

**ANALISIS KINERJA
BIDAN PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS) DI DESA
DALAM PENJARINGAN BALITA GIZI BURUK
DI KABUPATEN KENDAL
TAHUN 2010**



TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2**

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

**oleh :
PADMI SUPARTI
NIM : E4A008042**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2010**



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

**ANALISIS KINERJA BIDAN PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)
DI DESA DALAM PENJARINGAN BALITA GIZI BURUK
DI KABUPATEN KENDAL
TAHUN 2010**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Padmi Suparti

NIM : E4A008042

Telah dipertahankan di dewan penguji pada tanggal 25 Juni 2010,
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

dr. Martha Irene Kartasurya, MSc, Ph.D
NIP. 196407261991032003

Lucia Ratna Kartika Wulan, SH, M.Kes
NIP. 196612191994022001

Penguji

Penguji

Ir. Purwanti, M.Kes
NIP. 196005281986032005

Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes
NIP. 196705021991032002

Semarang,
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program,

dr. Martha Irene Kartasurya, MSc, Ph.D
NIP. 196407261991032003

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Padmi Suparti
NIM : E4A008042

Menyatakan bahwa tesis dengan judul : “ ANALISIS KINERJA BIDAN PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS) DI DESA DALAM PENJARINGAN BALITA GIZI BURUK DI KABUPATEN KENDAL TAHUN 2010” merupakan :

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

Oleh karena itu pertanggung jawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang, 25 Juni 2010
Penyusun

Padmi Suparti
NIM : E4A008042

RIWAYAT HIDUP

Nama : PADMI SUPARTI

Tempat dan Tanggal Lahir : Semarang, 3 Mei 1968

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jl. Candi Pawon Tengah IV/ 57
RT.10 RW.I Ringin Telu
Semarang

Riwayat Pendidikan : Lulus SD Masehi Pendrikan Utara
Semarang pada tahun 1981

Lulus SMP Negeri 1 Semarang pada tahun
1984

Lulus SMA Negeri 3 Semarang pada tahun
1987

Lulus SPAG Pekalongan pada tahun 1988

Lulus Sarjana (S-1) Ekonomi UNTAG
Semarang pada tahun 1994

Riwayat Pekerjaan :

1. Tahun 1989 – 1994 sebagai staf Instalasi Gizi RSUP Dr. Kariadi Semarang
2. Tahun 1994 – 1999 sebagai staf Instalasi Gizi RSUP Dili Timor Timur
3. Tahun 1999 – 2000 sebagai staf Bagian Keuangan Kanwil Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
4. Tahun 2000 – 2007 sebagai staf Seksi Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan (PPTK) Sub. Dinas Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
5. Tahun 2007 – 2008 sebagai staf Seksi Gizi Sub. Dinas Upaya Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
6. Tahun 2008 – sekarang sebagai staf Seksi Upaya Kesehatan Keluarga dan Gizi Bidang Bindal Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah

ABSTRAK

Padmi Suparti

Analisis Kinerja Bidan Pegawai Negeri Sipil (PNS) di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk di Kabupaten Kendal Tahun 2010

116 halaman + 35 tabel + 4 gambar + 3 lampiran

Hasil penjaringan balita Bawah Garis Merah (BGM), dua bulan berat badan turun (2T) maupun gizi buruk oleh bidan PNS melalui operasi timbang di Kabupaten Kendal dalam dua tahun terakhir menunjukkan hasil yang lebih tinggi dibandingkan dengan penjaringan rutin melalui posyandu. Hal ini menunjukkan kinerja bidan yang rendah dalam penjaringan balita gizi buruk melalui posyandu. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja bidan PNS di desa dalam penjaringan balita gizi buruk di Kabupaten Kendal tahun 2010.

Penelitian observasional ini menggunakan pendekatan *cross-sectional*. Jumlah responden adalah 69 bidan PNS di desa di Kabupaten Kendal tahun 2010. Data dianalisis secara kuantitatif dengan menggunakan uji statistik *Rank Spearman* dan *Pearson Product Moment* serta *Regresi Linier Berganda*.

Hasil penelitian menunjukkan 60,9 % pengetahuan bidan di desa tentang gizi buruk masih kurang, 58 % mempunyai motivasi baik, 52,2 % mempunyai beban kerja berat, 55,1 % mempunyai persepsi terhadap kepemimpinan baik, 56,5 % mempunyai persepsi terhadap insentif baik serta 50,7 % mempunyai kinerja kurang. Secara bivariat, faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja adalah pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif. Secara multivariat, faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja bidan desa dalam penjaringan balita gizi buruk adalah pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif. Faktor yang paling berpengaruh adalah persepsi terhadap kepemimpinan.

Disarankan agar Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal meningkatkan pengetahuan melalui pelatihan, menyediakan tenaga gizi khusus untuk penjaringan balita gizi buruk, memperhatikan sarana prasarana penjaringan balita di posyandu, pengarahan secara rutin dari kepala puskesmas tentang penjaringan balita gizi buruk yang dilaksanakan sesuai prosedur, serta perlunya pemberian insentif non finansial.

Kata Kunci : Kinerja, penjaringan balita gizi buruk, bidan PNS di desa.
Bibliography : 42 (1993-2009)

ABSTRACT

Padmi Suparti

Working Performance Analysis of Civil Servant Midwives in the Village in the Screening of Severe Malnutrition among Under-five Children in Kendal District, 2010

116 pages + 35 tables + 4 figures + 3 enclosures

Screening results of under-five children with under the red line (BGM), 2 months decreasing weight (2T) and severe malnutrition performed by civil servant midwives through 'operasi timbang' (mass body weight weighing) in Kendal district in the last 2 years indicates higher results compared to the routine screening done in posyandu (integrated service post). It shows a low working performance of midwives in conducting screening for under-five children with severe malnutrition through posyandu. The objective of this study is to analyze factors associated with the working performance of civil servant midwives in the village in performing screening for under-five children with severe malnutrition in Kendal district in the year of 2010.

This observational study applied a cross-sectional approach. The numbers of respondents were 69 civil servant midwives in the village in Kendal district, 2010. Data was analyzed quantitatively and several statistical tests were performed: Rank Spearman, Pearson Product Moment and linear multivariate regression.

Results of the study showed that 60.9% of the respondents had poor knowledge on severe malnutrition, 58% of respondents had good motivation, 52.2% of respondents had heavy work load, 55.1% of respondents had good perception on leadership, 56.5% of respondents had good perception on incentive and 50.7% of respondents had poor working performance. Factors associated with working performance were knowledge, motivation, workload, perception towards leadership and perception towards incentive. Result of the multivariate regression analysis showed that knowledge, motivation, perception towards leadership and perception toward incentive were the influencing factors of village midwives working performance in conducting under-five children severe malnutrition screening. The most influencing factor was the perception towards leadership.

It is suggested that Kendal District Health Office increases the midwives knowledge by training, provides special nutrition workers to do under-five children severe malnutrition screening, monitors under-five children screening facilities in posyandu, conducts routine briefing by the head of puskesmas regarding how to perform severe malnutrition screening to under-five children according to the guideline, and the need to give non financial incentive.

Key words : Working performance, under-five children severe malnutrition,
Civil servant midwives in the village
Bibliography : 42 (1993-2009)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmah dan hidayahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul Analisis Kinerja Bidan Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk di Kabupaten Kendal Tahun 2010. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Master Kesehatan – Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

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

1. dr. Martha Irene Kartasurya, MSc, Ph.D selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini
2. Lucia Ratna Kartika Wulan, SH, M.Kes selaku pembimbing II yang telah membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini.
3. Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes selaku penguji proposal dan tesis atas masukan dan pengkayaan materi yang telah diberikan pada penulis
4. Ir. Purwanti, M.Kes selaku penguji proposal dan tesis yang telah memberikan masukan dan saran kepada penulis.
5. Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang dan staf yang telah memberikan ijin dan membantu selama pendidikan.
6. Seluruh dosen program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan bekal ilmu untuk menyusun tesis ini.

7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal beserta staf yang telah memberikan ijin dan membantu dalam penelitian
8. Kepala Puskesmas se Kabupaten Kendal beserta staf yang telah memberikan ijin dan membantu dalam penelitian
9. Bidan desa se Kabupaten Kendal yang telah membantu dalam uji validitas dan reliabilitas kuesioner serta menjadi responden dalam penelitian ini.

Selain itu penulis juga menyampaikan rasa terima kasih kepada yang teramat penulis sayangi yaitu suami Bambang Sarwedi, ananda Fajryan Rizky Pratama dan Andry Septian Bayu Putra, serta rekan-rekan mahasiswa Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang angkatan 2008/ 2009 khususnya konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) maupun Kepala Bidang Pembinaan dan Pengendalian Pelayanan Kesehatan, Kepala Seksi Upaya Kesehatan Keluarga dan Gizi serta rekan-rekan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, atas dukungan, dorongan, pengorbanan dan pengertiannya sehingga terselesaikannya tesis ini.

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

Amin.

