel dengan kategori (tabel kontingensi 2 x 2) nilai Chi Square dihitung dengan

rumus:

$$X^2 = \frac{n[(AD - BC) - n/2]^2}{(A + B)(A + C)(B + D)(C + D)}$$

Dimana

n = jumlah total observasi.

A, B, C, D = frekuensi observasi.

b) Syarat penggunaan Chi Square

(1) Untuk tabel kontingensi $r \times k$ yang mempunyai derajat bebas lebih dari 1, maka uji ini tidak bisa digunakan jika 20% atau lebih dari petak yang ada mempunyai frekuensi harapan kurang dari 1. Untuk mengatasi hal tersebut, maka dilakukan penggabungan kategori dan kemudian dilakukan pengecekan/evaluasi kembali untuk mengetahui apakah kategori yang baru sudah memenuhi syarat atau belum.

(2) Untuk tabel 2 x 2 menggunakan koreksi kontinuitas, koreksi dengan cara mengurangi 0,5 terhadap

selisih (harga mutlak) dari angka pengamatan dan harapan.

(3) Bila $N < 20$ digunakan uji Fisher Exact.

(4) Bila N antara 20 – 40, maka uji X^2 dapat digunakan bila semua nilai frekuensi harapan tiap sel paling kecil 5. Bila salah satu sel < 5 , maka digunakan Fisher Exact Test.

(5) Bila $N > 40$, maka digunakan X^2 dengan koreksi kontinuitas.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal sejak 26 Nopember 2007 sampai dengan 23 Desember 2007 dengan responden semua bidan desa pelaksana PKD yang bekerja di desa dalam wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Kendal.

Penelitian ini tidak terlepas dari beberapa faktor kelemahan serta keterbatasan diantaranya :

1. INSTRUMENT PENELITIAN INI BERUPA KUESIONER YANG DIBUAT OLEH PENELITI SENDIRI DAN BUKAN MERUPAKAN KUESIONER STANDAR. MAKA PERTANYAAN/PERNYATAAN YANG DITANYAKAN KEPADA RESPONDEN UNTUK SETIAP VARIABEL KEMUNGKINAN BELUM MENCAKUP SECARA DETAIL DARI SEMUA ASPEK YANG MENYANGKUT VARIABEL TERSEBUT. PENELITI SUDAH BERUSAHA MEMINIMALISASI KETERBATASAN INI DENGAN CARA MEMBUAT PERTANYAAN/PERNYATAAN BERDASARKAN TEORI-TEORI YANG ADA.
2. RESPONDEN PENELITIAN MEMILIKI KESIBUKAN RUTINITAS YANG CUKUP BANYAK SEHINGGA ADA KEMUNGKINAN JAWABAN YANG DIBERIKAN BELUM DAPAT MENCERMINKAN KEADAAN SESUNGGUHNYA DARI APA YANG DIRASAKAN OLEH RESPONDEN. PENELITI SUDAH

BERUSAHA MEMINIMALISASI KETERBATASAN INI DENGAN MELAKUKAN PENGUMPULAN DATA PADA SAAT RESPONDEN MEMILIKI WAKTU LUANG UNTUK MENJAWAB SETIAP ITEM PERTANYAAN.

3. Kuesioner yang berjumlah banyak membuat responden membutuhkan waktu 2 x 60 menit yang berdampak pada kejenuhan responden dalam mengisi kuesioner.
4. Penelitian tidak dilakukan serentak melainkan dibagi dalam 4 rayon (IBI ranting) mengingat wilayahnya yang luas dan terbagi menjadi daerah pegunungan, dataran rendah, dataran tinggi dan wilayah pesisir.
5. Penelitian ini masih dimungkinkan bias dan memiliki kelemahan dalam desain penelitian yaitu dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dan dengan uji Chi Square.
6. Untuk mengetahui secara mendalam diperlukan penelitian lebih lanjut tentang kinerja bidan desa pelaksana PKD dengan faktor-faktor lain yang mempengaruhinya di Kabupaten Kendal karena program PKD masih relatif baru dan masih dalam proses sosialisasi.

B. Gambaran Umum

Kabupaten Kendal merupakan salah satu dari 35 kabupaten/kota di Propinsi Jawa Tengah dengan batas-batas wilayah sebagai berikut : sebelah utara berbatasan dengan Laut Jawa, sebelah timur berbatasan dengan Kota Semarang, sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Semarang dan Kabupaten Temanggung, sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Batang.⁶⁴

Kondisi geografis Kabupaten Kendal terdiri dari wilayah pegunungan, bukit, dataran dan pantai, secara administratif wilayah Pemerintahan Kabupaten Kendal terdiri dari 20 kecamatan, dengan 285 desa dan luas wilayah 1.002.23 Km² dengan jumlah penduduk 849.729 jiwa. (Sensus Penduduk 2000) ¹⁰

Jumlah tenaga kesehatan (keperawatan) di sarana kesehatan Kabupaten Kendal terpapar dalam tabel berikut :

Tabel 4.1. Distribusi Tenaga Kesehatan menurut Tingkat Pendidikan di Sarana Kesehatan Kabupaten Kendal Tahun 2006

No	Unit Kerja	Tenaga Keperawatan						
		Perawat				Bidan		
		S1	D3	SPK	Jumlah	D1	DIII	Jumlah
1	Puskesmas	3	117	85	205	184	120	304
2	RS	6	144	16	166	10	14	24
3	DKK	1	-	-	1	-	2	2
4	Diknakes	6	2	-	8	2	9	11
Total		16	263	101	380	196	145	341

Sumber : data skunder Sub Bag Kepegawaian DKK Kendal

Jumlah tenaga bidan desa seluruhnya adalah 253 bidan, dari jumlah tersebut yang telah menjadi bidan desa pelaksana PKD sejak tahun 2004 terlihat pada tabel 4.2. berikut :

Tabel 4.2. Jumlah Tenaga Bidan Desa Pelaksana PKD Di Kabupaten Kendal

Tahun	2004	2005	2006	2007
Jumlah Bidan PKD	37	36	30	40

Sumber : Data Sekunder Sub Bag Kesga DKK Kendal

Sarana pelayanan kesehatan terdiri dari 3 rumah sakit, 27 puskesmas induk, 52 puskesmas pembantu, 27 puskesmas keliling, 176 polindes, 1353 posyandu tersebar di seluruh wilayah Kabupaten Kendal.¹⁰

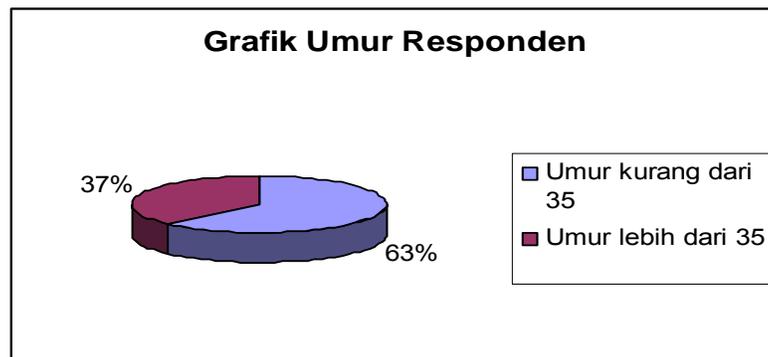
C. Gambaran Khusus

1. Univariat

a. Umur Responden

Gambaran responden yang bekerja di Kabupaten Kendal dari segi usia dapat dilihat sebagai berikut :

Grafik 4.1. Data Responden Menurut Golongan Umur Di Kabupaten Kendal Tahun 2007



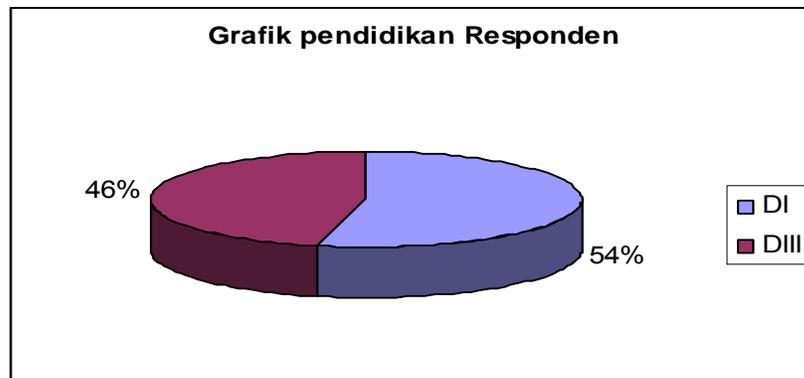
Dalam grafik 4.1. diatas menunjukkan bahwa dari responden yang berjumlah 67 orang, mayoritas yang bekerja di Kabupaten Kendal berumur kurang dari 35 tahun sebanyak 42 orang atau sebesar 63%, sedangkan kategori umur lebih dari 35 tahun sebanyak 25 orang atau sebesar 37%. Usia termuda responden adalah 26 tahun dan yang tertua adalah berumur 44 tahun, dengan rata-rata usia responden 33 tahun.

Apabila dilihat dari usia responden yang paling banyak bekerja sebagai bidan desa adalah berumur kurang dari 35 tahun (63%) hal ini dapat dijadikan gambaran bahwa bidan desa di Kabupaten Kendal termasuk kedalam angkatan kerja yang cukup produktif dan relatif masih dapat dikembangkan untuk mendapatkan hasil kerja yang lebih optimal. Sejumlah kualitas positif dibawa oleh pekerja tua kedalam pekerjaan mereka, khususnya pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu.²⁴ Karyawan yang bertambah tua, bisa meningkat produktivitasnya karena pengalaman dan lebih bijaksana dalam mengambil keputusan.²³

b. Pendidikan Responden

Gambaran responden yang diteliti menurut pendidikan terakhir di Kabupaten Kendal dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 4.2 Data Responden menurut Pendidikan terakhir Di Kabupaten Kendal Tahun 2007



Dari sebanyak 67 responden yang diteliti terlihat bahwa bidan desa yang berpendidikan program 1 tahun (Program Pendidikan Bidan/PPB) masih cukup banyak yaitu sekitar 36 bidan

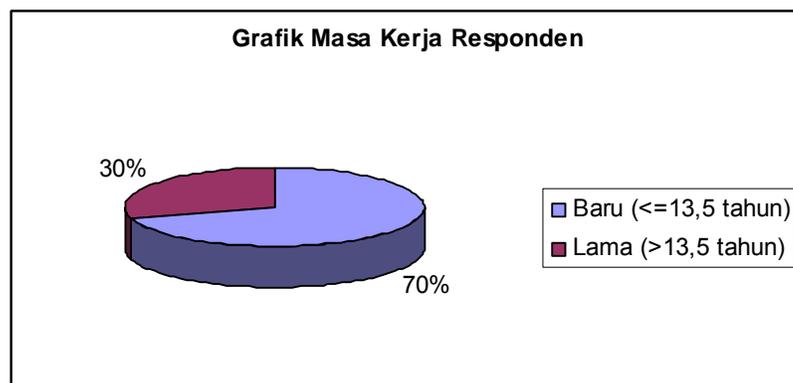
(54%) dan untuk jenjang pendidikan setara DIII/Akademi Kebidanan baru mencapai 46% atau 31 orang, prosentase ini hampir sama dengan klasifikasi bidan di Kabupaten Kendal yang masih banyak berpendidikan DI kebidanan.¹⁰

Hasil ini dapat memperlihatkan secara keilmuan untuk menjadi bidan desa seluruh responden telah memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai dengan pekerjaannya, tetapi masih belum memenuhi persyaratan standar kompetensi bidan yaitu setingkat D III Kebidanan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan.⁶⁵

c. Masa Kerja Responden

Dari jumlah responden yang diteliti sebanyak 67 orang memiliki masa kerja di Kabupaten Kendal dapat dilihat dalam grafik berikut ini.