Semarang, Juni 2010

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

LEMBAR JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
ABSTRAK	xvi
ABSTRACT	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	8
C. Pertanyaan Penelitian	8
D. Tujuan Penelitian	8
E. Manfaat Penelitian	9
F. Keaslian Penelitian	10
G. Ruang Lingkup Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kinerja	13
B. Bidan di Desa	18
C. Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja	20
D. Gizi Buruk	38
E. Penjaringan Gizi Buruk	46
F. Kerangka Teori	51
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Variabel Penelitian	52

B.	Hipotesis Penelitian	52
C.	Kerangka Konsep Penelitian	53
D.	Rancangan Penelitian	53
E.	Jadwal Penelitian	72
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	
A.	Gambaran Umum Kabupaten Kendal	73
B.	Gambaran Khusus Kabupaten Kendal	74
C.	Analisis Univariat Variabel Penelitian	77
D.	Analisa Bivariat Variabel Penelitian	101
E.	Analisis Multivariat Variabel Penelitian.....	108
F.	Keterbatasan Penelitian.....	111
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	
A.	Kesimpulan	113
B.	Saran	114
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1.1	Perkembangan Kasus Gizi Buruk (BB/U) di 5 Kab/ Kota Tertinggi di Jawa Tengah Tahun 2008	2
Tabel 1.2	Tabel Prevalensi Gizi Buruk dan BGM Kabupaten Kendal Tahun 2006 dan 2007	3
Tabel 1.3	Hasil Penjaringan Rutin dan Operasi Timbang Kabupaten Kendal Tahun 2008 dan 2009	3
Tabel 1.4	Data Penelitian Sejenis	10
Tabel 3.1	Besar Sampel di 30 Puskesmas di Wilayah Kabupaten Kendal	53
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kelompok Umur	74
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan	74
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Masa Kerja	75
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Domisili Bidan di Wilayah Kerja di Desa	76
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pelatihan Tentang Gizi Buruk	76
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Pengetahuan tentang Gizi Buruk	77
Tabel 4.7	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Pengetahuan tentang Gizi Buruk	78
Tabel 4.8	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Motivasi	82
Tabel 4.9	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Motivasi	83
Tabel 4.10	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Beban Kerja	85
Tabel 4.11	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Beban Kerja	85

Tabel 4.12	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Terhadap Kepemimpinan	88
Tabel 4.13	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan	88
Tabel 4.14	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Terhadap Insentif	90
Tabel 4.15	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Persepsi Terhadap Insentif	91
Tabel 4.16	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Kinerja	92
Tabel 4.17	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Kinerja (Kuantitas)	93
Tabel 4.18	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Kinerja (Kualitas)	94
Tabel 4.19	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Kinerja (Ketepatan Waktu)	96
Tabel 4.20	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Kinerja (Efektivitas Biaya)	97
Tabel 4.21	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Kinerja (Kebutuhan akan Supervisi)	98
Tabel 4.22	Distribusi Jawaban Responden atas Pertanyaan Variabel Kinerja (Pengaruh Hubungan Personal)	99
Tabel 4.23	Tabel Silang Hubungan antara Variabel Pengetahuan tentang Gizi Buruk dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk	101
Tabel 4.24	Tabel Silang Hubungan antara Variabel Motivasi dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk	102
Tabel 4.25	Tabel Silang Hubungan antara Variabel Beban Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk	104
Tabel 4.26	Tabel Silang Hubungan antara Variabel Persepsi terhadap Kepemimpinan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk	105
Tabel 4.27	Tabel Silang Hubungan antara Variabel	106

Persepsi Terhadap Insentif dengan Kinerja
Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi
Buruk

Tabel 4.28	Ringkasan Hasil Analisis Statistik Hubungan Variabel Bebas dengan Variabel Terikat	107
Tabel 4.29	Hasil Uji Regresi Linier Berganda Variabel Bebas Terhadap Variabel Terikat	109
Tabel 4.30	Hasil Uji Regresi Linier Berganda Variabel Bebas Terhadap Variabel Terikat	110

DAFTAR SINGKATAN

Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
TPG	: Tenaga Pelaksana Gizi
MP ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
Kadarzi	: Keluarga Sadar Gizi
SKD - KLB	: Sistem Kewaspadaan Dini - Kejadian Luar Biasa
RAN	: Rencana Aksi Nasional
BGM	: Bawah Garis Merah
BB/U	: Berat Badan menurut Umur
BB/TB	: Berat Badan menurut Tinggi Badan
BB/PB	: Berat Badan menurut Panjang Badan
KEP	: Kurang Energi Protein
2T	: Pertumbuhan turun selama 2 (dua) bulan berurutan
KB	: Keluarga Berencana
PWS KIA	: Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
SD	: Standar Deviasi
UNICEF	: United Nations Children's Fund
KMS	: Kartu Menuju Sehat
SKDN	: S : Jumlah balita yang ada di suatu wilayah K : Jumlah balita yang mempunyai KMS D : Jumlah balita yang ditimbang N : Jumlah balita yang ditimbang dan naik pertumbuhannya
D/S	: Jumlah anak yang ditimbang dibandingkan jumlah anak yang ada di posyandu (dalam prosentase)
N/D	: Jumlah anak yang berat badannya naik dibandingkan jumlah anak di posyandu dan ditimbang (dalam prosentase)
K/S	: Jumlah anak yang mempunyai KMS dibandingkan jumlah anak yang ada di posyandu (dalam prosentase)
BGM/D	: Jumlah anak yang BGM dibandingkan jumlah anak di posyandu dan ditimbang (dalam prosentase)
2T/D	: Jumlah anak yang pertumbuhannya turun selama 2 (dua)

bulan berurutan dibandingkan dengan jumlah anak di posyandu dan ditimbang (dalam prosentase)

T1	:	Turun (Tumbuh kurang sesuai)
T2	:	Turun (Tumbuh datar)
T3	:	Turun
N1	:	Naik (Tumbuh kejar)
N2	:	Naik (Tumbuh normal)
WHO	:	World Health Organization
NCHS	:	National Centre for Health Statistic
PKD	:	Poliklinik Kesehatan Desa
ANC	:	Ante Natal Care
Kf	:	Kunjungan Nifas
KN	:	Kunjungan Neonatal
PUS	:	Pasangan Usia Subur

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 2.1	Penyebab Kurang Gizi	44
Gambar 2.2	Alur Kerja Penemuan Balita Gizi Buruk	48
Gambar 2.3	Kerangka Teori	51
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Data Mentah
Lampiran 2	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
Lampiran 3	Uji Statistik
Lampiran 4	Kuesioner Penelitian
Lampiran 5	Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data
Lampiran 6	Tanda Terima Pemberitahuan
Lampiran 7	Surat Rekomendasi Penelitian
Lampiran 8	Pemberitahuan Tentang Pelaksanaan Penelitian
Lampiran 9	Berita Acara Perbaikan Tesis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumberdaya manusia, karena kurang gizi akan menyebabkan kegagalan pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan, menurunkan produktifitas, daya tahan tubuh, sehingga akan meningkatkan angka kesakitan dan kematian.¹

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 bidang kesehatan yang mencakup program-program prioritas diantaranya program perbaikan gizi masyarakat, salah satu sarannya adalah menurunnya prevalensi kekurangan gizi (gizi kurang dan gizi buruk) pada anak balita dari status awal 18,4 % (tahun 2008) menjadi kurang dari 15 % pada tahun 2014.² Berkaitan dengan hal tersebut, Menteri Kesehatan telah mengeluarkan Surat Edaran No. 347/Menkes/IV/2008, Tanggal 10 April 2008 tentang Penanggulangan Gizi Buruk dan dengan merujuk kepada Peraturan Menteri Kesehatan No. 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa/ SKD KLB.³

Departemen Kesehatan pada tahun 2005 telah melakukan Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan Gizi Buruk, namun demikian seringkali RAN penanggulangan gizi buruk tidak dilaksanakan secara tepat dan cepat. Oleh karena itu, salah satu upaya untuk mencegah terjadinya KLB gizi buruk di beberapa wilayah, terutama di wilayah rawan pangan dan gizi, pemerintah telah mengeluarkan kebijakan dengan melakukan Respon Cepat Penanggulangan Gizi Buruk.³

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan bahwa prevalensi gizi buruk (BB/U) secara nasional sebesar 5,4 %, prevalensi gizi buruk (BB/TB) sebesar 6,2 % dan gizi kurang sebesar 13 %. Di Jawa Tengah prevalensi gizi buruk berdasarkan indeks BB/U dan BB/TB adalah sebesar 4 % dan 4,7 % serta gizi kurang sebesar 12 %.⁴

Prevalensi balita gizi buruk berdasarkan indeks BB/TB (data profil) di Jawa Tengah pada tahun 2008 sebesar 0,28 %. Di lain pihak, prevalensi gizi buruk berdasarkan indeks BB/U meningkat dari 0,78 % pada tahun 2006 menjadi 0,91 % pada tahun 2007.

Apabila dilihat data kabupaten berdasarkan jumlah kasus gizi buruk (BB/U) pada tahun 2008, maka Kabupaten Kendal berada di urutan ke tiga terbanyak di Jawa Tengah. Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1. Perkembangan Kasus Gizi Buruk (BB/U) di 5 Kabupaten/ Kota Tertinggi di Provinsi Jawa Tengah tahun 2008

No	Kab/ Kota	Jumlah Kasus Gizi Buruk							
		Sisa th 2007	Murni	Kam buhan	Total	Jml Kasu s	Mati	Sem buh	Sisa Kasus
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(4+5)	(3+6)	(8)	(9)	[7-(8-9)]
1	Kebumen	527	464	4	468	995	6	898	91
2	Cilacap	42	323	0	323	365	3	326	36
3	Kendal	21	245	0	245	266	1	72	193
4	Purbalingga	0	233	0	233	233	8	89	136
5	Blora	212	212	0	212	424	0	0	424

Selain itu prevalensi balita gizi buruk dan BGM di Kabupaten Kendal mengalami peningkatan dari tahun 2006 ke tahun 2007. Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel 1.2

Tabel 1.2. Tabel Prevalensi Gizi Buruk dan BGM Kabupaten Kendal
Tahun 2006 dan 2007 ^{5,6}

No	Prevalensi	Tahun	
		2006	2007
1.	Gizi Buruk (BB/U)	0,67 %	0,70 %
2.	BGM	2,10 %	2,60 %

Operasi timbang merupakan salah satu upaya penjarangan kasus gizi buruk secara dini dan diharapkan dapat meningkatkan cakupan penimbangan bulanan dan ditemukannya seluruh balita gizi buruk ⁴, dimana dalam operasi timbang tersebut ada bantuan dana operasional posyandu. Hasil penjarangan lewat operasi timbang dan kegiatan rutin lewat posyandu dapat dilihat pada tabel 1.3

Tabel 1.3. Hasil Penjarangan Rutin dan Operasi Timbang (OT)
Kabupaten Kendal Tahun 2008 dan 2009

Hasil Penjarangan/ Tahun	TAHUN 2008				TAHUN 2009				
	Sept	Okt	Nov	Jan 09	Jun	Jul	Agst	Sept	Okt
	Rutin	OT	OT	Rutin	Rutin	OT	OT	OT	OT
BGM (%)	2,50	3,85	4,09	1,70	2,20	2,80	2,7	2,90	3,40
2T (%)	3,2	6,46	6,57	3,2	4,60	6,50	7,04	5,90	5,70
Gibur (BB/U) (%)	0,95	1,17	1,24	0,7	0,68	0,76	0,76	0,8	1,1
Gibur (BB/TB) (%)	0,06	0,11	0,11	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
Gibur Klinis	Tdk ditemukan	1 (marasmus)	Tdk ditemukan	Tdk ditemukan	Tdk ditemukan	Tdk ditemukan	Tdk ditemukan	Tdk ditemukan	Tdk ditemukan

Hasil penjarangan balita dengan BGM, 2T maupun gizi buruk lewat operasi timbang Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal jumlahnya lebih tinggi apabila dibandingkan dengan kegiatan rutin lewat posyandu pada tahun 2008 dan 2009, bahkan pada bulan Oktober tahun 2008 ditemukan balita gizi buruk dengan tanda-tanda klinis Marasmus.

Dengan melihat adanya kesenjangan antara hasil penjarangan balita gizi buruk secara rutin dan operasi timbang pada tahun 2008 dan 2009, hal ini menunjukkan adanya permasalahan di Kabupaten Kendal dalam penjarangan balita gizi buruk. Pentingnya penjarangan balita gizi buruk dalam program penanggulangan gizi buruk yaitu sebagai salah satu upaya untuk lebih mengaktifkan kembali surveilans gizi dengan tujuan semua kasus gizi buruk ditemukan secara dini dan ditangani sesuai tata laksana gizi buruk secara cepat dan tepat.³

Kinerja adalah keluaran yang dihasilkan oleh fungsi-fungsi atau indikator-indikator suatu pekerjaan dalam waktu tertentu. Kinerja merupakan fungsi dari kompetensi, sikap dan tindakan. Jika kompetensi, sikap dan tindakan pegawai terhadap pekerjaannya tinggi, maka dapat diprediksikan bahwa perilakunya akan bekerja keras untuk mencapai tujuan organisasi.⁸

Menurut Gibson (1996), ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja yaitu variabel individu (kemampuan dan keahlian, latar belakang dan demografi), variabel psikologis (persepsi, sikap, pembelajaran dan motivasi) dan variabel psikologis (sumber daya, kepemimpinan, penghargaan/ imbalan, struktur dan design pekerjaan). Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kinerja personal. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas.⁹

Bidan yang bertugas di desa terdiri dari bidan dengan status kepegawaian PNS (Pegawai Negeri Sipil) dan PTT (Pegawai Tidak Tetap). Sebagian besar bidan di desa (62,5 %) atau 178 dari 285 bidan

mempunyai status kepegawaian PNS. Bidan PNS yang bertugas di desa bertanggung jawab terhadap program-program kesehatan yang merupakan kebijakan dari Dinas Kesehatan kabupaten yang menjadi kewajiban puskesmas untuk dilaksanakan. Dengan demikian penelitian akan dilakukan pada bidan PNS.

Berdasarkan buku Panduan Bidan di Tingkat desa yang diterbitkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1993, salah satu tujuan pendayagunaan bidan di desa adalah menurunkan jumlah balita dengan gizi buruk dan diare,¹⁰ sehingga peran bidan di desa dalam melaksanakan penjarangan gizi buruk sangat penting. Tugas bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk adalah :¹¹

1. Mengecek kesiapan sarana dan prasarana yang dibutuhkan di posyandu.
2. Memverifikasi hasil penimbangan pada balita 2T, BGM dan pada balita dengan tanda-tanda klinis, yaitu melakukan pengukuran ulang antropometri (BB/TB) dan merujuk pada tabel WHO tahun 2005
3. Melapor pada puskesmas apabila mendapat balita yang dicurigai gizi buruk dalam waktu 1 x 24 jam.
4. Melakukan pelacakan bersama TPG dan kader pada balita gizi buruk.
5. Merujuk ke puskesmas atau rumah sakit kasus balita gizi buruk.
6. Mengevaluasi hasil penimbangan di posyandu dan memberikan penyuluhan pada kader.

Studi pendahuluan tentang kewajiban bidan di desa dalam penjarangan balita kepada 12 (dua belas) bidan PNS di desa, 1 (satu) bidan koordinator serta 1 (bidan) pengelola program kesehatan keluarga yang bertugas di Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal yang telah dilaksanakan dengan wawancara menunjukkan hasil sbb :

1. 75 % (9 orang) bidan di desa lebih mempercayakan persiapan posyandu pada kader tanpa melakukan pengecekan terlebih dahulu terhadap timbangan yang akan dipakai sebagai pengukur berat badan.
2. 58 % (7 orang) bidan di desa tidak melakukan verifikasi hasil penimbangan balita dengan hasil penimbangan 2 T dan BGM.
3. 42 % (5 orang) bidan di desa menunda melaporkan kasus tersebut ke puskesmas dengan rentang waktu lebih dari 24 jam, sehingga hal ini menyebabkan tertundanya pelaksanaan tindakan pelacakan kasus.

Adanya permasalahan dalam penjaringan balita gizi buruk ini diperkuat dengan informasi dari 8 (delapan) ibu balita dan 5 (lima) kader, yang menunjukkan :

1. 50 % (4 orang) ibu balita dan 40 % (2 orang) kader menginformasikan bidan di desa tidak melakukan pengecekan alat timbangan terlebih dahulu karena datangnya terlambat dan penimbangan sudah dimulai.
2. 80 % (4 orang) kader menginformasikan bahwa bidan di desa tidak melakukan verifikasi hasil penimbangan balita dengan 2 T dan BGM. Dari 8 orang ibu balita yang kami wawancarai, ada 25 % (2 orang) ibu balita dengan hasil KMS selama 2 bulan berurutan dengan T3 (pertumbuhan turun), tetapi bidan desa tidak melakukan pengukuran ulang (BB/TB)
3. Pada saat penjaringan, 100 % (5 kader) menginformasikan bahwa bidan tidak melapor ke puskesmas dalam waktu 1 x 24 jam saat menemukan kasus balita gizi buruk.

Selain itu kinerja bidan tergolong rendah, ditunjukkan dengan rendahnya kinerja bidan di desa Kabupaten Kendal dalam penjaringan balita gizi buruk, yaitu :

1. Pengetahuan yang masih kurang. Hal ini dibuktikan dengan adanya fakta bahwa 33 % bidan desa tidak paham tentang 5 arah garis pertumbuhan dalam KMS, 50 % bidan tidak paham tentang tanda klinis gizi buruk dan 25 % bidan tidak paham tentang penggolongan gizi buruk atau kurang.
2. Motivasi kerja sebagian bidan desa rendah. 42 % bidan sering datang terlambat hadir di posyandu, 75 % bidan tidak mengecek timbangan, dan 100 % bidan sering terlambat dalam pelaporan hasil penimbangan ke puskesmas
3. Persepsi kepemimpinan, bahwa dukungan, bimbingan, pengarahan oleh kepala puskesmas dirasakan masih kurang, 83 % bidan menyatakan bahwa supervisi di lapangan dilakukan oleh pelaksanaan gizi puskesmas dan bidan koordinator.
4. Imbalan/ insentif. bahwa pemberian imbalan berupa uang, baik gaji bulanan, tunjangan fungsional, maupun insentif dirasakan sangat perlu untuk mendukung kerja bidan di desa di lapangan, 100 % bidan menyatakan bahwa selama ini pemberian insentif tidak menentu, walaupun ada jumlahnya sangat sedikit.
5. Beban kerja, bahwa beban kerja bidan di desa sangat banyak. Selain tugas sehari-hari memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak, 100 % bidan menyatakan harus menyelesaikan tugas-tugas yang bersifat administratif/ keuangan.

Berdasarkan beberapa permasalahan di atas maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian tentang kinerja bidan di desa dalam penjangkaran gizi buruk.

B. Perumusan Masalah

Dengan melihat kesenjangan hasil penimbangan balita di Kabupaten Kendal lewat operasi timbang dan penimbangan rutin, ada indikasi masalah pada kinerja bidan di desa dalam penjaringan balita gizi buruk dengan faktor- faktor yang menjadi penyebab yaitu rendahnya pengetahuan, motivasi, kepemimpinan, insentif/ imbalan dan tingginya beban kerja.

C. Pertanyaan Penelitian

Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam penjaringan balita gizi buruk ?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan PNS di desa dalam penjaringan balita gizi buruk di Kabupaten Kendal

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran karakteristik bidan PNS di desa yang meliputi umur, pendidikan, masa kerja, domisili, status perkawinan dan pelatihan tentang gizi buruk.
- b. Mengetahui gambaran kinerja, pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi kepemimpinan, imbalan/ insentif bidan di desa dalam penjaringan balita gizi buruk
- c. Mengetahui hubungan pengetahuan dengan kinerja bidan di desa dalam penjaringan balita gizi buruk
- d. Mengetahui hubungan motivasi kerja dengan kinerja bidan di desa dalam penjaringan balita gizi buruk

- e. Mengetahui hubungan beban kerja dengan kinerja bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk.
- f. Mengetahui hubungan persepsi kepemimpinan kepala puskesmas dengan kinerja bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk
- g. Mengetahui hubungan insentif dengan kinerja bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk
- h. Mengetahui pengaruh secara bersama-sama variabel pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi kepemimpinan kepala puskesmas, insentif/ imbalan, beban kerja dengan kinerja bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk.

E. Manfaat Penelitian

1. a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal

Sebagai bahan masukan untuk memberi pengarahan kepada kepala puskesmas berupa dukungan pola kepemimpinan yang lebih baik, pola imbalan yang memadai serta masalah beban kerja bidan di desa.

b. Puskesmas

Memberikan masukan yang dapat dimanfaatkan untuk melakukan langkah-langkah yang strategis dalam memberikan pengarahan dan bimbingan serta evaluasi terhadap bidan di desa dalam upaya peningkatan kinerja bidan di desa.

2. Bagi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM)

Sebagai bahan kajian tentang sumber daya manusia di bidang kesehatan, khususnya bidan di desa.

3. Peneliti

Adanya penelitian ini menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman dalam mengaplikasikan teori dan praktek di lapangan, khususnya yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian ini secara khusus difokuskan pada faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk dengan desain *crosssectional*. Beberapa penelitian lain yang sejenis yang telah dilakukan adalah sebagai berikut.