Grafik 4.3. Data Masa Kerja Responden Yang Bekerja di Kabupaten Kendal Tahun 2007



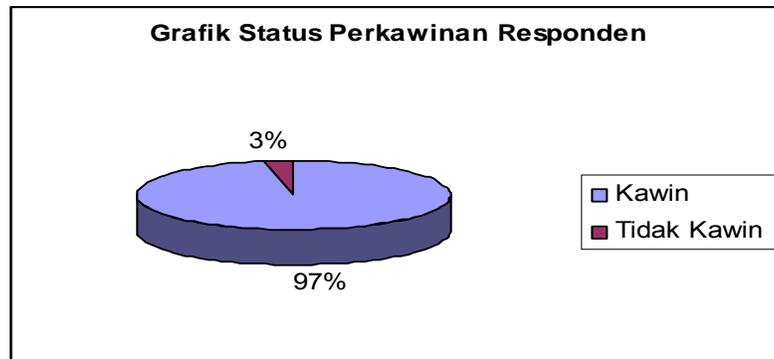
Berdasarkan data grafik diatas menunjukkan bahwa masa kerja bidan desa di Kabupaten Kendal, kategori yang paling

banyak adalah baru $\leq 13,5$ tahun sebanyak 47 orang (70%), untuk masa kerja lama sebanyak 20 orang atau 30%. Masa kerja terendah adalah 2 tahun dan masa kerja tertinggi 23 tahun dengan rata-rata masa kerja 12 tahun. Mayoritas masa kerja yang masih kurang dari 13,5 tahun ini dikarenakan usia rata-rata bidan adalah 33 tahun dengan usia pertama kali menjadi bidan adalah 19-22 tahun.

d. Status Perkawinan Responden

Untuk mengetahui status perkawinan (marital) 67 responden yang diteliti di Kabupaten Kendal dapat dilihat dalam grafik berikut ini :

Grafik 4.4. Data Responden menurut Status Perkawinan Di Kabupaten Kendal tahun 2007

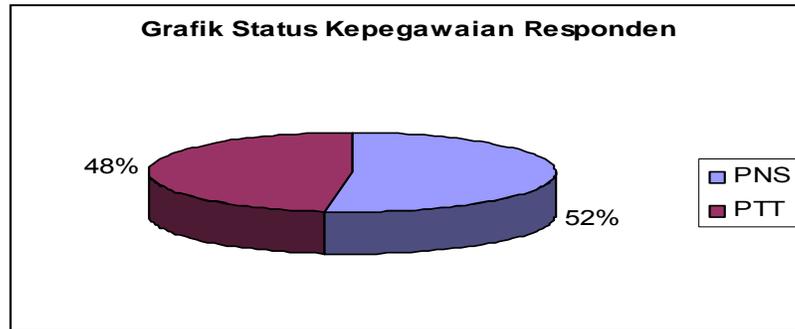


Dalam grafik 4.4. diatas menunjukkan bahwa dari 67 responden yang diteliti, mayoritas responden telah menikah sebanyak 65 orang (97%), sisanya sebanyak 2 responden (3%) tidak kawin.

e. Status Kepegawaian Responden

Untuk mengetahui status kepegawaian 67 responden yang diteliti di Kabupaten Kendal dapat dilihat dalam grafik berikut ini :

Grafik 4.5. Data Status Kepegawaian Responden di Kabupaten Kendal Tahun 2007



Berdasarkan data grafik diatas menunjukkan bahwa mayoritas responden berstatus kepegawaian PNS sebanyak 35 orang (52%) dan PTT sebanyak 32 orang (48%).

f. Pengalaman Responden

Tabel 4.3. menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai pengalaman responden.

Tabel 4.3. Distribusi Jawaban Responden Atas Pernyataan Variabel Pengalaman di Kabupaten Kendal Tahun 2007 (n=67)

No	Pernyataan	Ya		Tidak	
		n	%	n	%
1	Saya pernah menangani kehamilan dengan resiko tinggi Pre Eklamsi Sedang.	43	64,18	24	32,82
2	Saya tidak pernah menangani persalinan di PKD.	42	62,68	25	37,32
3	Saya pernah menangani persalinan dengan komplikasi perdarahan post partum.	51	76,11	16	23,89
4	Saya memantau tumbuh kembang anak.	66	98,5	1	1,5
5	Saya belum pernah merawat bayi dengan kasus gizi buruk .	32	47,76	35	52,24
6	Saya tidak pernah menangani persalinan dengan tanda-tanda gawat janin.	41	61,19	26	38,81
7	Saya pernah memberikan pelayanan pengobatan sederhana pada pasien dengan demam berdarah.	50	74,62	17	25,38
8	Saya tidak pernah memberikan pelayanan pengobatan sederhana pada pasien dengan penyakit campak.	8	11,94	59	88,06
9	Saya pernah memberikan pelayanan pertolongan pertama pada kecelakaan.	65	97,01	2	2,99
10	Saya pernah memberikan pelayanan tes laboratorium (protein urin) di PKD.	22	32,83	45	67,17
11	Saya pernah memberikan pelayanan tes	54	80,6	13	19,4

	laboratorium (Hb Sahli) di PKD.				
12	Saya pernah memberikan pelayanan administrasi obat-obatan di PKD.	65	97,01	2	2,99

Berdasarkan tabel 4.3. menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai pengalaman yang kurang, yaitu dari jawaban-jawaban responden mengenai pengalaman sebagai bidan pelaksana PKD terlihat bahwa 67,17% responden belum pernah memberikan pelayanan tes laboratorium protien urin, 62,68% responden belum pernah menangani persalinan di PKD, 61,19% responden tidak pernah menangani persalinan dengan tanda-tanda gawat janin, padahal salah satu indikator keberhasilan PKD dari sisi pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat adalah pemanfaatan PKD sebagai tempat persalinan, dengan pemanfaatan PKD sebagai tempat persalinan ini akan menjamin 3 B (bersih alat, bersih tempat dan bersih penolong persalinan) sekaligus dapat digunakan sebagai sarana mendeteksi dan memberikan pertolongan pertama pada kehamilan dan persalinan yang beresiko tinggi.^{5,51} Sesuai hasil evaluasi kebijakan pengembangan PKD di Jawa Tengah, ditemukan bahwa 59,3% PKD di Jawa Tengah termasuk dalam kategori cukup dalam hal pemberdayaan masyarakatnya dengan salah satu indikator : pemanfaatan PKD sebagai tempat persalinan. Untuk dapat digunakannya PKD sebagai tempat persalinan, rehabilitasi yang bersifat fisik yang dilakukan harus didukung dengan upaya pemberdayaan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam persalinan aman di PKD.¹¹

Sebanyak 97.11% responden telah berpengalaman memberikan pelayanan/pertolongan pertama pada kecelakaan dan pelayanan administrasi obat-obatan di PKD, 98.5% pernah memantau tumbuh kembang anak, 88.06% pernah memberikan pelayanan pengobatan sederhana pada pasien dengan penyakit campak. Fungsi PKD adalah sebagai tempat memberikan pelayanan kesehatan dasar (Tuberkulosis Paru, Malaria, DBD/Demam Berdarah Dengue, PD3I/Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi, dan lain-lain) termasuk kefarmasian sederhana untuk deteksi dini dan penanggulangan pertama kasus kegawatdaruratan.

Distribusi responden berdasarkan pengalaman sebagai bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar dapat dilihat pada tabel 4.4. dibawah ini.

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengalaman Bidan Desa Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar Di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No.	Pengalaman Bidan	Frekuensi	%
1.	Kurang	36	53,73
2.	Baik	31	46,27
Jumlah		67	100,00

Sebagian besar responden memiliki pengalaman kurang dalam pelayanan kesehatan dasar adalah 53,73% (36 responden), sedangkan untuk responden yang memiliki pengalaman yang baik sejumlah 46,27% (31 orang).

Pengalaman adalah keseluruhan pelajaran yang dipetik seseorang dari peristiwa-peristiwa yang dilalui dalam perjalanan hidupnya.²⁹ Pengalaman bidan ini di dapat dari kehidupan sehari-

hari dan dari banyaknya jumlah maupun jenis pelayanan kesehatan yang diberikan.

g. Motivasi Responden

Tabel 4.5. Distribusi Jawaban Responden Atas Pernyataan Variabel Motivasi di Kabupaten Kendal Tahun 2007 (N=67)

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Saya bekerja sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.	0	0	0	0	1	1,5	35	52,2	31	46,3
2	Saya kurang disiplin dalam bekerja.	34	50,7	21	31,3	7	10,4	4	6,0	1	1,6
3	Saya menyelesaikan pekerjaan sesuai target.	0	0	5	7,5	4	6,0	52	77,6	6	9,0
4	Saya bekerja tepat waktu.	0	0	2	3,0	7	10,4	50	74,6	8	11,9
5	Saya memiliki dorongan untuk meningkatkan kinerja sebagai bidan pelaksana PKD.	20	29,9	41	61,2	3	4,5	2	3,0	1	1,5

Lanjutan tabel 4.5.

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
6	Saya tertantang untuk bekerja semaksimal mungkin melaksanakan tugas sebagai bidan pelaksana PKD.	2	3,0	1	1,5	1	1,5	44	65,7	19	28,4
7	Saya berusaha melanjutkan pendidikan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.	1	1,5	1	1,5	4	6,0	33	49,3	28	41,8
8	Saya menyukai pekerjaan saya sebagai pelaksana PKD.	30	44,8	25	37,3	8	11,9	2	3,0	2	3,0
9	Hubungan interaksi dengan teman sekerja mampu mendorong saya untuk bekerja sama.	32	47,8	24	35,8	5	7,5	6	9,0	0	0

STS=sangat tidak setuju, TS=tidak setuju, R=ragu-ragu,S=Setuju, SS=sangat setuju

Berdasarkan tabel 4.5. diatas dapat dilihat rincian dari jawaban-jawaban responden mengenai motivasi. Dari hasil penelitian terlihat bahwa 61,2% responden tidak memiliki dorongan untuk meningkatkan kinerja sebagai bidan pelaksana PKD, hubungan interaksi dengan teman sekerja tidak mampu mendorong untuk bekerja sama sebesar 47,8%, sebanyak 44,8%

responden tidak menyukai pekerjaannya sebagai pelaksana PKD. Sedangkan 77,6% responden menyatakan dapat menyelesaikan pekerjaan sesuai target dan 74,6% responden dapat bekerja dengan tepat waktu dan sebanyak 49,3% responden berusaha melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.

Distribusi responden berdasarkan motivasi bidan pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar di PKD dapat dilihat pada tabel 4.6. dibawah ini.

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Motivasi Bidan Desa Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No.	Motivasi	Frekuensi	%
1.	Kurang	39	58,2
2.	Cukup	28	41,8
Jumlah		67	100,0

Sebagian besar responden memiliki motivasi kurang dalam pelayanan kesehatan dasar adalah 58,2%, sedangkan untuk responden yang memiliki motivasi yang cukup sejumlah 41,8%.

Motivasi dalam hubungan seseorang dengan pekerjaannya itu merupakan hal yang mendasar. Handoko (1998) menyatakan motivasi adalah keadaan dari pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan tertentu guna mencapai tujuan.²⁶ Motivasi tenaga kerja perlu dikelola untuk menghasilkan penampilan kerja (kinerja) yang diharapkan untuk mencapai tujuan institusi.

h. Persepsi Terhadap Kepemimpinan Responden

Tabel 4.7. menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai persepsi terhadap kepemimpinan.

Tabel 4.7 Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Persepsi Kepemimpinan di Kabupaten Kendal Tahun 2007 (n=67)

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1	Kepala puskesmas mengikutsertakan Bidan pelaksana PKD dalam memecahkan masalah.	2	3,0	1	1,5	0	0	41	61	23	34,3
2	Kepala puskesmas melibatkan Bidan pelaksana PKD dalam pengambilan keputusan.	2	3,0	1	1,5	2	3,0	45	67,2	17	25,4

Lanjutan Tabel 4.7.

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
3	Kepala puskesmas mendelegasikan wewenang kepada bidan pelaksana PKD untuk tugas-tugas tertentu.	2	3,0	1	1,5	3	4,5	47	70,1	14	20,9
4	Kepala puskesmas menerima saran, ide dan gagasan dari bidan pelaksana PKD.	2	3,0	2	3,0	0	0	45	67,2	18	26,9
5	Kepala puskesmas tidak dapat menjadi teladan.	28	41,8	23	34,3	13	19,4	1	1,5	2	3,0
6	Kepala puskesmas mampu bekerja sama dengan asas kemitraan.	0	0	4	6,0	5	7,5	47	70,1	11	16,4
7	Kepala puskesmas tidak memberikan umpan balik terhadap informasi yang diberikan oleh bidan PKD.	16	23,9	40	59,7	8	11,9	0	0	3	4,5
8	Kepala Puskesmas menganggap bidan pelaksana PKD sebagai saingan.	31	46,3	29	43,3	4	6,0	2	3,0	1	1,5

STS=sangat tidak setuju, TS=tidak setuju, R=ragu-ragu,S=Setuju, SS=sangat setuju

Berdasarkan tabel 4.7. diatas dapat dilihat rincian dari persepsi responden mengenai kepemimpinan kepala puskesmas. Dari hasil penelitian terlihat bahwa responden berpersepsi baik terhadap kepemimpinan kepala puskesmas yaitu mendelegasikan wewenang kepada bidan pelaksana PKD dan mampu bekerja

sama dengan asas kemitraan masing-masing sebanyak 47 responden (70,1%), melibatkan bidan dalam pengambilan keputusan serta menerima saran, ide dan gagasan dari bidan desa pelaksana PKD sebanyak 45 responden (67,2%).

Distribusi responden berdasarkan persepsi terhadap kepemimpinan kepala puskesmas dapat dilihat pada tabel 4.8. dibawah ini.

Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Kepemimpinan Kepala Puskesmas Di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No	Persepsi Terhadap Kepemimpinan	Frekuensi	%
1.	Kurang baik	35	52,2
2.	Baik	32	47,8
Jumlah		67	100,0

Dari 67 responden, mayoritas memiliki persepsi kurang baik terhadap kepemimpinan kepala puskesmas sebanyak 52,2%.

Salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang adalah kepemimpinan. Kepemimpinan adalah seni atau proses untuk mempengaruhi orang lain sehingga mereka bersedia dengan kemampuan sendiri dan secara antusias bekerja untuk mencapai tujuan organisasi.¹⁶ Apabila persepsi bawahan terhadap kepemimpinan atasannya kurang baik, maka akan dapat menurunkan antusiasnya dalam bekerja.

i. Persepsi Terhadap Kompensasi/Insentif Responden

Tabel 4.9. menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai persepsi terhadap kompensasi/insentif.