Tabel 1.4. Data penelitian lain yang sejenis

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Variabel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
1	Darsiwan	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Bidan di Desa dalam Pertolongan Persalinan di Kabupaten Magelang tahun 2003	Variabel Bebas Kemampuan, Pengalaman, Gaya Kepemimpinan, Imbalan, Sikap, Motivasi Kerja Variabel terikat Kinerja Bidan di desa	Kuantitatif Observasional dengan rancangan cross sectional	Dari 6 variabel bebas, hanya pengalaman yang berpengaruh thd Kinerja Bidan di Desa dalam pertolongan persalinan ¹²
2	Syahnan Ady Kusuma	Faktor Kompetensi dan Manajerial Bidan Desa yang berhubungan dengan Kinerja Bidan Desa dalam Kegiatan Perbaikan Gizi di Kab. Siak tahun 2005	Variabel bebas: pengetahuan, sikap, perencanaan, Pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi Variabel terikat: kinerja bidan desa	Kuantitatif Observasional dengan rancangan cross sectional	Kompetensi bidan desa menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kinerja bidan desa dalam kegiatan perbaikan gizi. Manajerial bidan desa tidak menunjukkan hubungan yang bermakna ¹³

3	Wawan Setiawan	Beberapa Faktor Yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pertolongan Persalinan di Kabupaten Tasikmalaya	Variabel Bebas Kemampuan, Pengalaman, Pembelajaran, Persepsi thd Imbalan, Persepsi thd Sumberdaya Sikap Persepsi thd Beban Kerja Variabel terikat Kinerja Bidan di Desa	Kuantitatif Observasional dengan rancangan cross sectional	Adanya hubungan yang bermakna antara variabel bebas : Kemampuan, Pengalaman, Pembelajaran, Persepsi thd Imbalan, Persepsi thd Sumberdaya Sikap Persepsi thd Beban Kerja terhadap Kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan ¹⁴
4	Rina Listyowati	Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pelayanan Penanganan Asfiksia Neonatorum di Wilayah Kabupaten Demak Tahun 2008	Variabel Bebas Pengetahuan, Motivasi, Beban Kerja, Fasilitas, Supervisi	Kuantitatif Observasional dengan rancangan cross sectional	Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, motivasi, beban kerja, fasilitas dan supervisi dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan asfiksia neonatorum ¹⁵
5	Padmi Suparti	Analisis Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk di Kabupaten Kendal tahun 2010	Variabel Bebas Pengetahuan Motivasi, Beban Kerja, Persepsi thd kepemimpinan, Persepsi thd insentif Variabel Terikat Kinerja Bidan di Desa	Kuantitatif, Observasional bersifat deskriptif analitik, pendekatan cross sectional	Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi thd kepemimpinan, persepsi thd insentif dengan kinerja bidan di desa dalam penjaringan balita gizi buruk.

G. Ruang Lingkup Penelitian

1. Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk kedalam Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya dalam bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dengan menitik beratkan pada Manajemen Sumber Daya Manusia.

2. Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Kendal.

3. Lingkup Materi

Penelitian ini mengambil materi kinerja bidan PNS di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk yang dilakukan secara rutin di posyandu.

4. Lingkup Sasaran

Penelitian ini mengambil sasaran tenaga bidan PNS di desa yang bekerja di seluruh wilayah Kabupaten Kendal sejumlah 178 orang.

5. Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan sejak bulan November 2009 sampai dengan selesai.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kinerja

1. Pengertian

Kinerja merupakan catatan keluaran hasil pada suatu fungsi jabatan atau seluruh aktivitas kerja dalam periode tertentu. Kinerja juga merupakan kombinasi antara kemampuan dan usaha untuk menghasilkan apa yang dikerjakan. Agar dapat menghasilkan kinerja yang baik, seseorang memiliki kemampuan, kemauan, usaha serta dukungan dari lingkungan. Kemauan dan usaha akan menghasilkan motivasi kemudian setelah ada motivasi seseorang akan menampilkan perilaku untuk bekerja.⁹

Kinerja adalah kelakuan atau kegiatan yang berhubungan dengan tujuan organisasi, dimana organisasi tersebut merupakan keputusan dari pimpinan. Dikatakan bahwa kinerja bukan outcome, konsekuensi atau hasil dari perilaku atau perbuatan. Tetapi kinerja adalah perbuatan atau aksi itu sendiri, disamping itu kinerja adalah multidimensi sehingga untuk beberapa pekerjaan spesifik mempunyai beberapa bentuk komponen kerja, yang dibuat dalam batas hubungan variasi dengan variabel lain. Kinerja dengan prestasi kerja yaitu proses melalui mana organisasi mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan.¹⁶

Kinerja adalah hasil yang dicapai atau prestasi yang dicapai karyawan dalam melaksanakan suatu pekerjaan dalam suatu organisasi.¹⁷

Dan menurut Gibson, bahwa dalam kinerja (*job Performance*) tercakup sejumlah hasil, yaitu hasil objektif dan hasil perilaku pribadi. Hasil objektif berupa kuantitas dan kualitas keluaran, sesuai dengan tugas dan standard masing-masing pemegang pekerjaan. Hasil perilaku pribadi berupa reaksi terhadap pekerjaan itu sendiri dengan hadir secara teratur atau mangkir, dengan tetap bekerja atau dengan berhenti. Lebih lanjut masalah fisiologis dan psikologis dapat menjadi konsekuensi kinerja.⁹

Menurut Bernardin et.al, menyatakan terdapat 6 (enam) kriteria penting kinerja, yaitu :¹⁸

a. Kualitas (*Quality*)

Suatu tingkatan yang menunjukkan proses atau hasil dari penyelesaian suatu kegiatan yang mendekati sempurna, dan memenuhi tujuan kegiatan.

b. Kuantitas (*Quantity*)

Sejumlah hasil atau keluaran yang dinyatakan sebagai nilai dolar, jumlah unit atau jumlah siklus kegiatan.

c. Ketepatan waktu (*Timeliness*)

Suatu tingkatan dimana kegiatan dapat diselesaikan atau suatu keluaran dapat dihasilkan pada awal waktu yang diinginkan, serta memaksimalkan waktu untuk kegiatan yang lain.

d. Efektivitas biaya (*Cost Effectiveness*)

Suatu tingkatan yang menunjukkan penggunaan sumber daya organisasi (seperti manusia, dana, teknologi dan material) secara maksimal untuk mendapatkan keuntungan yang sebesar-besarnya.

e. Kebutuhan akan supervisi (*Need for Supervision*)

Suatu aktivitas pengawasan terhadap karyawan bagaimana mereka dapat menjalankan fungsi pekerjaan.

f. Pengaruh hubungan personal (*Interpersonal Impact*)

Mengembangkan rasa penghargaan diri, berbuat baik, dan bekerjasama dengan sesama pekerja maupun dengan atasan.

Penampilan kerja atau job performance sebagai bagian dari profesiensi kerja adalah menyangkut apa yang dihasilkan seseorang dari perilaku kerja. Tingkat sejauh mana seseorang berhasil menyelesaikan tugasnya disebut profesi (*level of performance*). Individu di tingkat prestasi kerja disebut produktif, sedangkan prestasi kerjanya tidak mencapai standar disebut tidak produktif. *Job performance* (penampilan kerja) adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku dalam pekerjaan yang bersangkutan. Menurut teori Atribusi atau *Expectancy Theory*, penampilan kerja dirumuskan sebagai berikut : $P = M \times A$, dimana P (*Performance*), M (*Motivasi*), A (*Ability*). Sehingga dapat dijelaskan bahwa performance adalah hasil interaksi antara motivasi dengan ability (kemampuan dasar). Dengan demikian orang yang tinggi motivasinya, tetapi memiliki kemampuan dasar yang rendah akan menghasilkan performance yang rendah, begitu pula halnya dengan orang yang sebenarnya mempunyai kemampuan dasar yang tinggi tetapi rendah motivasinya.¹⁹

2. Model Teori Kinerja

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kinerja personal, dilakukan kajian terhadap teori kinerja. Secara teori ada tiga kelompok variable yang mempengaruhi perilaku dan kinerja yaitu : variabel individu, variabel psikologis dan variabel organisasi. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya

berpengaruh terhadap kinerja personal. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran atau suatu jabatan atau tugas.⁸

Gibson menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja adalah individu, perilaku, psikologi dan organisasi. Variabel individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografi. Kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja individu. Variabel demografis mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya. Variabel psikologis seperti sikap, kepribadian dan belajar merupakan hal yang kompleks, sulit diukur dan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dengan organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang budaya dan ketrampilan yang berbeda satu dengan yang lainnya, sedang variabel organisasi dipengaruhi oleh sumber daya, kepemimpinan, penghargaan/ imbalan, struktur dan design pekerjaan.⁹

3. Penilaian Kinerja

Manajemen maupun karyawan memerlukan umpan balik tentang kerja mereka. Hasil penilaian kinerja (*performance appraisal*) karyawan dapat memperbaiki keputusan-keputusan personalia dan memberi umpan balik kepada karyawan tentang pelaksanaan kerja mereka. Peningkatan kinerja dapat dilakukan ketika dipersiapkan beberapa sistem penilaian yang berhubungan dengan pekerjaan,

praktis, dan memiliki standard an menggunakan ukuran yang dapat diandalkan.²⁰

Ada sejumlah kelemahan dalam pelaksanaan evaluasi kinerja, misalnya pelaksanaan sistem evaluasi kinerja tanpa standar kinerja, tanpa instrumen yang divalidasi, dan ketidak objektifas penilai, dapat membuat pelaksanaan evaluasi kinerja menjadi disfungsional, penuh dengan kesalahan atau eror, subjektivitas, dan melanggar kode etik. Dengan pengembangan sistem evaluasi kinerja dan perbaikan proses pelaksanaannya, hal tersebut dapat diminimalisasi.⁸

Hasil dari evaluasi kinerja adalah informasi mengenai kinerja ternilai. Informasi tersebut berupa kekuatan dan kelemahan kinerja ternilai dalam kaitannya dengan standar kerjanya. Informasi mengenai kinerja ternilai digunakan sebagai alat menejemen kinerja karyawan dan pengambilan keputusan manajemen sumber daya manusia.⁸

Penilaian kinerja merupakan alat yang berfaedah tidak hanya untuk mengevaluasi kerja para karyawan, tetapi juga untuk mengembangkan dan memotivasi kalangan karyawan. Pada intinya kinerja dapat dianggap sebagai alat untuk memverifikasi bahwa individu-individu memenuhi standar kinerja yang ditetapkan. Didalam organisasi modern, penilaian kinerja memberikan mekanisme penting bagi manajemen untuk digunakan dalam menjelaskan tujuan-tujuan dan standar kinerja serta memotivasi kinerja individu dimasa berikutnya. Penilaian kinerja memberikan basis bagi keputusan-keputusan yang mempengaruhi gaji, promosi, pemberhentian, pelatihan dan kondisi-kondisi kepegawaian lainnya.²¹

Penilaian kinerja tidak mungkin dapat dilaksanakan dengan baik tanpa standar kinerja. Esensi penilaian kinerja adalah

membandingkan kinerja ternilai dengan standar kerjanya. Jika penilaian kinerja dilaksanakan tanpa standar kinerja, maka hasilnya tidak mempunyai nilai⁸

B. Bidan di Desa

1. Pengertian Bidan

Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan Program Pendidikan Bidan yang diakui oleh Negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi ijin untuk menjalankan praktek kebidanan di suatu Negara itu. Bidan harus dapat menjalankan prakteknya diantaranya memberikan bimbingan dan penyuluhan pada ibu hamil, membantu pertolongan persalinan dan merawat ibu nifas, serta memberikan asuhan bayi baru lahir. Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kebidanan, pelayanan KB, dan pelayanan kesehatan masyarakat. Dan dalam keadaan darurat bidan berwenang melakukan pelayanan kebidanan selain kebidanannya diajukan untuk penyelamatan jiwa.²²

*Menurut World Health Organization (WHO) A Midwife is a person who having been regulary admitted to a midwifery educational program fully recognized in the country wich it is located has successfully completed the prescribed course of studies of midwifery and has aquired the reqistebqualification to be registred and or legally lisenced to practice midwifery.*²²

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 369/ Menkes/ SK/ III/ 2007 bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan

kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.²³

Departemen Kesehatan RI dalam panduan bidan ditingkat desa tahun 1993, menyebutkan bahwa bidan desa adalah bidan yang ditempatkan, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat diwilayah kerjanya yang meliputi satu sampai dua desa. Dalam melaksanakan tugasnya bidan bertanggungjawab kepada Kepala puskesmas dan bekerjasama dengan perangkat desa.¹⁰

Tujuan pendayagunaan bidan desa adalah untuk meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan melalui puskesmas dan posyandu dalam rangka menurunkan angka kematian ibu, bayi, anak balita dan menurunkan angka kelahiran, serta meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Adapun tujuan khusus :¹⁰

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat
- b. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan khususnya lima program di desa
- c. Meningkatnya mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas dan perinatal serta pelayanan kontrasepsi
- d. Menurunnya jumlah kasus-kasus yang berkaitan dengan penyulit kehamilan mutu persalinan dan perinatal
- e. Menurunkan jumlah balita dengan gizi buruk dan diare
- f. Meningkatkan kemampuan keluarga untuk hidup sehat dengan membantu pembinaan kesehatan kelompok dasawisma.

2. Tugas Pokok Bidan di Desa

Tugas pokok bidan adalah sebagai berikut :

- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan ibu dan anak khususnya dalam mendukung pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas, pelayanan kesehatan bayi dan anak balita, serta pelayanan KB
- b. Mengelola program KIA di wilayah desa berdasarkan data riil sasaran dengan menggunakan PWS KIA
- c. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA, termasuk pembinaan dukun bayi dan kader. Pembinaan wahana/ forum peran serta masyarakat yang terkait melalui pendekatan kepada pamong dan tokoh masyarakat

3. Fungsi Bidan

Fungsi bidan adalah sebagai berikut :

- a. Memberikan pelayanan kesehatan ibu
- b. Memberikan pelayanan kesehatan balita
- c. Memberikan pertolongan pertama atau pengobatan lanjutan pada kesakitan yang sering ditemukan atau menjadi masalah kesehatan setempat terutama pada ibu dan balita misalnya ISPA, diare, gizi buruk, kecacingan, malaria dll
- d. Mengelola pelayanan KIA dan upaya pendukungnya yang meliputi perencanaan, pelaksanaan dan penilaian hasil
- e. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA
- f. Membantu sasaran/ individu dan keluarga untuk meningkatkan hidup sehat secara mandiri.

C. Beberapa Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Bidan

1. Faktor Internal Bidan

- a. Pendidikan

Adalah tingkat pendidikan yang dimiliki oleh seorang tenaga bidan yang telah mengikuti dan menyelesaikan program bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai persyaratan yang berlaku.^{10,23}

- 1) Lulusan pendidikan bidan sebelum tahun 2000 dan Diploma III Kebidanan, merupakan bidan pelaksana yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik untuk institusi pelayanan maupun praktik perorangan.
- 2) Lulusan pendidikan bidan setingkat Diploma IV/ S1, merupakan bidan profesional yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan. Mereka dapat berperan sebagai pemberi layanan, pengelola dan pendidik.
- 3) Lulusan pendidikan bidan setingkat S2 dan S3, merupakan bidan professional, yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan. Mereka dapat berperan sebagai pemberi layanan, pengelola, pendidik, pengembang dan konsultan dalam pendidikan bidan maupun sistem/ ketatalaksanaan pelayanan kesehatan secara universal.

b. Masa Kerja

Adalah lamanya bekerja, berkaitan erat dengan pengalaman-pengalaman yang telah didapat selama menjalankan tugas. Mereka yang berpengalaman dipandang lebih mampu dalam pelaksanaan tugas, makin lama masa kerja seseorang kecakapan mereka akan lebih baik, karena sudah menyesuaikan dengan pekerjaannya.²⁴

c. Motivasi

Motivasi adalah suatu konsep yang menguraikan tentang kekuatan-kekuatan yang ada dalam diri karyawan yang memulai dan mengarahkan perilaku.⁸ Pengertian lain adalah keinginan untuk berusaha/ berupaya sekuat tenaga untuk mencapai tujuan organisasi yang dikondisikan/ ditentukan oleh kemampuan usaha/ upaya untuk memenuhi sesuatu kebutuhan individual.²⁵

Motivasi adalah kemauan atau keinginan didalam diri seseorang yang mendorongnya unruk bertindak. Motivasi merupakan hasil interaksi antara individu dan situasinya, sehingga setiap manusia mempunyai motivasi yang berbeda antara yang satu dengan yang lain. Dua faktor yang mempengaruhi motivasi yaitu faktor intrinsik adalah faktor yang mendorong karyawan berprestasi yang berasal dari dalam diri seseorang diantaranya prestasi, pekerjaan kreatif yang menentang, tanggung jawab dan peningkatan, sedangkan faktor ekstrinsik yaitu factor yang berasal dari luar yang dipandang meningkatkan prestasi seseorang karyawan diantaranya kebijakan dan administrasi, kualitas pengendalian, kondisi kerja, status pekerjaan, keamanan kerja, kehidupan pribadi serta penggajian.²⁶

Motivasi merupakan suatu produk dari bagaimana seseorang menginginkan sesuatu dan penaksiran seseorang memungkinkan aksi tertentu yang menuntunnya. Pernyataan ini berhubungan dengan rumus : $\text{Valensi} \times \text{Harapan} \times \text{Instrumen} = \text{Motivasi}$. Valensi merupakan kekuatan seseorang untuk mencapai sesuatu, harapan merupakan kemungkinan mencapai sesuatu dengan aksi tertentu, motivasi merupakan dorongan yang mempunyai arah pada tujuan tertentu, instrument merupakan intensif atau penghargaan yang akan

diberikan. Valensi lebih menguatkan pilihan seseorang pegawai untuk suatu hasil jika seseorang mempunyai keinginan yang kuat untuk suatu kemajuan maka berarti pegawai tersebut tinggi untuk suatu kemajuan. Valensi timbul dari internal pegawai yang dikondisikan dengan pengalaman.²⁷

Menurut Gitosudarmo (2000), bahwa proses motivasi terdiri dari beberapa tahapan, yaitu : pertama, munculnya suatu kebutuhan yang belum terpenuhi menyebabkan adanya ketidakseimbangan dalam diri seseorang dan berusaha untuk menguranginya dengan berperilaku tertentu. Kedua, seseorang kemudian mencari cara-cara untuk memuaskan keinginan tersebut. Ketiga, seseorang mengarahkan perilakunya kearah pencapaian tujuan atau persepsi dengan cara yang telah dipilihnya dengan didukung oleh kemampuan, ketrampilan maupun pengalamannya. Keempat, penilaian prestasi kerja dilakukan oleh diri sendiri atau orang lain (atasan) tentang keberhasilannya dalam mencapai tujuan. Perilaku yang ditujukan untuk memuaskan kebutuhan akan kebanggaan biasanya dinilai oleh yang bersangkutan. Sedangkan perilaku yang ditujukan untuk memenuhi suatu kebutuhan financial atau jabatan, umumnya dilakukan oleh atasan atau pimpinan organisasi. Kelima, imbalan atau hukuman yang diterima atau dirasakan tergantung kepada evaluasi atas prestasi yang dilakukan. Keenam, akhirnya seseorang menilai sejauh mana perilaku dan imbalan telah memuaskan kebutuhannya. Jika siklus motivasi tersebut telah memuaskan kebutuhannya, maka suatu keseimbangan atau kepuasan atas kebutuhan tertentu dirasakan.²⁸

Teori motivasi Maslow merupakan teori yang paling luas digunakan, dimana teori tersebut menekankan pada dua pendapat mendasar, yaitu :

- 1) Kita adalah binatang berkemauan yang kebutuhannya tergantung pada apa yang telah kita miliki. Hanya kebutuhan yang belum terpuaskan yang dapat mempengaruhi perilaku.
- 2) Kebutuhan kita diatur dalam suatu hierarki sesuai dengan tingkat kepentingannya. Setelah satu kebutuhan terpuaskan, kebutuhan lainnya timbul dan menuntut pemuasan.

Maslow membuat hipotesa lima tingkat kebutuhan :

1) Kebutuhan Jasmani

Kategori ini terdiri dari kebutuhan utama tubuh manusia, seperti makanan, air dan seks. Kebutuhan jasmani mendominasi apabila kebutuhan tersebut tidak terpuaskan, dan tidak ada kebutuhan lain yang menjadi landasan motivasi.

2) Kebutuhan Rasa Aman

Apabila kebutuhan jasmani telah cukup terpenuhi, tingkat kebutuhan yang lebih tinggi berikutnya menjadi penting. Kebutuhan rasa aman meliputi : perlindungan dari sakit badani, kesehatan dari penyakit, kehancuran ekonomi, dan hal lain yang tidak terduga.

3) Kebutuhan Sosial

Kebutuhan ini dikaitkan dengan sifat social manusia dan kebutuhan akan persahabatan. Tidak terpaukannya kebutuhan ini mempengaruhi kesehatan mental seseorang.