Tabel 4.9. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Persepsi Terhadap Kompensasi/Insentif di Kabupaten Kendal Tahun 2007 (n=67)

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1	Insentif dari kegiatan pelayanan kesehatan dasar di PKD diberikan rutin setiap bulan	8	11,9	12	17,9	5	7,5	30	44,8	12	17,9
2	Jumlah penghasilan (insentif) yang saya terima sesuai dengan beban kerja	1	1,5	10	14,9	4	6,0	40	59,0	12	17,9
3	Pembagian insentif tidak adil	3	4,5	5	7,5	10	14,9	41	61,2	8	11,9
4	Sistem penggajian (insentif) di tempat saya tidak jelas, dan tidak terbuka.	12	17,9	34	50,7	5	7,5	15	22,4	1	1,5

Lanjutan Tabel 4.9.

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
5	Saya puas dengan insentif yang diberikan pimpinan	3	4,5	14	20,9	11	16,4	39	58,2	0	0

STS=sangat tidak setuju, TS=tidak setuju, R=ragu-ragu,S=Setuju, SS=sangat setuju

Berdasarkan tabel 4.9. diatas dapat dilihat rincian dari persepsi responden terhadap imbalan/kompensasi. Dari hasil penelitian terlihat bahwa 61,2% responden merasa tidak adil dalam pemberian insentif dari hasil kegiatan pelayanan kesehatan di PKD, 59% responden menyatakan jumlah penghasilan (insentif) yang diterima sesuai dengan beban kerja, 58,2% responden merasa puas dengan insentif yang diberikan.

Distribusi responden berdasarkan persepsi terhadap kompensasi/insentif dapat dilihat pada tabel 4.10. dibawah ini.

Tabel 4.10. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Kompensasi/Insentif yang Diberikan Kepala Puskesmas Di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No.	Persepsi Terhadap Kompensasi/Insentif	Frekuensi	%
1.	Kurang Sesuai	40	59,7
2.	Cukup Sesuai	27	40,3
Jumlah		67	100,0

Dari 67 responden, sebagian besar responden memiliki persepsi kurang sesuai terhadap kompensasi/insentif yang diberikan kepadanya sebanyak 59,7%.

Insentif merupakan pengakuan dan penghargaan manajemen terhadap karyawan. Insentif yang proposional akan memotivasi dan memuaskan karyawan serta sebaliknya insentif yang tak proposional akan menimbulkan keluhan, penurunan prestasi, kepuasan kerja dan menurunnya moral pekerja,²⁶ begitu juga halnya jika persepsi karyawan terhadap kompensasi/insentif kurang baik.

j. Persepsi Terhadap Beban Kerja Responden

Tabel 4.11. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Persepsi Terhadap Beban Kerja di Kabupaten Kendal Tahun 2007 (n=67)

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
1	Tanpa terasa waktu saya habis tercurah untuk pekerjaan di PKD	2	3,0	18	26,9	12	17,9	33	49,3	2	3,0
2	Pembagian waktu kerja tidak teratur rapi.	2	3,0	41	61,2	11	16,4	13	19,4	0	0
3	Saya tidak harus menambah jam kerja saya untuk meningkatkan penyelesaian tugas.	2	3,0	27	40,3	10	14,9	27	40,3	1	1,5
4	Waktu saya tidak tersisa untuk dapat melaksanakan kegiatan kemasyarakatan	0	0	32	47,8	9	13,9	22	32,8	4	6,0
5	Saya sering harus menyelesaikan pekerjaan s/d pekan	4	6,0	34	50,7	11	16,4	18	26,9	0	0
6	Saya menghabiskan banyak waktu untuk pertemuan-pertemuan yang kurang penting	6	9,0	51	76,1	7	10,4	3	4,5	0	0

7	Saya bekerja dengan kecepatan tinggi untuk menyelesaikan tugas-tugas saya sbg pelaksana PKD	2	3,0	28	41,8	15	22,4	21	31,3	1	1,5
8	Saya merasa sulit untuk mengambil cuti akibat menumpuknya pekerjaan sebagai pelaksana PKD	8	11,9	40	59,7	11	16,4	5	7,5	3	4,5
9	Tugas yang saya lakukan tidak dapat diselesaikan tanpa adanya jam kerja tambahan.	4	6,0	30	44,8	18	26,9	11	16,4	4	6,0
10	Walaupun pekerjaan saya banyak, saya masih bisa santai	1	1,5	12	17,9	6	9,0	43	64,2	5	7,5
11	Beban pekerjaan saya sekarang membuat saya mempunyai tekanan darah tinggi	19	28,4	46	68,7	1	1,5	0	0	1	1,5
12	Saya merasa tidak banyak waktu senggang.	7	10,4	33	49,3	14	20,9	9	13,4	4	6,0
13	Saya merasa bertumpuknya kegiatan dalam waktu yang berdekatan	3	4,5	39	58,2	11	16,4	10	14,9	4	6,0
14	Target cakupan pelayanan kesehatan yang ditetapkan bagi saya terlalu tinggi.	2	3,0	33	49,3	14	20,9	13	19,4	5	7,5

Lanjutan Tabel 4.11.

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
15	Waktu untuk menyelesaikan pekerjaan terasa cepat berjalan.	1	1,5	31	46,3	20	29,9	14	20,9	1	1,5
16	Rutinitas pekerjaan tidak memerlukan pemikiran yang berat	3	4,5	24	35,8	13	19,4	24	35,8	3	4,5
17	Banyak variasi tugas yang diberikan kepada bidan pelaksana PKD menyebabkan waktu kerja menjadi lembur.	5	7,5	32	47,8	13	19,4	14	20,9	3	4,5
18	Saya melakukan berbagai kegiatan pelayanan kesehatan yang terlalu banyak jenis/macamnya	0	0	10	14,9	11	16,4	37	55,2	9	13,4
19	Tugas saya sebagai pelaksana PKD semakin banyak.	8	11,9	43	64,2	10	14,9	6	9,0	0	0
20	Tugas yang harus saya lakukan seringnya tidak terlalu sulit.	0	0	9	13,4	15	22,4	40	59,7	3	4,5
21	Sebagai pelaksana PKD, saya butuh konsentrasi yang tinggi dalam melaksanakan pekerjaan saya.	7	10,4	20	29,9	5	7,5	30	44,8	5	7,5
22	Tugas-tugas pokok dapat saya selesaikan sambil melakukan pekerjaan yang lain.	1	1,5	7	10,4	3	4,5	45	67,2	11	16,4
23	Tanggung jawab saya sebagai pelaksana PKD terasa berat	2	3,0	21	31,3	22	32,8	17	25,4	5	7,5

24	Puskesmas tidak mengharapkan kemampuan yang lebih tinggi.	1	1,5	15	22,4	18	26,8	28	41,8	5	7,5
25	Saya bertanggung jawab atas berbagai tugas pada waktu yang bersamaan.	0	0	7	10,4	7	10,4	43	64,4	10	14,8
26	Pekerjaan utama saya sebagai bidan desa tidak tertunda karena harus mengerjakan pekerjaan sebagai pelaksana PKD.	0	0	3	4,5	8	11,9	48	71,7	8	11,9
27	Pelatihan-pelatihan yang saya ikuti belum memadai untuk menyelesaikan tugas dengan baik.	10	14,9	23	34,3	6	9,0	17	25,4	11	16,4
28	Banyak muncul tugas-tugas baru di PKD yang sulit diprediksi sebelumnya.	4	6,0	36	53,7	15	22,4	12	17,9	0	0
29	Saya sering melakukan kontrol diri menghadapi pasien yang banyak ragamnya.	2	3,0	2	3,0	3	4,5	48	71,6	12	17,9
30	Saya merasa terganggu oleh tugas tambahan sbg pelaksana PKD.	4	6,0	35	52,2	19	28,4	9	13,4	0	0
31	Konflik sering terjadi saat saya melakukan tugas sbg pelaksana PKD.	4	6,0	26	38,8	14	20,9	22	32,8	1	1,5

Lanjutan Tabel 4.11.

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
32	Saat melaksanakan tugas-tugas saya, saya sering merasa tidak aman.	4	6,0	34	50,7	18	26,9	11	16,4	0	0
33	Pekerjaan utama saya tidak membuat saya beresiko terhadap adanya gangguan kejiwaan.	1	1,5	20	29,9	17	25,4	26	38,8	3	4,5
34	Saya harus menahan diri saat berhadapan dengan teman sekerja yang tidak bisa diajak bekerja sama.	9	13,4	40	59,7	9	13,4	9	13,4	0	0
35	Pekerjaan saya sebagai pelaksana PKD terasa sangat menekan.	6	9,0	40	59,7	12	17,9	9	13,4	0	0
36	Resiko pekerjaan sebagai pelaksana PKD bagi saya terlalu berat.	2	3,0	24	35,8	16	23,9	19	28,4	6	9,0
37	Pekerjaan saya sbg pelaksana PKD tidak menimbulkan banyak tuntutan akan kontrol diri.	7	10,4	26	38,8	11	16,4	23	34,3	0	0

STS=sangat tidak setuju, TS=tidak setuju, R=ragu-ragu,S=Setuju, SS=sangat setuju

Tabel 4.11. diatas menggambarkan persepsi responden terhadap beban kerja yang dimiliki. Dari hasil penelitian terlihat

bahwa 71,6% responden melakukan kontrol diri menghadapi pasien yang banyak ragamnya, 64,4% responden bertanggung jawab atas berbagai tugas pada waktu yang bersamaan, 55,2% responden melakukan berbagai kegiatan pelayanan kesehatan yang terlalu banyak macamnya. Waktu tercurah habis untuk pekerjaan di PKD sebanyak 49,3%, harus menambah jam kerja untuk menyelesaikan tugas-tugas sebanyak 40,3%. Perlu bekerja dengan kecepatan tinggi untuk menyelesaikan tugas-tugas sebanyak 31,3%. Rutinitas perlu konsentrasi tinggi 44,8%, perlu pemikiran berat 35,8%.

Distribusi frekuensi responden berdasarkan persepsi terhadap beban kerja dapat dilihat pada tabel 4.12.

Tabel 4.12. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan persepsi Terhadap Beban Kerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No.	Persepsi Terhadap Beban Kerja	Frekuensi	%
1.	Kurang Baik/berat	35	52,2
2.	Baik	32	47,8
Jumlah		67	100,0

Berdasarkan tabel 4.12. tersebut diatas menunjukkan bahwa 52,2% responden memiliki persepsi kurang baik/berat pada beban kerjanya.

Beban kerja bidan desa pelaksana PKD memang lebih banyak dibandingkan dengan bidan desa biasa karena harus memberikan pelayanan kesehatan dasar dimana dalam pelayanan kesehatan dasar mencakup kegiatan KIA-KB itu sendiri, pendidikan/penyuluhan kesehatan, perbaikan gizi, hygiene sanitasi dasar, imunisasi, pencegahan dan penanggulangan penyakit

endemis, pengobatan penyakit umum dan luka-luka, serta penyediaan obat esensial. Baik kegiatan yang bersifat langsung maupun tidak langsung dan administratif.⁶⁶

k. Persepsi Terhadap Supervisi Responden

Tabel 4.13 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai persepsi terhadap supervisi.

Tabel 4.13. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Persepsi Supervisi di Kabupaten Kendal 2007 (n=67)

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Kepala puskesmas membantu bidan pelaksana PKD dalam memecahkan masalah	0	0	2	3,0	3	4,5	49	73	13	19,5
2	Kepala puskesmas memberikan umpan balik hasil supervisi	0	0	2	3,0	9	13,5	50	74,5	6	9,0

Lanjutan Tabel 4.13.

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3	Kepala puskesmas memberikan arahan yang dapat diimplementasikan	0	0	3	4,5	16	24	45	67	3	4,5
4	Tidak terdapat kejelasan materi supervisi	2	3,0	32	48,7	18	26,8	14	20,9	1	1,5
5	Kepala puskesmas tidak menjelaskan kedudukan/posisi saya dalam pekerjaan.	5	7,5	38	56,7	15	22,4	9	13,4	0	0
6	Kepala puskesmas menunjukkan cara yang tepat untuk menyelesaikan pekerjaan saya dengan baik	0	0	4	6,0	3	4,5	55	82	5	7,5
7	Kepala puskesmas tidak memberikan penilaian kerja secara obyektif.	1	1,5	48	71,6	10	14,9	8	11,9	0	0
8	Kepala puskesmas memahami tugas Bidan desa Pelaksana PKD	3	4,5	1	1,5	8	11,9	52	77,6	3	4,5
9	Kepala puskesmas kurang mampu menemukan masalah yang dihadapi Bidan desa PelaksanaPKD.	3	4,5	41	61,2	15	22,4	7	10,4	1	1,5
10	Kepala puskesmas tidak rutin melakukan supervisi	2	3,0	5	7,5	10	14,9	50	74,6	0	0
11	Kepala puskesmas tidak mengikutsertakan bidan desa pelaksana PKD dalam proses pemecahan masalah.	5	7,5	41	61,2	8	11,9	11	16,4	2	3,0
12	Kepala puskesmas kurang memberikan masukan tentang alternatif pemecahan masalah	3	4,5	37	55,2	15	22,4	10	14,9	2	3,0

13	Kepala puskesmas menerima tanggapan hasil temuan supervisi	2	3,0	1	1,5	9	13,4	54	80,6	1	1,5
----	--	---	-----	---	-----	---	------	----	------	---	-----

STS=sangat tidak setuju, TS=tidak setuju, R=ragu-ragu,S=Setuju, SS=sangat setuju

Berdasarkan tabel 4.13. diatas dapat dilihat rincian persepsi responden terhadap supervisi yang dilakukan pinpinannya. Dari hasil penelitian terlihat bahwa 82% responden menyatakan setuju bahwa kepala puskesmas menunjukkan cara yang tepat untuk menyelesaikan pekerjaan dengan baik, kepala puskesmas menerima tanggapan hasil temuan supervisi yang dilakukan sebanyak 80,6% dari responden. Sebanyak 71,6% responden menyatakan bahwa kepala puskesmas memberikan penilaian kerja secara obyektif. Tetapi masih banyak responden yang menyatakan kepala puskesmas tidak rutin melakukan supervisi sebanyak 74,6%, yang ragu-ragu terhadap kejelasan materi supervisi sebanyak 26,86%, ragu-ragu kepala puskesmas memberikan arahan yang dapat diimplementasikan 24%, ragu-ragu mampu menemukan masalah bidan desa pelaksana PKD 22,4% dan ragu-ragu kepala puskesmas memberikan masukan 22,4%.

Dari hasil penelitian supervisi pimpinan puskesmas yang kurang baik dapat menjadi salah satu penghambat untuk meningkatkan kinerja bidan desa pelaksana PKD dalam pelayanan kesehatan dasar, sehingga perlu adanya upaya perbaikan mekanisme supervisi yang dilakukan. Upaya-upaya tersebut antara lain melaksanakan supervisi secara berkala (mingguan/bulanan), menggunakan *check list* supervisi, ada umpan balik hasil supervisi.

Distribusi frekuensi responden berdasarkan persepsi terhadap supervisi yang dilakukan kepala puskesmas dapat dilihat pada tabel 4.14.

Tabel 4.14. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap Supervisi yang Dilakukan Kepala Puskesmas di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No.	Persepsi Terhadap Supervisi	Frekuensi	%
1.	Kurang Baik	41	61,2
2.	Baik	26	38,8
Jumlah		67	100,0

Berdasarkan tabel 4.14. tersebut diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi kurang baik terhadap supervisi yaitu 61,2% responden. Selama ini belum semua kepala puskesmas di Kabupaten Kendal melakukan supervisi dan diantara kepala puskesmas yang melakukan supervisi, supervisi belum dilaksanakan sesuai harapan karyawan/staf, dimana supervisi belum dilakukan secara rutin, materi supervisi tidak jelas, dalam supervisi kepala puskesmas belum mampu menemukan, belum mengkitsertkan bidan dalam proses pemecahan masalah, tidak memberikan umpan balik temuan supervisi pada karyawan.

I. Pelatihan

Dari sekitar 67 responden yang diteliti, gambaran pelatihan yang pernah diikuti dapat dilihat dalam tabel dibawah ini :

Tabel 4.15. Data Responden yang pernah mengikuti pelatihan yang Berhubungan dengan tugasnya di Kabupaten Kendal tahun 2007

No	Jenis Pelatihan	Mengikuti	%
1	Pelayanan Penderita Gawat Darurat (PPGD)	59	88,05
2	Warung Obat Desa (WOD)	61	91,04

3	Kapita Selektta Kebidanan	43	64,18
4	Manajemen Terpadu Balita Sakit	57	85,07
5	Keperawatan Komunitas	41	61,19
6	Pelayanan Medis Dasar	59	88,05
7	Gizi	26	38,8
8	Manajemen PKD	25	37,31
9	Promosi Kesehatan	53	79,10
10	Surveilans & Sanitasi Dasar	58	86,56

Dari tabel 4.15. dapat dilihat bahwa hampir seluruh responden telah mengikuti pelatihan warung obat desa (WOD) sebesar 91,04% (61 responden). Sedangkan pelatihan tentang manajemen PKD masih sedikit diikuti oleh responden sebanyak 25 orang (37,31%). Jenis pelatihan yang pernah mereka ikuti lebih dari satu macam. Pelatihan tersebut merupakan materi yang mendasari/sebagai bekal untuk melaksanakan pelayanan kesehatan dasar di PKD.

Pelatihan merupakan bagian dari pendidikan. Pelatihan bersifat *spesifik, praktis* dan *segera*. *Spesifik* berarti pelatihan berhubungan dengan bidang pekerjaan yang dilakukan. *Praktis* dan *segera* berarti yang sudah dilatihkan dapat dipraktikkan. Umumnya pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan kerja dalam waktu yang relatif singkat. Suatu pelatihan berupaya menyiapkan para karyawan untuk melakukan pekerjaan yang dihadapi.⁶⁷ Dalam hal ini pelatihan PKD terdiri dari berbagai materi yang umumnya belum pernah atau sangat minim didapat saat belajar/kuliah kebidanan.

Distribusi frekuensi responden berdasarkan pelatihan yang pernah diikuti dapat dilihat pada tabel 4.16.

Tabel 4.16. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pelatihan Yang Pernah Diikuti Di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No.	Pelatihan	Frekuensi	%
1.	Kurang	27	40,3
2.	Baik	40	59,7
Jumlah		67	100,0

Berdasarkan tabel 4.16. tersebut diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden masuk dalam kategori baik dalam hal pelatihan yaitu 59,7%.

m. Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar

Tabel 4.17. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007 (n=67)

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Semua pekerjaan saya lakukan dengan rapi	1	1,5	2	3,0	8	11,9	50	74,6	6	9,0
2	Semua pekerjaan tidak saya lakukan dengan tertib	7	10,4	49	73,1	9	13,4	2	3,0	0	0
3	Data yang saya buat tidak benar-benar akurat.	10	14,9	43	64,2	10	14,9	2	3,0	2	3,0
4	Pengorganisasian pekerjaan tidak saya lakukan dengan baik	3	4,5	41	61,2	12	17,9	11	16,4	0	0
5	Jika ada pasien datang di PKD langsung saya layani	0	0	0	0	5	7,5	36	53,7	26	38,8
6	Dengan sabar saya melayani semua pasien PKD tanpa lelah	0	0	1	1,5	6	9,0	36	53,7	24	35,8
7	Pelayanan kesehatan ibu hamil yang saya berikan memuaskan	0	0	0	0	6	9,0	42	62,7	19	28,4
8	Pelayanan KB suntik yang saya berikan tidak ada yang mengalami kegagalan	0	0	3	4,5	17	25,4	37	55,2	10	14,9

9	Pelayanan kebidanan pada bayi baru lahir yang saya berikan memuaskan	0	0	0	0	8	11,9	50	74,6	9	13,4
10	Pelayanan pemeriksaan kesehatan balita dan pra sekolah saya berikan dengan baik	0	0	0	0	9	13,4	49	73,1	9	13,4
11	Saya memberikan pelayanan imunisasi hepatitis kepada bayi dengan baik	0	0	0	0	0	0	52	77,6	15	22,4
12	Saya memberikan pelayanan perawatan kesehatan untuk semua kasus di PKD	0	0	5	7,5	10	14,9	41	61,2	11	16,4
13	Saya melakukan pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi adanya penyakit tertentu	2	3,0	23	34,3	8	11,9	31	46,3	3	4,5
14	Pelayanan kefarmasian, saya lakukan sesuai dengan standar pelayanan semestinya	0	0	0	0	8	11,9	47	70,1	12	17,9
15	Saya telah mencapai target cakupan K1 ibu hamil yang ditangani (95%) pada satu tahun terakhir	1	1,5	11	16,4	17	25,4	32	47,6	6	9,0
16	Saya telah mencapai target cakupan K4 ibu hamil (90%) satu tahun terakhir	1	1,5	12	17,9	20	29,9	29	43,3	5	7,5

Lanjutan Tabel 4.17.

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17	Saya telah mencapai target persalinan oleh tenaga kesehatan (90%) pada satu tahun terakhir	1	1,5	11	16,4	19	28,4	29	43,3	7	10,4
18	Saya telah mencapai target cakupan kunjungan neonatus oleh tenaga kesehatan (90%) pada satu tahun terakhir	1	1,5	7	10,4	15	22,4	38	56,7	6	9,0
19	Saya telah mencapai target deteksi resiko tinggi oleh tenaga kesehatan yang ditangani (90%) pada satu tahun terakhir	1	1,5	12	17,9	16	23,9	33	49,3	5	7,5
20	Saya telah mencapai target deteksi resiko tinggi oleh masyarakat yang ditangani (90%) pada satu tahun terakhir	1	1,5	11	16,4	21	31,3	28	41,8	6	9,0
21	Saya memberikan pelayanan di PKD lebih dari 4 hari dalam seminggu	3	4,5	12	17,9	12	17,9	23	34,3	17	25,4
22	Saya memberikan pelayanan di PKD lebih dari 4 jam dalam sehari	2	3,0	4	6,0	2	3,0	43	64,2	16	23,9
23	Saya menggunakan peralatan bidan kit	0	0	0	0	0	0	55	82,1	12	17,9

	dengan baik										
24	Uang hasil retribusi pasien PKD tidak saya gunakan untuk modal PKD kembali.	5	7,5	45	67,2	11	16,4	6	9,0	0	0
25	Saya melakukan kerjasama dengan masyarakat demi keefektifan biaya	1	1,5	1	1,5	1	1,5	48	71,6	16	23,9
26	Pelayanan pengobatan saya lakukan bersamaan dengan kegiatan posyandu karena efisien waktu, biaya dan tenaga	3	4,5	7	10,4	8	11,9	38	56,7	11	16,4
27	Proporsi waktu yang saya gunakan untuk kegiatan pelayanan langsung kepada masyarakat lebih banyak dibandingkan waktu untuk membuat administrasi	0	0	1	1,5	2	3,0	47	70,1	17	25,4
28	Rincian waktu perencanaan kegiatan telah saya lakukan awal bulan	0	0	2	3,0	11	16,4	43	64,2	11	16,4
29	Pelaksanaan tugas administrasi di PKD tidak dapat saya selesaikan dengan tepat waktu	1	1,5	36	53,7	20	29,9	10	14,9	0	0
30	Laporan bulanan yang saya buat tidak tepat waktu.	9	13,4	43	64,2	11	16,4	4	6,0	0	0

Lanjutan Tabel 4.17.

No	Pernyataan	STS		TS		R		S		SS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
31	Saya selalu melakukan supervisi terhadap dukun bayi dan kader kesehatan	0	0	1	1,5	9	13,4	49	73,1	8	11,9
32	Saya butuh supervisi dari atasan dalam menjalankan tugas sebagai pelaksana PKD	0	0	2	3,0	5	7,5	51	76,1	9	13,4
33	Supervisi yang dilakukan Puskesmas tidak memenuhi kebutuhan saya.	2	3,0	27	40,3	18	26,9	18	26,9	2	3,0
34	Supervisi yang dilakukan DKK telah memenuhi kebutuhan saya	2	3,0	10	14,9	21	31,3	31	46,3	3	4,5
35	Saya masih butuh banyak pelatihan untuk menunjang tugas-tugas saya	0	0	0	0	3	4,5	36	53,7	28	41,8
36	Supervisi dapat meningkatkan efektivitas prosedur kerja	0	0	2	3,0	1	1,5	43	64,2	21	31,3
37	Bagi saya supervisi dapat mencegah keluaran yang merugikan	1	1,5	11	16,4	10	14,9	32	47,8	13	19,4
38	Saya merasakan hasil yang baik dari kerjasama yang saya	0	0	0	0	1	1,5	37	55,2	29	43,3

	lakukan dengan dukun bayi/kader kesehatan dalam pelaksanaan tugas-tugas saya										
39	Dengan bekerja sama dengan masyarakat, saya tak merasa mendapat keuntungan yg lebih	11	16,4	32	47,8	13	19,4	7	10,4	4	6,0
40	Saya mengerjakan tugas sendiri walau tugas tersebut adalah tugas secara Tim	7	10,4	27	40,3	13	19,4	17	25,4	3	4,5
41	Saya butuh kerjasama dengan Tokoh Masyarakat	0	0	0	0	1	1,5	40	59,7	26	38,8
42	Saya butuh kerjasama dengan aparat desa dalam melaksanakan tugas-tugas saya	0	0	1	1,5	0	0	35	52,2	31	46,3
43	Saya tidak merasa butuh kerjasama dengan instansi lain yang terkait dengan tugas-tugas saya	22	32,8	38	56,7	4	6,0	3	4,5	0	0

STS=sangat tidak setuju, TS=tidak setuju, R=ragu-ragu,S=Setuju, SS=sangat setuju

Berdasarkan tabel 4.17. diatas dapat dilihat rincian dari jawaban-jawaban responden mengenai kinerja. Dari hasil penelitian terlihat bahwa kualitas kinerja responden baik dalam hal pelayanan imunisasi hepatitis terhadap bayi sebesar 77,6%, pelayanan terhadap bayi baru lahir dilakukan dengan baik, kuantitas kinerja responden terlihat dari jawaban 64,3% responden menyatakan memberikan pelayanan di PKD lebih dari 4 jam dalam sehari, 56,7% telah mencapai target cakupan kunjungan neonatus oleh tenaga kesehatan pada satu tahun terakhir. Sebanyak 82,1% responden menggunakan peralatan bidan kit dengan baik dan melakukan kerjasama dengan masyarakat demi keefektifan biaya sebanyak 71,6% responden. Dari segi waktu sebanyak 70,1% responden memiliki proporsi waktu untuk kegiatan pelayanan langsung kepada masyarakat yang lebih banyak dibandingkan waktu untuk membuat administrasi dan rincian waktu perencanaan

kegiatan telah dilakukan setiap awal bulan sebanyak 64,2% responden. Responden masih membutuhkan supervisi dari atasan untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan di PKD sebanyak 76,1% responden dan butuh kerjasama dengan tokoh masyarakat sebanyak 59,7% responden.