4) Kebutuhan Penghargaan

Kebutuhan baik kesadaran akan kepentingan terhadap orang lain maupun penghargaan actual dari orang lain. Pemuasan kebutuhan ini mengarah pada perasaan percaya diri dan gengsi.

5) Kebutuhan Aktualisasi Diri

Kebutuhan ini sebagai keinginan untuk menjadi semakin lama semakin tinggi tentang apa manusia itu, untuk menjadi segalanya manusia sanggup menyesuaikan. Pemuasan kebutuhan ini terjadi setelah terjadi pemuasan terhadap yang lain. Pemuasan kebutuhan ini cenderung meningkatkan kekuatan kebutuhan yang lain.

d. Kemampuan

Kemampuan adalah kapasitas/ sifat individu yang dibawa sejak lahir atau dipelajari yang memungkinkan seseorang untuk melakukan/ menyelesaikan berbagai macam tugas dan pekerjaan. Kemampuan secara garis besarnya dibagi menjadi dua kategori, yaitu kemampuan intelektual yang berkaitan dengan kemampuan kognitif/ pengetahuan/ pengertian dan kemampuan fisik berkaitan dengan kegiatan dan aktifitas fisik. Seseorang memerlukan kemampuan kognitif untuk menyelesaikan pekerjaan dengan efektif, tetapi dalam beberapa pekerjaan kemampuan fisik yang berkaitan dengan kekuatan, kebiasaan dan ketrampilan memegang peranan inti dan harus diperhatikan oleh seseorang dalam menyelesaikan tugasnya.²⁴

Jenis-jenis pekerjaan itu memiliki tuntutan yang berbeda terhadap karyawan dan para karyawan memiliki kemampuan yang berbeda. Prestasi kerja akan meningkat ketika ada kesesuaian antara kemampuan dan jenis pekerjaannya. Oleh karena itu kebutuhan akan

kemampuan khusus karyawan , intelektual maupun fisik akan terpenuhi apabila secara jelas juga dirincikan persyaratan kemampuan kerja yang diperlukan. Contoh seseorang yang ditugaskan sebagai sekretaris dan dia tidak memenuhi persyaratan minimal untuk pekerjaan tersebut, prestasi dia pasti akan rendah, walaupun dia memiliki sikap positif dan motivasi tinggi terhadap pekerjaan tersebut.²⁹

e. Ketrampilan

Ketrampilan adalah kecakapan yang spesifik yang dimiliki seseorang berkaitan/ berhubungan dengan penyelesaian tugas secara cepat dan tepat. Oleh sebab itu seorang manajer harus mencoba mencocokkan kemampuan mental dan ketrampilan fisik seseorang dengan persyaratan masing-masing pekerjaan yang akan dilakukannya. Proses tersebut sangat penting, sebab tidak ada sumber kepemimpinan, motivasi atau organisasi yang dapat melengkapi/ mengejar kekurangan dalam kemampuan mental dan ketrampilan fisik yang berbeda-beda, Jadi kemampuan mental dan ketrampilan fisik dibutuhkan untuk keberadaan kerja yang memadai.³⁰

Sejumlah pekerja ternyata tidak memiliki ketrampilan yang dibutuhkan oleh perusahaan, sehingga perusahaan harus melakukan latihan dan reedukasi secara intensif terhadap karyawan. Para manajer harus lebih bertanggung jawab untuk kebutuhan terpenuhinya karyawan-karyawan trampil dan mempertahankan mereka agar tidak pindah kerja pada perusahaan saingan.²⁹

f. Pelatihan

Pelatihan adalah suatu proses untuk mengisi kesenjangan antara apa yang dikerjakan seseorang dan siapa yang seharusnya

mampu mengerjakannya. Latihan akan membentuk dasar dengan menambah ketrampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk memperbaiki prestasi dalam jabatan yang sekarang atau mengembangkan potensinya untuk masa yang akan datang. Pelatihan mampu mengubah keadaan sehingga menjadi menguntungkan, misalnya dengan pelatihan seseorang dapat melakukan hal-hal yang belum bisa dilakukan/ melakukan perubahan tanggung jawab.³¹

Pelatihan diberikan untuk mempersiapkan karyawan baru tentang kegiatan yang akan dilaksanakan dan meningkatkan dan memperbaiki keahlian karyawan lama. Dengan pelatihan seseorang mampu mendapatkan atau meningkatkan keahlian dan pengetahuan untuk menyelesaikan pekerjaan dengan baik. Penting untuk diketahui bahwa pelatihan dalam organisasi dapat diberikan secara formal maupun informal. Pelatihan informal misalnya memberitahukan tentang pekerjaan, bagaimana mengerjakannya, dan mempraktekkannya secara langsung dibawah pengawasan rekan kerja yang sudah berpengalaman. Prinsip agar pelatihan ,menjadi efektif adalah ikut terlibat atau berpartisipasi aktif dalam proses pelatihan, dilakukan berulang kali, transfer training kepada rekan lainnya dan ada feed back umpan balik mengenai pelatihan yang diperoleh.³²

g. Persepsi

Persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitar. Gambaran kognitif dari individu bukanlah penyajian foto dunia fisiknya, melainkan suatu bagian tafsiran pribadi dimana objek tertentu yang dipilih individu untuk peranan yang utama, dirasakan dalam sikap seorang individu.⁹

Sedangkan Muchlas menyatakan bahwa persepsi merupakan proses kognitif yang kompleks yang dapat memberikan gambaran yang unik tentang dunia yang sangat berbeda realitanya. Persepsi berkaitan dengan cara mendapatkan pengetahuan khusus tentang objek atau kejadian pada saat tertentu, maka persepsi terjadi kapan saja stimulus menggerakkan indera.²⁶

h. Sikap

Sikap merupakan sesuatu yang kompleks, dapat diartikan sebagai pernyataan-pernyataan evaluatif, baik yang menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan atau penilaian-penilaian mengenai objek, manusia atau peristiwa-peristiwa.²⁶

Sikap yang kompleks ini dapat lebih mudah untuk dimengerti dengan mengenal adanya tiga komponen yang berbeda dalam setiap sikap tertentu, yaitu komponen kognitif, afektif dan kecenderungan perilaku. Komponen-komponen ini menggambarkan kepercayaan, perasaan dan rencana tindakan kita dalam berhubungan dengan orang lain.

Komponen kognitif dari sikap tertentu berisikan informasi yang dimiliki seseorang tentang orang lain atau benda. Informasi ini bersifat deskriptif dan tidak termasuk derajat kesukaan atau ketidaksukaan terhadap objek tersebut.

Komponen afektif dari sikap tertentu berisikan perasaan seseorang terhadap objeknya. Komponen ini melibatkan evaluasi dan emosi yang diekspresikan sebagai perasaan suka atau tidak suka terhadap objek dan sikapnya. Komponen afektif diperlukan sebagai reaksi terhadap komponen kognitif.

Komponen kecenderungan perilaku dan sikap tertentu berisikan cara yang direncanakan seseorang untuk bertindak terhadap objeknya dan kecenderungan sangat dipengaruhi oleh komponen kognitif dan afektif.

2. Faktor Eksternal Bidan

a. Kepemimpinan

Kepemimpinan didefinisikan sebagai kemampuan seseorang untuk mempengaruhi sebuah kelompok menuju kepada pencapaian tujuan kelompok tersebut. Dengan kepemimpinan seseorang mampu untuk mempengaruhi motivasi atau kompetensi individu-individu lainnya dalam suatu kelompok. Kepemimpinan mampu untuk membangkitkan semangat orang lain agar bersedia dan memiliki tanggungjawab total terhadap usaha mencapai atau melampaui tujuan organisasi.²⁵

Gaya kepemimpinan menurut Reksohadiprodjo (1996), adalah suatu cara pemimpin untuk mempengaruhi bawahan. Secara relatif ada tiga macam gaya kepemimpinan yang berbeda, yaitu otokratis, demokratis dan laissez-faire, dimana masing-masing mempunyai kelemahan dan keuntungan. Perbedaan gaya kepemimpinan dalam organisasi akan mempunyai pengaruh yang berbeda pula pada partisipasi individu dan perilaku kelompok. Sebagai contoh, partisipasi dalam pengambilan keputusan pada gaya demokratis akan berdampak pada peningkatan hubungan manajer dan bawahan, menaikkan moral dan kepuasan kerja, dan menurunkan ketergantungan terhadap pemimpin. Gaya otokratis lebih banyak menghadapi masalah pemberian perintah kepada bawahan. Kepemimpinan demokratis cenderung mengikuti pertukaran pendapat

antara orang-orang yang terlibat. Dalam kepemimpinan *laissez-faire* pemimpin memberikan kepemimpinannya bila diminta.³³

Adapun fungsi kepemimpinan ada dua macam, yaitu fungsi yang berhubungan dengan penyelesaian tugas atau pemecahan masalah dan fungsi yang berhubungan dengan pemeliharaan kelompok seperti menengahi perselisihan, memastikan agar individu merasa dihargai oleh kelompok.³⁴ Pendapat lain mengatakan, bahwa fungsi kepemimpinan adalah mengarahkan perusahaan baik milik swasta, negara maupun koperasi ke arah tujuan yang hendak dicapai dengan memperhatikan kaidah-kaidah atau norma-norma yang berlaku bagi perusahaan tersebut.³⁵

Kepemimpinan yang efektif memiliki beberapa kriteria, yaitu : 1) Memiliki tingkat intelegensia yang baik, 2) Memiliki inisiatif, 3) Memiliki rasa percaya diri, 4) Memiliki kemampuan supervisor, 5) Mampu memenuhi kebutuhan sesuai dengan situasi organisasi.³⁶