Tabel 4.18. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kinerja Bidan Desa dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No	Kinerja Bidan Desa dalam Pelayanan Kesehatan Dasar	Frekuensi	%
1.	Kurang Baik	30	44,78
2.	Baik	37	55,22
Total		67	100,00

Dari tabel 4.18. diatas dapat dilihat bahwa kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan kategori baik (55,22%) lebih banyak daripada yang berkinerja kurang baik.

2. Bivariat

- a. Tabulasi Silang Umur dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.19. Tabel Silang Variabel Umur dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Dasar Di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No	Kategori Umur	Kinerja Bidan Pelaksana PKD				Total	
		Kurang Baik		Baik		N	%
		n	%	n	%		
1	≤ 35 tahun	19	45,2	23	54,8	42	100,0
2	> 35 tahun	11	44,0	14	56,0	25	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Jika dilihat dari tabel 4.19. Dapat diketahui bahwa pada kinerja yang kurang baik, kategori umur kurang dari 35 tahun lebih banyak (45,2%) dibandingkan kategori umur lebih dari 35 tahun

(44,0%). Sedangkan pada kinerja baik, kategori umur tua lebih banyak (56,0%) dibandingkan umur muda (54,8%).

Ada kecenderungan responden yang kinerjanya kurang baik mempunyai kategori umur yang muda. Hasil analisis hubungan variabel bebas dengan variabel terikat menggunakan uji chi-square memperoleh nilai p sebesar 0,921 ($p > 0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Kecenderungan dua variabel umur dengan kinerja ini mendukung teori yang menyatakan bahwa produktifitas karyawan yang sudah lama bekerja di sebuah perusahaan artinya sudah bertambah tua, bisa mengalami peningkatan karena pengalaman, dan lebih bijaksana dalam pengambilan keputusan.³¹

Usia harus mendapat perhatian karena akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Karyawan muda umumnya mempunyai fisik yang lebih kuat, dinamis, kreatif, tetapi cepat bosan, kurang bertanggung jawab, cenderung absensi, *turn over*-nya tinggi. Karyawan lebih tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bekerja ulet dan bertanggung jawab besar, absensi dan *turn over*-nya rendah.⁶⁸

Namun demikian, hasil survey di Amerika Serikat menunjukkan ternyata 93% pekerja usia lanjut sama baiknya dengan usia muda.⁶⁷ Dalam penelitian Masnuchaddin, (1998) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan antenatal di Kabupaten Pati menyebutkan bahwa umur tidak berhubungan dengan kinerja⁶⁹, demikian juga

hasil penelitian Suparjo tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan desa PTT.⁷⁰

b. Tabulasi Silang Pendidikan dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.20. Tabel Silang Variabel Pendidikan dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Dasar di Kabupaten Kendal tahun 2007

No	Pendidikan	Kinerja bidan pelaksana PKD				Total	
		Kurang Baik		Baik		n	%
		n	%	n	%		
1	Kurang sesuai standar kompetensi	16	44,4	20	55,6	36	100,0
2	Sesuai standar kompetensi	14	45,2	17	54,8	31	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi pendidikan yang sesuai standar kompetensi (45,2%) lebih besar daripada yang kurang sesuai standar (44,4%), Pada kinerja baik, proporsi pendidikan yang kurang sesuai standar kompetensi (55,6%) lebih besar daripada yang sesuai standar (54,8%).

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan mencantumkan bahwa bidan yang melaksanakan praktik di berbagai tatanan pelayanan, (termasuk di PKD) adalah bidan dengan kualifikasi pendidikan D III kebidanan, tetapi kenyataannya masih banyak bidan dengan kualifikasi pendidikan D I kebidanan terutama yang sebelum lulus tahun 2000. Meskipun kualifikasi pendidikan bidan sebelum tahun 2000 masih D I kebidanan, kinerjanya tidak kalah dibandingkan dengan bidan yang telah D III, hal ini dimungkinkan karena meskipun kurikulum sebelum tahun 2002 belum memenuhi standar pendidikan DIII kebidanan,

umumnya pendidikan bidan tersebut dengan *basic* SPK (Sekolah Perawat Kesehatan) sehingga ada kompetensi tentang asuhan perawatan secara umum dan tentunya pengalaman mereka jauh lebih banyak dibandingkan yang lulus setelah tahun 2000.⁶⁵

Hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square memperoleh nilai p sebesar 1,000 ($p > 0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Kecenderungan ini mendukung penelitian yang dilakukan Kris Nugroho, (2004) tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat pegawai daerah di puskesmas Kabupaten Kudus bahwa pendidikan tidak berhubungan dengan kinerja perawat.⁷¹

c. Tabulasi Silang Masa Kerja dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.21. Tabel Silang Variabel Masa Kerja dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No	Masa Kerja	Kinerja bidan pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar				Total	
		Kurang Baik		Baik			
		n	%	n	%	N	%
1	Baru	19	40,4	28	59,6	47	100,0
2	Lama	11	55,0	9	45,0	20	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi masa kerja lama (55,0%) lebih besar daripada yang baru (40,4%). Pada kinerja baik, proporsi masa kerja baru (59,6%) lebih besar daripada yang lama (45,0%).

Hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square dengan memperoleh nilai p sebesar 0,407 ($p > 0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Kecenderungan ini mendukung penelitian yang dilakukan Masnuchaddin, (1998) tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan antenatal di Kabupaten Pati bahwa masa kerja tidak berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan antenatal.⁶⁹

Lama kerja biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja dengan umur pada saat ini, 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 lingkungan pekerjaan.

Masa kerja bidan di desa meskipun rata-rata 12 tahun tetapi sebagai pelaksana PKD masih relatif baru, hal tersebut belum dapat untuk menjelaskan bahwa karyawan yang sudah lama bekerja akan lebih meningkat kinerjanya karena pengalaman dan lebih bijaksana dalam mengambil keputusan.³¹ Masa kerja tidak berhubungan dengan kinerja seseorang, semakin senior seorang pekerja bukanlah berarti akan lebih baik kinerjanya dibandingkan pada pekerja yang senioritasnya lebih rendah. Banyak studi tentang hubungan senioritas karyawan dan produktifitas. Meskipun prestasi kerja seseorang itu bisa ditelusuri dari prestasi kerja sebelumnya, tetapi sampai saat ini belum dapat diambil

kesimpulan yang meyakinkan antara kedua variabel tersebut. Pengalaman kerja yang sudah lama, tetap belum menjamin bahwa mereka lebih produktif daripada karyawan-karyawan yang belum lama bekerja di situ.³¹

d. Tabulasi Silang Status Perkawinan dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.22. Tabel Silang Variabel Status Perkawinan & Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Dasar di Kabupaten Kendal tahun 2007

No	Status Perkawinan	Kinerja bidan pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar				Total	
		Kurang Baik		Baik			
		n	%	n	%	n	%
1	Tidak Kawin	2	100,0	0	0,0	2	100,0
2	Kawin	28	43,1	37	56,9	65	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi status perkawinan tidak kawin (100%) lebih besar daripada yang kawin (43,1%). Pada kinerja baik, proporsi yang kawin (56,9%) lebih besar daripada yang tidak kawin (0%).

Hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square dengan memperoleh nilai p sebesar 0,383 ($p > 0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Teori tentang hubungan status perkawinan dan kinerja menunjukkan bahwa karena perkawinan itu menuntut tanggung jawab keluarga yang lebih besar, sehingga peningkatan posisi dalam pekerjaan menjadi sangat penting, atau mungkin saja karena sudah kawin menjadi rajin bekerja.³¹

e. Tabulasi Silang Status Kepegawaian dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.23. Tabel Silang Variabel Status Kepegawaian & Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No	Status Kepegawaian	Kinerja bidan pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar				Total	
		Kurang Baik		Baik			
		n	%	n	%	N	%
1	PNS	14	40,0	21	60,0	35	100,0
2	PTT	16	50,0	16	50,0	32	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi status kepegawaian sebagai Pegawai Tidak Tetap/PTT (50%) lebih besar daripada yang Pegawai Negeri Sipil/PNS (40%). Pada kinerja baik, proporsi

status kepegawaian PNS (60%) lebih besar daripada yang PTT (50%).

Ada kecenderungan responden yang kinerjanya kurang baik mempunyai status kepegawaian sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT). Pola kecenderungan yang terlihat dalam tabel 4.23. didukung oleh hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square dengan memperoleh nilai p sebesar 0,564 ($p > 0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara status kepegawaian dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Kecenderungan ini mendukung hasil penelitian Masnuchaddin, (1998) yang menyatakan bahwa status kepegawaian tidak berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan antenatal. Kinerja bidan di desa dalam pelayanan antenatal tidak jauh berbeda antara PNS dengan PTT.⁶⁹

Kondisi tersebut dapat dimengerti karena berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) nomor 43 tahun 2007 sebagai pengganti PP nomor 48 tahun 2005 tentang pengangkatan tenaga honorer menjadi CPNS disebutkan bahwa seluruh tenaga honorer (termasuk PTT dan Honor Daerah/Honda) dinyatakan diangkat sebagai tenaga CPNS, sehingga tidak ada lagi bidan PTT lama dan Honda di Kabupaten Kendal. Dengan PP tersebut maka tidak ada lagi perbedaan status kepegawaian antara bidan PNS dan PTT/honorer yang dapat mempengaruhi kinerjanya.⁷²

f. Tabulasi Silang Pengalaman dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.24. Tabel Silang Variabel Pengalaman & Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No	Pengalaman Bidan	Kinerja bidan pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar				Total	
		Kurang Baik		Baik		n	%
		n	%	n	%		
1	Kurang	21	58,3	15	41,7	36	100,0
2	Baik	9	29,0	22	71,0	31	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi pengalaman kurang baik (58,3%) lebih besar daripada yang pengalaman baik (29%). Pada kinerja baik, proporsi pengalaman baik (71,0%) lebih besar daripada yang kurang baik (41,7%).

Ada kecenderungan responden yang kinerjanya kurang baik mempunyai pengalaman yang kurang. Pola kecenderungan yang terlihat dalam tabel 4.24. didukung oleh hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square dengan memperoleh nilai p sebesar 0,031 ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara pengalaman dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Kecenderungan ini mendukung teori dari Gibson yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kinerja individu adalah pengalaman, apabila pengalaman individu makin banyak maka akan semakin tinggi pula kinerjanya.¹⁷ Pendapat senada dikemukakan Siagian bahwa pengalaman seseorang dalam melakukan tugas tertentu secara terus menerus dalam waktu yang cukup lama dapat meningkatkan kedewasaan teknisnya. Dalam artian akan semakin berkurang jumlah kesalahan yang dilakukannya, asumsi yang sama berlaku untuk semua jenis

pekerjaan. Hal ini dikarenakan salah satu kelebihan dari sifat manusia dibandingkan dengan makhluk lain adalah kemampuan belajar dari pengalaman yang telah didapat terutama didalam pengalaman yang berakhir pada kesalahan.³⁴

Berdasarkan dari hasil FGD yang dilaksanakan pada tanggal 27 Desember 2007 di Taman Pancingan Aldila, Kabupaten Kendal dengan sasaran FGD adalah 8 responden bidan desa pelaksana PKD yang peneliti ambil secara acak tanpa menggolongkan bidan yang mempunyai kinerja baik dan tidak baik, didapatkan informasi bahwa pengalaman bidan pelaksana PKD mayoritas kurang karena jarang ada pelatihan yang diikuti, yang diikutkan prioritasnya adalah yang senior dan PNS, jam terbang dalam memberikan pelayanan masih rendah karena rata-rata pasien sedikit dan baru saja lulus kuliah seperti yang disampaikan informan berikut :

Kotak 1

“Sebetulnya saya sangat bangga menjadi bidan di PKD walaupun berstatus PTT, karena di mata masyarakat antara saya dengan bidan pelaksana PKD yang berstatus PNS adalah sama, tapi kadang pengalaman kami kurang bila dibanding dengan yang berstatus PNS karena kurangnya pelatihan dan training yang kami ikuti, biasanya setiap ada pelatihan yang diprioritaskan adalah yang PNS dan yang senior, hal ini mengakibatkan semangat kerja saya menurun, disiplin kerja menurun dan sudah tidak ada keinginan untuk mencapai sesuatu yang lebih misalnya saja sudah tidak ada keinginan untuk sekolah lagi, soalnya percuma saja karena selain kesempatannya tidak ada, biayanya juga harus ditanggung sendiri.....”