Sedangkan menurut Winardi (2000), bahwa kepemimpinan efektif memiliki cirri-ciri sebagai berikut : 1) Mampu menginspirasi kepercayaan pada orang-orang, 2) Persistensi (tekad bulat) untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, 3) Kemampuan untuk berkomunikasi tanpa menimbulkan kesalahpahaman, 4) Kesiediaan untuk mendengarkan orang lain secara reseptif, 5) Perhatian jujur terhadap manusia, 6) Memahami manusia dan reaksi-reaksi yang ditimbulkannya, 7) Objektivitas dan 8) Kejujuran.³⁶

b. Supervisi

Supervisi atau pembinaan adalah salah satu upaya pengarahan dengan memberikan petunjuk serta saran, setelah menemukan alasan dan keluhan pelaksana dalam mengatasi

permasalahan yang dihadapi. Tujuan supervise adalah untuk meningkatkan performance dari petugas kesehatan secara kontinyu. Ada empat faktor besar manfaat dari supervisi, yaitu : 1) untuk membuat yakin bahwa sasaran program adalah tepat, 2) dapat mengatasi kesulitan yang dihadapi, 3) dapat meningkatkan motivasi kepada staf, dan 4) dapat membantu peningkatan penampilan petugas serta kemampuan.³⁴

c. Imbalan/ Insentif

Imbalan adalah sesuatu yang diberikan manajer kepada para karyawan setelah mereka memberikan kemampuan, keahlian, dan usahanya kepada perusahaan. Imbalan dapat berupa upah, alih tugas, promosi, pujian dan pengakuan.⁸

Dasar-dasar dalam pemberian upah thd para karyawan, adalah : 1) Menghubungkan antara upah dengan prestasi kerja atau kinerja. Penerimaan upah atas dasar perjam ditambah dengan bonus untuk tiap unit yang diperoleh diatas standar tertentu, 2) Pemberian imbalan yang meliputi total unit. Pemberian bonus bulanan untuk setiap karyawan didasarkan pada indeks produksi secara total. Dengan kata lain pemberian gaji bersih karyawan tidak didasarkan pada produktivitas individu, tetapi didasarkan pada efisiensi produksi dari perusahaan, 3) Pola gaji secara langsung. Perusahaan memberikan gaji kepada setiap individu dari lapisan teratas sampai lapisan terbawah, tanpa didasarkan bentuk produksi per jam atau tariff insentif. Adapun hipotesis yang mendasari hal tersebut adalah ; apabila individu diberikan kondisi kerja yang baik, mereka akan termotivasi secara positif oleh bermacam-macam hal selain uang,

dan uang merupakan faktor kesehatan yang harus tersedia dalam jumlah yang memadai.³⁸

Tujuan pemberian imbalan adalah : 1) Memotivasi anggota organisasi, artinya sistem imbalan yang dibentuk oleh organisasi harus mampu untuk memacu motivasi kerja dari anggota organisasi agar berprestasi pada tingkat yang lebih tinggi. Caranya dengan memperhatikan secara cermat bahwa imbalan harus memiliki nilai dimata karyawan, 2) membuat kerasan pekerja yang sudah ada, artinya mempertahankan agar para pekerja terutama yang berkualitas tetap kerasan dan tidak mudah untuk pindah ke organisasi lainnya, 3) menarik personil yang berkualitas untuk masuk dalam organisasi.²⁸

Adapun pendapat lain tentang tujuan pemberian upah adalah : 1) Manajer memberikan upah kepada karyawan sebagai pengganti hasil kerja yang baik, 2) Manajer memberikan upah kepada karyawan sebagai hadiah bagi hasil kerja yang baik, 3) Manajer memberikan upah kepada karyawan untuk mendorong agar mereka bekerja lebih giat.³⁸

Imbalan terbagi menjadi dua macam, yaitu: imbalan intrinsik dan ekstrinsik. Imbalan intrinsik adalah imbalan yang merupakan bagian dari pekerjaan itu sendiri. Imbalan tersebut mencakup rasa penyelesaian (completion), pencapaian prestasi (achievement, otonomi (autonomy), dan pertumbuhan pribadi (personal growth). Imbalan ekstrinsik adalah imbalan yang berasal dari pekerjaan. Imbalan tersebut mencakup uang, status, promosi dan rasa hormat.⁸ Adapun dasar-dasar pemberian imbalan dapat berupa prestasi, produktivitas, kedisiplinan karyawan. Paling efektif imbalan sebagai

motivator utama dalam sebuah perusahaan ketika pemberian imbalan didasarkan atas prestasi karyawan.⁸

d. Beban Kerja

Beban kerja adalah berat-ringannya suatu pekerjaan yang dirasakan oleh karyawan yang dipengaruhi pembagian kerja (*distribution of work*), ukuran kemampuan kerja (*standard rate of performance*) dan waktu (*time*) yang tersedia.³⁷

Metode pengukuran kerja yang pertama adalah studi waktu yang harus dilakukan dengan cara a). Membagi pekerjaan ke dalam elemen-elemen pekerjaan b). Mengembangkan metode untuk setiap pekerjaan, c). Memilih dan melatih seseorang atau beberapa karyawan, d). Melakukan studi waktu untuk setiap elemen pekerjaan dan e). Menetapkan standar waktu untuk setiap elemen pekerjaan. Kedua data waktu yang ditentukan terlebih dahulu, standar waktu dapat disusun untuk pekerjaan yang melibatkan gerakan dasar meliputi : a). Setiap elemen pekerjaan dipecah kedalam gerakan-gerakan pokok, b). Setiap gerakan pokok dinilai sesuai dengan tingkat kesulitan c). Waktu untuk melakukan gerakan pokok ditambahkan, d). Dibuat standar waktu. Ketiga adalah data standar yang diperoleh dari data jam/ waktu yang ditentukan terlebih dahulu. Data standar bermanfaat apabila sejumlah besar pekerjaan dilakukan berulang atau mirip. Keempat adalah historis yang diperoleh oleh setiap atau penyelia dengan mencatat waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan satu pekerjaan yang dicatat kemudian dibandingkan dengan waktu melakukan pekerjaan yang sama pada saat yang lain. Kelima adalah pengambilan sampel kerja yang merupakan serangkaian pengamatan secara acak atas pekerjaan yang

digunakan untuk menunjukkan kegiatan-kegiatan dari sekelompok individu atau seseorang individu.³⁷

e. Sumber Daya

Salah satu factor pendukung yang tidak boleh dilupakan dalam pelayanan adalah factor sarana atau alat dalam pelaksanaan tugas pelayanan. Sarana pelayanan yang dimaksud disini adalah segala jenis peralatan, perlengkapan kerja dan fasilitas lain yang berfungsi sebagai alat utama atau pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan.

Dalam suatu masyarakat maju dengan peralatan serba canggih, kegiatan dalam kehidupan manusia makin tergantung kepada adanya peralatan, meskipun hanya sebagian, menyadari hal tersebut maka peralatan kerja yang ada harus senantiasa dipelihara sesuai dengan standar, prosedur dan metodenya serta dijaga kesiapgunaannya (ready for use), sebab kalau tidak maka adanya gangguan pada sarana kerja dapat mempengaruhi pelaksanaan pekerjaan bahkan dapat mengakibatkan fatal.

Fungsi sarana pelayanan menurut Moenir adalah diantaranya :

- 1) Untuk mempercepat proses pelaksanaan pekerjaan, sehingga dapat menghemat waktu.
- 2) Meningkatkan produktivitas baik barang atau jasa
- 3) Kualitas produk yang lebih terjamin/ baik
- 4) Lebih mudah/ sederhana dalam gerak para pelakunya
- 5) Menimbulkan rasa kenyamanan bagi orang-orang yang berkepentingan
- 6) Menimbulkan perasaan puas pada orang-orang yang berkepentingan sehingga dapat mengurangi sifat emosional mereka.

Dewasa ini kehidupan masyarakat modern baik masyarakat umum maupun masyarakat rumah tangga banyak tergantung kepada berbagai sarana kerja. Sarana kerja ditinjau dari segi kegunaannya terdiri atas 3 (tiga) golongan, yaitu :

- 1) Peralatan kerja, yaitu semua jenis benda yang berfungsi langsung sebagai alat produksi untuk menghasilkan barang atau berfungsi memproses suatu barang menjadi barang lain yang berlainan fungsi dan gunanya.
- 2) Perlengkapan kerja, yaitu semua jenis benda yang berfungsi sebagai alat bantu tidak langsung dalam produksi, mempercepat proses, membangkitkan dan menambah kenyamanan dalam pekerjaan
- 3) Perlengkapan bantu atau fasilitas, yaitu semua benda yang berfungsi membantu kelancaran gerak dalam pekerjaan

Faktor-faktor pendukung pelayanan yang cukup penting untuk diperhatikan adalah sarana yang ada untuk melaksanakan tugas/ pekerjaan layanan. Sarana terbagi dua yaitu sarana kerja dan fasilitas, sedangkan sarana kerja sendiri meliputi : peralatan, perlengkapan dan alat bantu. Sarana fasilitas meliputi gedung dengan segala kelengkapannya, fasilitas komunikasi dan kemudahan lain.

f. Struktur Organisasi

Struktur organisasi adalah susunan komponen-komponen (unit-unit kerja) dalam organisasi. Struktur organisasi menunjukkan adanya pembagian kerja dan menunjukkan bagaimana fungsi-fungsi atau kegiatan-kegiatan yang berbeda-beda tersebut diintegrasikan (koordinasi). Selain daripada itu struktur organisasi juga menunjukkan

spesialisasi-spesialisasi pekerjaan, saluran perintah dan penyampaian laporan.

Struktur keorganisasian dapat dirumuskan sebagai pengaturan dan antar hubungan bagian-bagian komponen dan posisi-posisi suatu perusahaan. Selanjutnya dapat dikatakan bahwa struktur suatu organisasi menspesifikasi aktifitas-aktifitas kerja. Ditunjukkan pula olehnya bagaimana berbagai fungsi atau aktifitas-aktifitas yang berbeda berkaitan satu sama lain. Hingga tingkat tertentu, ia juga menunjukkan tingkat spesialisasi aktifitas-aktifitas pekerjaan. Juga ditunjukkan olehnya, hierarki organisasi yang bersangkutan, struktur otoritas, dan hubungan antara atasan dan bawahan. Secara ringkas, dalam setiap pekerjaan akan muncul pembagian kerja. Setiap pembagian kerja akan muncul koordinasi kerja dan setiap koordinasi kerja akan timbul pembagian kekuasaan. Dengan demikian, secara filosofis struktur organisasi tidak lain adalah 'cetak biru' atau 'Kerangka bangunan' formal tentang pembagian kerja (division of work) dan pembagian kekuasaan (division of authority) serta koordinasi kerja yang memungkinkan terjadinya aliran informasi dan komunikasi yang efisien dan proses pengambilan keputusan yang cepat.