Informan 2

Sedangkan yang diusulkan oleh responden terkait dengan peningkatan pengalaman mereka adalah pengalaman yang diperoleh dari pelatihan emergency atau penanganan kegawatdaruratan seperti LSS (*life saving skill*), PPGD (Pelayanan Penderita Gawat Darurat), magang di rumah sakit, pengobatan

saat ada wabah ataupun bencana alam dan standarisasi KB Implant. Seperti yang disampaikan informan berikut :

Kotak 2
 “Saya pengen tambah pengalaman tentang penanganan kasus-kasus gawat darurat, pengobatan sederhana saat ada kasus wabah atau bencana alam.....”
Informan 2

Beberapa hal yang dapat meningkatkan kinerja karyawan didalam suatu organisasi dikemukakan Timple antara lain : hubungan yang saling mendukung dan saling mempercayai harus dikembangkan, pengembangan keterampilan, menetapkan sasaran-sasaran yang spesifik dan dapat diukur serta pengalaman anggota dalam pekerjaan harus terus dikembangkan agar dapat berubah menjadi pengalaman yang positif.¹⁶

g. Tabulasi Silang Motivasi dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.25. Tabel Silang Variabel Motivasi & Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Dasar di Kabupaten Kendal tahun 2007

No	Motivasi	Kinerja bidan pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar				Total	
		Kurang Baik		Baik			
		n	%	n	%	N	%
1	Kurang Baik	25	64,1	14	35,9	39	100,0
2	Baik	5	17,9	23	82,1	28	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi motivasi kurang baik (64,1%) lebih besar daripada yang motivasinya baik (17,9%). Pada kinerja baik, proporsi motivasi baik (82,1%) lebih besar daripada yang kurang baik (55,2%).

Ada kecenderungan responden yang kinerjanya kurang baik mempunyai motivasi yang kurang baik juga. Pola kecenderungan yang terlihat dalam tabel 4.25. didukung oleh hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square dengan memperoleh nilai p sebesar 0,000 ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Kecenderungan ini mendukung teori yang menyatakan bahwa jika seseorang itu termotivasi maka dia akan berusaha keras. Motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang secara optimal, hal ini disebabkan karena motivasi merupakan kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti aneka keinginan, harapan, kebutuhan, dorongan dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja untuk mencapai kepuasan atau mengurangi ketidakseimbangan.¹⁸ Sesuai dengan definisi tentang motivasi dalam perilaku organisasi, adanya kesesuaian antara kebutuhan-kebutuhan individu dengan tujuan organisasi harus dapat terus diusahakan.³²

Hasil FGD ditemukan bahwa sebenarnya dengan adanya PKD mereka merasa lebih dekat dengan masyarakat dan jadwal bidan menjadi jelas, kapan dan dimananya, cakupan PWS KIA-pun jadi naik, hal ini mampu memberikan motivasi dalam bekerja, tetapi hal yang membuat mereka kurang termotivasi adalah karena terlalu banyak pekerjaan, gaji/insentifnya sedikit, dukungan pihak desa kurang, bantuan sarana/prasarana ada tetapi sudah rusak, PKD tidak laik pakai, seperti terungkap informan berikut :

Kotak 3

“Motivasi saya juga menurun karena tempat saya kerja (PKD) kondisinya sudah tak laik pakai, sarana prasarana tidak lengkap, MCK masih *nunut*, sehingga kerja tidak *jenak*.....”

Informan 7

Usul yang disampaikan responden antara lain : naik pangkat/golongan, gaji yang cukup, pemimpin yang adil, mengayomi, lingkungan kerja dan rekan kerja yang mendukung. Terungkap dari informasi hasil FGD berikut :

Kotak 4
 “Diberi kesempatan untuk naik pangkat/golongan, gaji yang cukup, kepemimpinan yang adil, yang mengayomi bidan desa pelaksana PKD, lingkungan kerja yang mendukung dan rekan kerja yang mampu diajak kerjasama.....”
Informan 1

Chung & Menginson (Gomes, 2000) menyatakan bahwa : motivasi dirumuskan sebagai perilaku yang ditujukan pada sasaran.³⁰ Motivasi berkaitan dengan tingkat usaha yang dilakukan seseorang dalam mengejar sesuai tujuan, motivasi terkait erat dengan kinerja dan kepuasan kerja.²³ Dalam perilaku organisasi motivasi merupakan kemauan yang kuat untuk berusaha ke tingkat yang lebih tinggi atau lebih baik untuk mencapai tujuan organisasi.³³

Motivasi tenaga kerja perlu dikelola untuk menghasilkan penampilan kerja (kinerja) yang diharapkan untuk mencapai tujuan institusi. Pengelolaan motivasi adalah proses mendorong mencapai tujuan pelayanan dan tujuan pribadinya.²³

h. Tabulasi Silang Persepsi Terhadap Kepemimpinan dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.26. Tabel Silang Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan dan Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007

	Persepsi	Kinerja bidan pelaksana	Total
--	----------	-------------------------	-------

No	Terhadap Kepemimpinan	PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar					
		Kurang Baik		Baik		n	%
		n	%	n	%		
1	Kurang Baik	23	65,7	12	34,3	35	100,0
2	Baik	7	21,9	25	78,1	32	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi persepsi terhadap kepemimpinan kurang baik (65,7%) lebih besar daripada yang berpersepsi baik (21,9%). Pada kinerja baik, proporsi persepsi terhadap kepemimpinan baik (78,1%) lebih besar daripada yang kurang baik (34,3%).

Ada kecenderungan responden yang kinerjanya kurang baik mempunyai persepsi yang kurang baik terhadap kepemimpinan kepala puskesmasnya. Pola kecenderungan yang terlihat dalam tabel 4.26. didukung oleh hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square dengan memperoleh nilai p sebesar 0,001 ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap kepemimpinan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Dalam suatu organisasi dan manajemen suatu organisasi, kepemimpinan merupakan hal yang penting karena ada bukti bahwa kepemimpinan berpengaruh terhadap kinerja dan kepemimpinan berarti kemampuan untuk mengendalikan organisasi melalui perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pengawasan dalam rangka mencapai tujuan.²⁶

Hasil temuan FGD terkait dengan persepsi terhadap kepemimpinan memang sudah baik tetapi masih kurang

dikarenakan jarang mengadakan rapat bulanan dan walaupun ada badan jarang diajak rapat, bersikap tertutup, tidak mau menerima masukan, kurang komunikatif, membeda-bedakan status kepegawaian stafnya terutama dalam hal pembagian jasa pelayanan. Seperti terungkap dari informan berikut :

Kepemimpinan adalah motor penggerak bagi sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Pemeliharaan dan pengembangan sumber daya manusia merupakan keharusan mutlak karena jika kurang pemeliharaan dan perhatian kepada tenaga bisa menyebabkan semangat kerja rendah, cepat bosan serta lamban menyelesaikan tugas, sehingga menurunkan prestasi kerja tenaga kerja yang bersangkutan.³²

Efektifitas kepemimpinan tergantung pada kesesuaian antara kepribadian, tugas, kekuatan, sikap, dan persepsi.²³

Gibson, dkk (1996) menyatakan bahwa persepsi merupakan proses pemberian arti oleh individu terhadap lingkungannya. Kesan yang diterima dipengaruhi oleh pengalaman individu melalui proses belajar, karakteristik obyek yang diamati, serta aspek-aspek dari individu itu sendiri.¹⁷

Yang diusulkan responden dari hasil FGD adalah kepemimpinan adil, bijaksana, tidak membeda-bedakan stafnya,

dapat menjadi suri teladan, yang mendelegasikan wewenang, dan yang memberikan pengarahan serta tut wuri handayani.

- i. Tabulasi Silang Persepsi Terhadap Kompensasi/insentif dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.27. Tabel Silang Variabel Persepsi Terhadap Kompensasi/Insentif & Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007

No	Persepsi Terhadap Kompensasi/Insentif	Kinerja bidan pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar				Total	
		Kurang Baik		Baik			
		n	%	n	%	n	%
1	Kurang Sesuai	23	57,5	17	42,5	40	100,0
2	Sesuai/Baik	7	25,9	20	74,1	27	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi persepsi terhadap kompensasi/insentif kurang sesuai (57,5%) lebih besar daripada yang berpersepsi sesuai/baik (25,9%). Pada kinerja baik, proporsi persepsi terhadap kompensasi/insentif sesuai (74,1%) lebih besar daripada yang kurang sesuai (42,5%).

Ada kecenderungan responden yang kinerjanya kurang baik mempunyai persepsi yang kurang sesuai terhadap insentif/kompensasi yang diberikan kepadanya. Pola kecenderungan yang terlihat dalam tabel 4.27. didukung oleh hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square dengan memperoleh nilai p sebesar 0,022 ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap

kompensasi/insentif dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Kecenderungan ini mendukung teori yang dikemukakan oleh Samsudin, (2006) menyatakan bahwa suatu kompensasi akan dapat meningkatkan atau menurunkan prestasi kerja atau memotivasi karyawan. Jika para karyawan berpersepsi kompensasi mereka tidak memadai, prestasi kerja, motivasi maupun kepuasan kerja dapat menurun drastis. Program-program kompensasi sangatlah penting untuk mendapatkan perhatian yang sungguh-sungguh karena mencerminkan adanya usaha organisasi atau perusahaan untuk mempertahankan kinerja sumber daya manusia.⁶⁷

Siagian menyebutkan bahwa apabila persepsi karyawan terhadap imbalan yang diterimanya tidak memadai, maka kemungkinan karyawan tersebut akan berusaha memperoleh imbalan yang lebih besar atau mengurangi intensitas usaha dalam melaksanakan tanggung jawabnya. Dengan demikian, persepsinya terhadap insentif dapat berpengaruh terhadap kinerjanya.³⁴

Hasil FGD diperoleh informasi bahwa tidak ada insentif karena sudah dianggap mendapat gaji tiap bulan, tetapi yang ada insentifnya persepsinya masih kurang, karena belum sesuai beban kerja, masih membedakan status kepegawaian dalam hal pembagian insentif bukan karena kinerjanya, dan ada informasi pembagian dana operasional tetapi tidak dibagikan. Sedangkan usul yang disampaikan adalah ada insentif dari hasil pelayanan pasien, gaji/insentif naik, rutin diberikan tiap bulan, berdasarkan

Kotak 6

“.....Kalo ada dana operasional segera diberikan, jangan ditahan oleh kepala puskesmas. Yang dapat kok malah bidan desa yang ikut pelatihan desa siaga di Gombong, padahal salah satu syarat menjadi

kesepakatan bersama dan dana operasional segera dibagikan.

Usulan tersebut seperti yang tertuang dalam FGD sebagai berikut :

j. Tabulasi Silang Persepsi Terhadap Beban Kerja dengan Kinerja
Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.28. Tabel Silang Variabel Persepsi Terhadap Beban Kerja & Kinerja Bidan Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal tahun 2007

No	Persepsi Terhadap Beban Kerja	Kinerja bidan pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar				Total	
		Kurang Baik		Baik			
		n	%	n	%	n	%
1	Kurang Baik	22	62,9	13	37,1	35	100,0
2	Baik	8	25,0	24	75,0	32	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi persepsi terhadap beban kerja kurang baik (62,9%) lebih besar daripada yang berpersepsi baik (25,0%). Pada kinerja baik, proporsi persepsi terhadap beban kerja baik (75,0%) lebih besar daripada yang kurang baik (37,1%).

Ada kecenderungan responden yang kinerjanya kurang baik mempunyai persepsi yang kurang baik terhadap beban kerjanya. Pola kecenderungan yang terlihat dalam tabel 4.28. didukung oleh hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square dengan memperoleh nilai p sebesar 0,004 ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap beban kerja dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Berdasarkan teori yang dikemukakan Ruhimat, beban kerja sangat berpengaruh terhadap kinerja individu dalam melaksanakan pekerjaan yang dilakukan, beban kerja tidak hanya dilihat dari beban fisik semata akan tetapi beban kerja juga bisa berupa beban mental.⁷³ Beban kerja yang cukup banyak untuk bidan desa pelaksana PKD membawa akibat yang tidak diinginkan oleh jajaran kesehatan yaitu terbengkalainya program-program kesehatan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak dalam rangka penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Terkait dengan beban kerja, hasil FGD diperoleh informasi bahwa mayoritas berpersepsi beban kerjanya kurang baik atau berat karena semua program bidan desa pasti terkait, tugas utama KIA masih ditambah pelayanan kesehatan dasar di PKD dan kegiatan pokok PKD yang lain. Yang diusulkan adalah pembagian kerja yang jelas, sehingga jelas tanggung jawabnya, bidan mau ditambah beban kerjanya asalkan ada insentifnya, seperti terpapar berikut ini:

Kotak 7

“..... *Kalo* bisa ada pembagian kerja yang jelaslah, ini tugas tanggung jawab siapa, itu tugas tanggung jawab siapa, jadi tidak *numpuk-numpuk* kerjaan.....”

Informan 5

k. Tabulasi Silang Persepsi Terhadap Supervisi dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.29. Tabel Silang Variabel Persepsi Terhadap Supervisi & Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Dasar di Kabupaten Kendal Tahun 2007

N	Persepsi	Kinerja bidan pelaksana PKD	Total
---	----------	-----------------------------	-------

o	Terhadap Supervisi	dalam Pelayanan Kesehatan Dasar					
		Kurang Baik		Baik			
		n	%	n	%	n	%
1	Kurang Baik	19	46,3	22	53,7	41	100,0
2	Baik	11	42,3	15	57,7	26	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi persepsi terhadap supervisi kurang baik (46,3%) lebih besar daripada yang berpersepsi baik (42,3%). Pada kinerja baik, proporsi persepsi terhadap supervisi yang baik (57,7%) lebih besar daripada yang kurang baik (53,7%).

Pola kecenderungan yang terlihat dalam tabel 4.29. didukung oleh hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square dengan memperoleh nilai p sebesar 0,943 ($p < 0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi terhadap supervisi dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Hasil penelitian Rohmadi, (2003) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja dan penyusunan rekomendasi peningkatan kinerja Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas di Kabupaten Wonosobo menyebutkan bahwa pelaksanaan supervisi tidak berhubungan dengan kinerja TPG.⁷⁴

Kecenderungan ini tidak mendukung teori yang menyatakan bahwa pada negara-negara berkembang seperti Indonesia, variabel supervisi masih sangat penting pengaruhnya terhadap kinerja, tetapi menurut teori yang dikembangkan oleh Gibson dan Kopelman berdasarkan penelitian dan pengalaman

yang mereka temukan pada sampel dan komunitas negara maju seperti Amerika Serikat, tidak tampak peran variabel supervisi hubungannya dengan kinerja.¹⁷

Hasil FGD diperoleh informasi bahwa supervisi yang dilakukan kepala puskesmas telah baik, tetapi ada yang kurang yaitu supervisi hanya dilakukan saat ada masalah saja, kurang bisa menemukan masalah dan kurang memberikan jalan keluar. Seperti yang disampaikan informan berikut :

Kotak 8
 “Ada sih supervisi, tapi masih kurang, kalo supervisi dilakukan lebih dari 1-2 bulan sekali kita kan santai terus, tapi kalo pas ada masalah kita *ndak* dapat petunjuk untuk jalan keluarnya, padahal supervisi salah satunya adalah untuk menemukan masalah/hambatan dan mencari bagaimana solusinya....”
 Informan 6

Usul yang disampaikan adalah supervisi yang terencana dan terjadual, yang dapat menemukan masalah dan mampu memberikan masukan pemecahan masalah dan ada umpan balik supervisi.

I. Tabulasi Silang Pelatihan dengan Kinerja Bidan Desa Pelaksana PKD di Kabupaten Kendal Tahun 2007

Tabel 4.30. Tabel Silang Variabel Pelatihan & Kinerja Bidan Pelaksana PKD dalam Pelayanan Dasar di Kabupaten Kendal tahun 2007

No	Pelatihan	Kinerja bidan pelaksana PKD dalam Pelayanan Kesehatan Dasar				Total	
		Kurang Baik		Baik		n	%
		N	%	n	%		
1	Kurang Baik	17	63,0	10	37,0	27	100,0
2	Baik	13	32,5	27	67,5	40	100,0
Total		30	44,8	37	55,2	67	100,0

Pada kinerja kurang baik, proporsi pelatihan kurang baik (63,0%) lebih besar daripada pelatihan baik (32,5%). Pada kinerja baik, proporsi pelatihan baik (67,5%) lebih besar daripada yang kurang baik (37,0%).

Ada kecenderungan responden yang kinerjanya kurang baik mempunyai kategori pelatihan yang diikuti kurang baik juga. Pola kecenderungan yang terlihat dalam tabel 4.30. didukung oleh hasil analisis hubungan menggunakan uji chi-square dengan memperoleh nilai p sebesar 0,027 ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal.

Kecenderungan ini mendukung teori yang ditulis Samsudin (2006) yang menyatakan bahwa pelatihan merupakan serangkaian aktivitas yang dirancang untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan, ketrampilan, sikap dan kinerja sumber daya manusia. Aktivitas ini mengajarkan keahlian baru, memperbaiki keahlian yang ada, dan mempengaruhi sikap dan tanggung jawab para karyawan. Perkembangan organisasi atau perusahaan terkait erat dengan kualitas sumber daya manusia. Apabila sumber daya manusia kualitasnya rendah, stagnasi organisasi atau perusahaan kemungkinan besar akan terjadi.⁶⁷

Temuan dalam FGD terkait dengan pelatihan adalah informan sudah merasa pelatihan yang diperolehnya sudah mencukupi baik, tetapi masih sebatas pelatihan secara teori, belum sampai pada praktik, dan jika berpersepsi kurang juga dikarenakan jarang diikuti pelatihan, seperti yang disampaikan informan berikut :

Kotak 9

“Tujuan pelatihan itu sebenarnya *kan* untuk menambah skill, ketrampilan, mampu menambah wawasan dan juga bisa mengikuti perkembangan informasi dan keilmuan yang terjadi dan seterusnya, tetapi kepala puskesmas jarang sekali mengikutkan kami di pelatihan-pelatihan keluar, sehingga kita kadang terlambat dalam

Pelatihan yang diusulkan informan adalah pelatihan yang bebar-benar bermanfaat seperti perinasia, PPGD, standarisasi KB, dan ada evaluasi pasca pelatihan.

Gomes (1999) mengemukakan definisi pelatihan adalah suatu kegiatan pembelajaran dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan untuk memperbaiki kinerja pekerja pekerjaan pada suatu pekerjaan tertentu yang menjadi tanggung jawabnya atau berkaitan dengan pekerjaan menjadi lebih baik dan efektif.³² Hal ini tentu akan berpengaruh positif terhadap kinerja karyawan yang bersangkutan.²³

Pelatihan merupakan bagian dari pendidikan. Pelatihan bersifat *spesifik, praktis* dan *segera*. *Spesifik* berarti pelatihan berhubungan dengan bidang pekerjaan yang dilakukan. *Praktis* dan *segera* berarti yang sudah dilatihkan dapat dipraktikkan. Umumnya pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan kerja dalam waktu yang relatif singkat. Suatu pelatihan berupaya menyiapkan para karyawan untuk melakukan pekerjaan yang dihadapi.⁶⁷ Dalam hal ini pelatihan PKD terdiri dari berbagai materi yang umumnya belum pernah atau sangat minim didapat saat belajar/kuliah kebidanan.

- m. Ringkasan Hasil Analisis Statistik Hubungan Antara Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat

Tabel 4.31. Ringkasan Hasil Analisis Statistik Hubungan Variabel Bebas dengan Variabel Terikat Menggunakan Uji Chi Square dengan Tingkat Kesalahan (α) Sebesar 5%

No	Variabel Bebas	Variabel Terikat	Nilai p	Keterangan
1.	Umur	Kinerja	0,702	Tidak Ada hubungan
2	Pendidikan		1,000	Tidak Ada Hubungan
3	Status Perkawinan	Bidan Desa	0,383	Tidak Ada Hubungan
4	Masa Kerja	Pelaksana	0,407	Tidak Ada Hubungan
5	Status Kepegawaian	PKD	0,564	Tidak Ada Hubungan
6	Pengalaman	Dalam	0,031	Ada hubungan
7	Motivasi	Pelayanan	0,0001	Ada hubungan
8	Persepsi terhadap Kepemimpinan	Kesehatan	0,001	Ada hubungan
9	Persepsi terhadap kompensasi/imbala n	Dasar	0,022	Ada hubungan
10	Persepsi terhadap beban kerja		0,004	Ada hubungan
11	Persepsi terhadap supervisi		0,943	Tidak Ada Hubungan
12	Pelatihan		0,027	Ada hubungan

Temuan FGD terkait dengan mayoritas kinerja bidan pelaksana PKD yang sudah baik adalah karena mereka sudah mempunyai pengalaman terkait pelayanan kesehatan dasar karena sebelum PKD ada mereka sudah memberikan pelayanan tersebut di Polindes, didukung mayoritas basic bidannya adalah dari SPK sehingga sudah mempunyai kompetensi keperawatan. Sering mengikuti pelatihan/seminar walaupun swadana, ada dukungan peran serta masyarakat, sarana komunikasi lancar, didukung domisili di dekat PKD dan adanya bantuan sarana-prasarana.

Tetapi ada hal yang menghambat/tidak mendukung kinerja bidan seperti terungkap dari informan berikut :

Kotak 10

“Yang menjadi penghambat adalah bantuan dari perangkat desa/pamong-pamong maupun tokoh masyarakat yang masih kurang untuk membantu sosialisasi, mencari atau menemukan ibu-ibu atau anak-anak yang beresiko tinggi.

Informan 1

“Angkatan kita itu dapat sarana/prasarana tapi kurang lengkap atau ada tapi tidak laik pakai dibandingkan angkatan pertama

Informan 8

Faktor penghambat kinerja bidan pelaksana PKD sesuai hasil FGD antara lain kurangnya bantuan dari perangkat desa/pamong-pamong maupun tokoh masyarakat dalam *social marketing* maupun penemuan kasus-kasus resiko tinggi, sarana transportasi tidak ada dan jalan yang rusak, pengalaman yang masih kurang, ada bantuan sarana prasarana tetapi kondisinya sudah tidak laik pakai, serta tidak ada insentif dari pelayanan di PKD.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

B. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan pada bab terdahulu dapat disusun beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Mayoritas responden berumur antara < 35 tahun (63,0%) dengan usia termuda responden adalah 26 tahun dan usia tertua responden 44 tahun, dengan rata-rata usia 33 tahun, sebagian berpendidikan D1 Kebidanan (54,0%), dengan status perkawinan mayoritas telah menikah (97,0%) dan memiliki masa kerja tergolong baru (70,0%), dengan masa kerja terendah adalah 2 tahun dan masa kerja tertinggi 23 tahun, rata-rata masa kerja 12 tahun. Sebagian besar berstatus kepegawaian PNS (52,0%) dan sejak 1 Oktober 2007 seluruh pegawai PTT/Honorer di Kabupaten Kendal telah diangkat sebagai CPNS.
2. Tidak ada hubungan antara umur dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,702.
3. Tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 1,000.
4. Tidak ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,407.
5. Tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,383.
6. Tidak ada hubungan antara status kepegawaian dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,564.
7. Ada hubungan yang signifikan antara pengalaman dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,031.

8. Ada hubungan yang signifikan antara motivasi dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,0001.
9. Ada hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap kepemimpinan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,001.
10. Ada hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap kompensasi/insentif dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,022.
11. Ada hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap beban kerja dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,004.
12. Tidak ada hubungan antara persepsi terhadap supervisi dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,943.
13. Ada hubungan yang signifikan antara pelatihan dengan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal dengan nilai p 0,027.
14. Berdasarkan temuan FGD terkait dengan kinerja bidan pelaksana PKD yang telah baik didukung oleh adanya pengalaman terkait pelayanan kesehatan dasar yang telah responden miliki sebelum PKD ada, mayoritas basic bidannya adalah dari SPK sehingga sudah mempunyai kompetensi keperawatan, sering mengikuti pelatihan /seminar walaupun swadana, ada dukungan peran serta masyarakat, sarana komunikasi lancar, domisili di dekat PKD dan adanya bantuan sarana-prasarana. Sedangkan hal yang membuat pengalaman mereka kurang adalah karena jarang diikuti pelatihan karena kepala puskesmas ada yang memprioritaskan PNS dari pada PTT, jam terbang pelayanan masih rendah, motivasi responden rata-rata kurang

karena tidak ada insentif dari hasil pelayanan, sarana-prasarana tidak memadai, PKD tidak laik huni, serta kurangnya dukungan pihak terkait. Informasi tentang kepemimpinan kepala puskesmas diperoleh informasi bahwa kepala puskesmas jarang mengadakan rapat bulanan, kurang dapat menjadi suri teladan, kurang menerima masukan. Informasi tentang insentif bahwa tidak ada insentif dari pelayanan di PKD, walaupun ada masih kurang, diberikan tidak rutin tiap bulan dan masih kurang sesuai dengan beban kerja, dana operasional tidak diberikan. Pada persepsi terhadap supervisi didapatkan informasi yang kurang karena kepala puskesmas jarang melakukan supervisi, tidak mampu menemukan masalah dan tidak memberikan solusi maupun umpan balik hasil supervisi. Informasi terkait pelatihan sudah baik, tetapi ada beberapa hal yang masih kurang antara lain materi yang diprioritaskan adalah terkait penanganan kegawatdaruratan, sampai dengan praktik dan pemateri yang tidak membosankan dan tidak terlalu lama.

C. SARAN

Dalam upaya meningkatkan kinerja bidan desa pelaksana PKD di Kabupaten Kendal, berdasarkan kesimpulan di atas, peneliti merekomendasikan saran bagi :

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal
 - a. Menambah sarana/prasarana operasional terkait dengan deteksi dini dan penanganan kegawatdaruratan di PKD seperti alat transportasi, PKD-kit, O₂, obat-obatan serta perbaikan dari alat-alat yang diberikan guna menunjang tugas bidan di desa pelaksana PKD.

- b. Mengevaluasi pengaturan pembagian pengembalian jasa pelayanan ke Puskesmas berdasarkan kontribusi pekerjaan yang dilakukan masing-masing karyawan dan segera memberikan dana bantuan bagi bidan pelaksana PKD maupun bidan Desa Siaga.
- c. Memberikan rangsangan motivasi berupa *non financial* seperti fasilitas, seminar/pelatihan gratis, hadiah, dan lain-lain bagi bidan desa pelaksana PKD yang berprestasi.
- d. Untuk lebih menambah pelatihan-pelatihan yang terkait dengan tugas dan fungsi bidan desa (pelaksana PKD) dengan materi terkait manajemen PKD, gizi, kapita selekta keperawatan /kebidanan sampai dengan praktik atau skill dan ada evaluasi pasca pelatihan bagi peserta pelatihan secara berkala yaitu jangka waktu 60 hari, 6 bulan, 1 tahun.
- e. Lebih mengoptimalkan peran lintas program dan lintas sektor terkait dalam rangka *social marketing* dan penggerakan masyarakat untuk lebih sadar akan kesehatannya dengan berbagai penyuluhan dan advokasi.

2. Bagi Puskesmas

- a. Perlu kerjasama antara Kepala Desa, Kepala Puskesmas, Bidan Desa pelaksana PKD dan BPKM (Badan Peduli Kesehatan Masyarakat) jika ada, untuk membentuk kesepakatan tentang tarif jasa pelayanan, pembagian insentif bagi pelaksana PKD, sosialisasi PKD maupun aturan-aturan lain yang terkait dengan PKD agar lebih berkembang.
- b. Agar pimpinan puskesmas mampu memberikan masukan hasil supervisi, perlu adanya pelaksanaan supervisi secara berkala, tiap bulan dengan menggunakan *check list* supervisi, dan pimpinan

memberikan umpan balik hasil supervisi secara langsung maupun melalui rapat puskesmas.

- c. Segera memberikan dana bantuan bagi bidan desa pelaksana PKD (bidan desa siaga) maupun bagi tenaga kesehatan pendamping dan kader kesehatan yang mereka berhak mendapatkan.
- d. Agar pemberian insentif dapat memuaskan seluruh staf, perlu adanya pemberian insentif yang diterima dihitung berdasarkan kinerja staf bukan berdasarkan jabatan.
- e. Pemberian insentif tidak saja diberikan dalam bentuk *financial* tetapi juga dalam penghargaan *non financial* misalnya diberikan kemudahan memperoleh dana untuk mengikuti seminar/pelatihan serta diberi tanda penghargaan sebagai bentuk pengakuan apabila kinerjanya baik.

3. Bagi Bidan Desa

Agar kinerja bidan desa pelaksana PKD meningkat perlu adanya :

- a. Peningkatan kemampuan bidan desa melalui pelatihan-pelatihan, seminar maupun peningkatan jenjang pendidikan yang lebih tinggi dari semula pendidikan Diploma1 Kebidanan menjadi pendidikan Diploma III Kebidanan.
- b. Peningkatan pemberdayaan PKD dengan program pengembangan lain yang terkait seperti WOD maupun usaha lain sehingga akan meningkatkan pendapatan dan kemandirian bidan pelaksana PKD.

DAFTAR PUSTAKA

2. Pusat Promosi Kesehatan, *Membuat Rakyat Sehat*, Majalah Interaksi 2006
3. Depkes RI, *Panduan Bidan di Tingkat Desa*, Jakarta ; 1989
4. Departemen Kesehatan & Kesejahteraan Sosial, *Pedoman Pemberdayaan Pondok Bersalin Desa*, Jakarta, 2000
5. Wahyudi, Sugeng & Suswanto, Tris, *Bu Bidan Tak Lagi Merasa Sendirian*, Berita Perencanaan Partisipatif, Edisi X, Oktober 2004.
6. Peraturan Gubernur Jawa Tengah nomor 90 tahun 2005 tentang pelaksanaan PKD Kabupaten/Kota di Propinsi Jawa Tengah
7. Kompas, *Poliklinik Kesehatan Desa diresmikan*, Jakarta; 31 Desember 2003. <http://www.kompas.com/kompas-etak/0312/31/jateng/776159.htm>
8. Depkes RI, *Pedoman Pengembangan Desa Siaga*, Jakarta; 2006
9. Supari Fadhillah, *Pemerintah Segera Berdayakan Desa Jadi Desa Sehat*, http://www.swara.tv/berita/_view_berita.php; 18 Maret 2006.
10. Dinkes Prop Jateng, *Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 47 Tahun 2006 tentang Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, Semarang, 2006.
11. DKK Kendal, *Profil Kesehatan Kabupaten Kendal Tahun 2006*, Kendal, 2007.
12. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, *Hasil Evaluasi Kebijakan Pengembangan PKD Di Jawa Tengah*, Semarang, 2006.
13. Suara Merdeka, *Upaya Menekan Angka Kematian Ibu*, Rabu 30 Desember 2003,: <http://www.suaramerdeka.com/harian/0401/24/dar36.htm> Poliklinik Kesehatan Desa .
14. Kepmenkes No. 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga
15. Rivai, V & Basri, A.F.M, *Performance Appraisal*. Cetakan I, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2005.
16. Mangkuprawira, Sjafril, Vitayala H, Aida, *Manajemen Mutu Sumber Daya Manusia*, Ghalia Indonesia, Jakarta, 2007.
17. Timple, A. Dale, *Seri Manajemen Sumber Daya Manusia Memotivasi Pegawai, Motivation of Personnel*, Cetakan keempat, PT Gramedia, Jakarta, 1999.
18. Gibson.J.I. Ivancevich, J.M. & Donelly. J. H. *Organisasi Perilaku : Struktur dan Proses*. Jilid 2, Edisi 8 Bina Rupa Aksara, Jakarta, 2000.
19. Ilyas, Yaslis, *Kinerja:Teori, Penilaian dan Penelitian*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, FKM UI, Depok, 2001.
20. Steers. R. M., Porter. L. W. and Bigley, G.A. *Motivation and Leadership at Work*. Mc. Graw-Hill Companies Inc. New York, 1996.
21. Bernadin, John, and Joyce E.A. Russel, *Human Resource Management*, Second Edition, Mc-Graw Hill, Book Co, Singapore, 1998

22. Pitoyo, Assaat, *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat dalam Melaksanakan Perawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Wilayah Kabupaten Dati II Semarang*. (Tesis). MMPK Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 2000.
23. Mangkunegara, Anwar Prabu, *Evaluasi Kinerja SDM*, Refika Aditama, Bandung, 2006.
24. Robbins, S.P. *Perilaku Organisasi : Konsep, Kontroversi dan Aplikasi*. Jilid 1 (Edisi bahasa Indonesia) PT Prenhallindo, Jakarta, 2001.
25. Anonim, *Kajian Ekonomi, Manajemen dan Akuntansi*, STEI, Jakarta, ISSN nomor 4/XIV/31/ Oktober-Desember 2005, 0854-0985.
26. Adam, J.A., *Human Factor Engineering*, Mac. Millan Publishing Company, New York, 1989.
27. Handoko, TH, *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*, Edisi 2, BPFE, Jakarta, 1995.
28. Tarwaka, Bakri, Solichul, HA., Sudiajeng, Lilik., *Ergonomi Untuk Keselamatan Kerja dan Produktivitas*, uniba Press, Surakarta, 2004
29. Amriyati, *Kinerja Perawat Ditinjau dari Lingkungan Kerja dan Karakteristik Individu*, Buletin Sains Kesehatan 16 (2), FKM UGM, Yogyakarta, Mei 2003.
30. Siagian Sondang, *Teori motivasi dan aplikasinya*, cetakan ke I Bina Aksara Jakarta 1989.
31. Siagian Sondang, *Organisasi, Kepemimpinan dan Perilaku*, Cetakan ke 8 CV Massagung Jakarta 1992.
32. Muchlas, M, *Perilaku Organisasi I – Organizational Behavior Cetakan II* Program Pendidikan Pasca Sarjana UGM Yogyakarta 1999.
33. Gomes, Faustino Cardoso, *Manajemen Sumber daya Manusia*, Andi, Yogyakarta, 2000.
34. Umar, Husein, *Riset Sumber Daya Manusia Dalam Organisasi*, Edisi Revisi, Cetakan Keempat, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2001.
35. Siagian, S. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi 1, Cetakan 8, Bumi Aksara, Jakarta, 2000.
36. Hanafi, Mamduh M, *Manajemen, Akademi Manajemen Perusahaan*, YKPN, Yogyakarta, 1997.
37. Simamora, Henry, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi 1, Cetakan 1, Bagian Penerbitan STIE YKPN, Yogyakarta, 1995.
38. Dessler, Gary, *Manajemen Personalia*, Edisi ketiga, Cetakan kedua, Erlangga, Jakarta, 1992.
39. Azwar, Azrul, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Cetakan Pertama, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996.
40. Notoatmodjo, *Dasar-dasar Pendidikan dan Latihan*, FKM UI, 1989.
41. Reinke, WA (ed) (terjemahan Trisnantoro, L; Ryarto, S; Hasanbasri, M; Savitri, T), *Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen (Health Planning for effective Management)*, Yogyakarta, Gadjah Mada University press, 1994.
42. Simamora, B., *Memenangkan Pasar Dengan Pemasaran Efektif dan Profitable*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2001.
43. Poerwodarminto, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta, 2002.
44. Luthan, S.F., *Organizations Behaviour*, International Editions, Mc Graw Hill Book Co, Singapore, 1995.

45. Sugiyanto. *Beban Kerja: Konsep dan Pengukuran*. Buletin Psikologi Fakultas Psikologi UGM. 1993.
46. Wickens, C.D., *Engineering Psikologi & Human Performance 2nd Edition*, Harper Collins Publications, London, 1992.
47. Yaslis, Ilyas, *Perencanaan SDM Rumah Sakit : Teori, Metode, dan Formula*, FKM UI, Jakarta, 2000
48. Cushway, B, *Human Resource Management*, PT. Alex Media Komputerindo, Jakarta, 1996.
49. Mangkunegara, Anwar Prabu, *Evaluasi Kinerja SDM*, Refika Aditama, Bandung, 2006.
50. Savitri, *Manajemen Sumber Daya Manusia menghadapi abad 21*, jilid I Edisi 6, Erlangga, Jakarta, 1997.
51. Rakhmat, Jalaluddin, *Psikologi Komunikasi*, Edisi revisi, Remaja Rosdakarya, Bandung, 2001.
52. Dinkes Prop Jateng, *Pedoman Penyelenggaraan Poliklinik Kesehatan Desa di Propinsi Jawa Tengah*, 2003.
53. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, Jakarta, 2007.
54. Notoadmodjo, Soekidjo, *Metedologi Penelitian Kesehatan*, Cetakan Ketiga Rineka Cipta Jakarta, 2005.
55. Murti, Bisma, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Edisi II, jilid I, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 2003
56. Moleong, Lexy J. *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Remaja Rosdakarya, Bandung, 2004.
57. Gulo, W, *Metodologi Penelitian*, Grasindo, Jakarta, 2005.
58. Istiarti, Tinuk, *Pemanfaatan Tenaga Bidan di Desa di Kabupaten Semarang*, Kerjasama Ford Foundation dengan Pusat Penelitian Kependudukan UGM, Yogyakarta, 1998.
59. Lemeshow, S et.al, *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*, (terjemahan), Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 1997.
60. Nursalam, *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, Info Medika, Jakarta, 2001.
61. Sugiyono, *Statistik untuk Penelitian*, Alfa Beta, Bandung, 2003.
62. Machfoedz, Marianingsih E., Margono dan Wahyuningsih, H.P., *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan Keperawatan dan Kebidanan*, Penerbit Fitramaya, Yogyakarta, 2005.
63. Santosa, Singgih, *SPSS Versi 10, Mengolah Data Statistik Secara Profesional*, PT Elex Media Komputindo, Kelompok Gramedia, Jakarta, 2003.
64. Miles M.B. Huberman. *Quality Data Analisis*. Second Edition. Sage Publication, New Delhi, 1985.
65. DKK Kendal, *Kendal Dalam Angka*, Kendal, 2006.
66. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan 65
67. Budioro, B. *Pengantar Administrasi Kesehatan Masyarakat*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro Semarang, 2002.
68. Samsudin, Sadili. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Pustaka Setia, Bandung, 2006
69. Hasibuan, Malayu, *Organisasi dan Motivasi, Dasar Peningkatan Produktivitas*, Bumi Aksara, Jakarta, 2003.

70. Masnuchaddin Syah, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Di Desa Dalam Pelayanan Antenatal Di Kabupaten Pati*, (Tesis). MMPK Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 1998.
71. Suparjo, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Pegawai Tidak Tetap Di Kabupaten Kudus*, (Tesis) MIKM Universitas Diponegoro, Semarang, 2000.
72. Kris Nugroho, *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat Pegawai Daerah Di Puskesmas Kabupaten Kudus*, (Tesis), MIKM Universitas Diponegoro, Semarang, 2004.
73. Peraturan Pemerintah (PP) nomor 43 tahun 2007 tentang pengangkatan tenaga honorer menjadi CPNS
74. Ruhimat, *Beban kerja konsep dan pengukuran*, UGM Yogyakarta 1993.
75. Rohmadi, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja dan Penyusunan Rekomendasi Peningkatan Kinerja TPG Puskesmas di Kabupaten Wonosobo*, (Tesis) MIKM Universitas Diponegoro, Semarang, 2003.