Struktur organisasi menggambarkan pula pola hubungan antar pihak internal (eksekutif, manajer dan pekerja) dan pola hubungan antara pihak internal dengan pihak eksternal (para konstituen organisasi). Di dalam pola hubungan antar pihak internal selalu disertai dengan munculnya hirarki organisasi. Oleh karena itu hirarki organisasi seperti halnya pembagian kerja, merupakan bagian dari struktur organisasi yang tidak bisa dihindarkan.

Struktur organisasi biasanya direfleksikan ke dalam peta organisasi (organization chart) yang secara visual digambarkan dalam bentuk kotak dan garis. Richard Daft (1992, p.179 dalam <http://organisasi.org/>) misalnya mengatakan bahwa organization chart merupakan representasi yang kasat mata yang menggambarkan semua kegiatan dan proses aktivitas yang terjadi didalam sebuah organisasi. Secara taksonomis peta organisasi tersebut menggambarkan 3 hal pokok : (1) tingkat spesialisasi atau kompleksitas organisasi, (2) tingkat formalisasi organisasi dan (3) tingkat sentralisasi/desentralisasi organisasi. Spesialisasi atau kompleksitas organisasi dibedakan lebih lanjut menjadi tiga bagian yakni: horizontal differentiation, vertical differentiation dan spatial differentiation. Horizontal differentiation menjelaskan seberapa banyak pekerjaan harus dilakukan oleh karyawan, tingkat kebutuhan akan profesi dan spesialisasi karyawan, kebutuhan akan training dan pendidikan karyawan dalam kaitannya dengan tugas dan pekerjaan yang harus dilaksanakannya dan tingkat departementalisasi organisasi. Semakin banyak pekerjaan, profesi dan spesialisasi, semakin banyak kebutuhan akan training khusus dan semakin banyak departementalisasi maka akan semakin kompleks organisasi tersebut.

Vertical differentiation berkaitan dengan banyaknya level/tingkatan didalam organisasi. Semakin sedikit level organisasi maka semakin lebar rentang kendali yang harus dijalankan seorang manajer. Sebaliknya semakin banyak level organisasi semakin sempit rentang kendalinya. Sedangkan spatial differentiation berkaitan dengan lokasi organisasi. Semakin jauh jarak antar unit

organisasi, departemen dan orang-orang yang bekerja didalamnya, organisasi tersebut menjadi semakin kompleks.

D. Gizi Buruk

1. Pengertian

Gizi buruk adalah keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dan terjadi dalam waktu yang cukup lama. Tanda-tanda klinis dari gizi buruk secara garis besar dapat dibedakan *marasmus*, *kwarshiorkor* atau *marasmus-kwarshiorkor*.⁴

Diagnosis penderita gizi buruk dapat dilakukan secara klinis dan atau *antropometri*. Secara klinis penderita gizi buruk ditandai dengan :

- penderita terlihat sangat kurus dan atau ditemukan *edema*
- BB/ PB atau BB/ TB < -3 SD¹¹

2. Jenis kekurangan gizi

Bilamana syarat pemberian makanan tidak terpenuhi, baik kurang maupun lebih dari pada yang dibutuhkan untuk umur, jenis kelamin dan kondisi-kondisi tertentu seperti banyaknya aktifitas, suhu lingkungan, maka akan terjadi keadaan malnutrisi. Penyimpangan yang sangat dari diet yang adekuat dalam waktu yang lama akan menimbulkan keadaan kekurangan yang lambat laun memperlihatkan gejala-gejala klinisnya. Begitu pula masukan yang berlebihan yang terus menerus menimbulkan keadaan gizi lebih (*overnutrition*). Keadaan gizi kurang (*undernutrition*) maupun gizi lebih (*overnutrition*) tidak selalu disebabkan oleh masukan makanan yang tidak cukup atau berlebihan. Keadaan demikian dapat juga terjadi oleh kelainan dalam tubuh sendiri seperti gangguan pencernaan, *absorpsi*, *utilisasi*, *ekskresi* dan sebagainya.³⁹

Batas ambang dan istilah status gizi untuk indeks BB/U, TB/U dan BB/TB berdasar hasil kesepakatan pakar gizi mengenai standar baku nasional di Indonesia, disepakati sbb :⁴⁰

a. Indeks BB/U

- 1) Gizi lebih, bila Z_score terletak $> + 2 SD$
- 2) Gizi baik, bila Z_score terletak dari $\geq -2 SD$ s/d $+2 SD$
- 3) Gizi kurang, bila Z_score terletak dari $< -2 SD$ s/d $\geq -3 SD$
- 4) Gizi buruk, bila Z_score terletak $< -3 SD$

b. Indeks TB/U

- 1) Normal, bila Z_score terletak $\geq +2 SD$
- 2) Pendek, bila Z_score terletak $< -2 SD$

c. Indeks BB/TB

- 1) Gemuk, bila Z_score terletak $> +2 SD$
- 2) Normal, bila Z_score terletak dari $\geq -2 SD$ s/d $+2 SD$
- 3) Kurus, bila Z_score terletak dari $< -2 SD$ s/d $\geq -3 SD$
- 4) Kurus sekali, bila Z_score terletak $< -3 SD$

Rujukan antropometri dibentuk berdasarkan sebaran normal nilai indikator pada populasi sehat, tidak mempunyai masalah sosial ekonomi.

3. Tanda dan gejala kurang gizi ⁴⁰

a. Gejala klinis Kurang Energi Protein (KEP)

- 1) Pertumbuhan linier mengurang atau terhenti
- 2) Kenaikan berat badan berkurang, terhenti ada ada kalanya beratnya bahkan menurun
- 3) Ukuran lingkaran lengan atas menurun
- 4) Maturasi tulang terhambat
- 5) Rasio berat terhadap tinggi normal atau menurun

- 6) Tebal lipat kulit normal atau mengurang
- 7) Anemia ringan
- 8) Aktivitas dan perhatian berkurang
- 9) Kelainan kulit maupun rambut jarang ditemukan, tetapi adakalanya dijumpai.

b. Gejala Klinis *Kwashiorkor*

1) Penampilan

Penampilannya seperti anak gemuk (suger baby) bilamana dietnya mengandung cukup energi disamping kekurangan protein, walaupun dibagian tubuh lainnya, terutama dipantatnya terlihat adanya atrofi.

2) Gangguan pertumbuhan

Pertumbuhan terganggu, berat badan dibawah 80 % dari baku Harvard persentil 50 walaupun terdapat edema, begitu pula tinggi badannya terutama jika KEP sudah berlangsung lama.

3) Perubahan mental

Perubahan mental sangat mencolok. Pada umumnya mereka banyak menangis dan pada stadium lanjut mereka sangat apatis. Perbaikan kelainan mental tersebut menandakan suksesnya pengobatan.

4) Edema

Edema baik yang ringan maupun yang berat ditemukan pada sebagian besar penderita kwashiorkor. Walaupun jarang asites dapat mengiringi edema

5) *Atrofi* otot

Atrofi otot selalu ada sehingga penderita tampak selalu lemah dan berbaring terus menerus, walaupun sebelum menderita penyakit demikian sudah dapat berjalan

6) Sistem *gastro intestinum*

Gejala saluran pencernaan merupakan gejala penting. Pada anoreksia yang berat penderita menolak segala macam makanan, hingga adakalanya makanan hanya dapat diberikan melalui sonde lambung. Diare tampak pada sebagian besar penderita, dengan feses yang cair dan banyak mengandung asam laktat karena mengurangnya produksi *lactase* dan *enzim disaharidase* lain. Adakalanya diare demikian disebabkan pula oleh cacing dan parasit lain.

7) Perubahan rambut

Sangat khas pada penderita *kwashiorkor* ialah rambut yang mudah dicabut. Pada penyakit *kwashiorkor* yang lanjut dapat terlihat rambut kepala yang kusam, kering, halus, jarang dan berubah warnanya. Rambut alispun menunjukkan perubahan demikian, akan tetapi tidak demikian dengan rambut matanya yang justru memanjang.

8) Perubahan kulit

Perubahan kulit pada *kwashiorkor* diberi nama *crazy pavement dermatosis* merupakan kelainan kulit yang khas bagi penderita *kwashiorkor*. Kelainan kulit tersebut dimulai dengan titik-titik merah yang menyerupai *petechia*, berpadu dengan bercak yang lambat laun menghitam. Setelah bercak hitam mengelupas, maka terdapat bagian-bagian merah yang dikelilingi oleh batas-batas yang masih hitam. Bagian tubuh yang sering membasah

dikarenakan keringat atau air kencing yang terus menerus mendapat tekanan merupakan *predelesi crazy pavement dermatosis*, seperti di punggung, pantat, sekitar *vulva* dan sebagainya.

9) Pembesaran Hati

Hati yang membesar merupakan gejala yang sering ditemukan. Kadang-kadang batas hati terdapat setinggi pusar.

10) Anemia

Anemia ringan selalu ditemukan pada penderita kwashiorkor. Jenis *anemia* pada *kwashiorkor* bermacam-macam, seperti *normositik normokrom*, *mikrositik hipokrom*, *makrositik hiperkrom* dan sebagainya.

c. Gejala Klinis *Marasmus*

1) Penampilan

Muka seorang penderita *marasmus* menunjukkan wajah orang tua. Anak terlihat sangat kurus (*vel over been*) karena hilangnya sebagian besar lemak dan otot-ototnya.

2) Perubahan mental

Pada penderita *marasmus*, anak mudah menangis meskipun setelah mendapat makan, karena masih lapar. Adanya kesadaran yang menurun (*apatis*)

3) Kelainan pada kulit

Kulit biasanya kering, dingin dan mengendor disebabkan kehilangan banyak lemak dibawah kulit dan otot-ototnya.

4) Kelainan pada rambut kepala

Walaupun tidak kering seperti penderita *kwashiorkor*, adakalanya tampak rambut yang kering, tipis dan mudah rontok

5) Lemak dibawah kulit

Lemak subkutan menghilang hingga *turgor kulit* mengurang.

6) Otot-otot

Otot-otot atrofis, hingga tulang-tulang terlihat lebih jelas

7) Saluran pencernaan

Penderita marasmus lebih sering menderita diare atau *konstipasi*

8) Jantung

Tidak jarang terdapat *bradikardi*

9) Tekanan darah

Pada *umumnya* tekanan darah lebih rendah dibandingkan dengan anak sehat seumurnya

10) Saluran nafas

Terdapat pula frekuensi *pernafasan* yang mengurang

11) Sistem darah

Pada umumnya *ditemukan* kadar *hemoglobin* yang agak rendah.

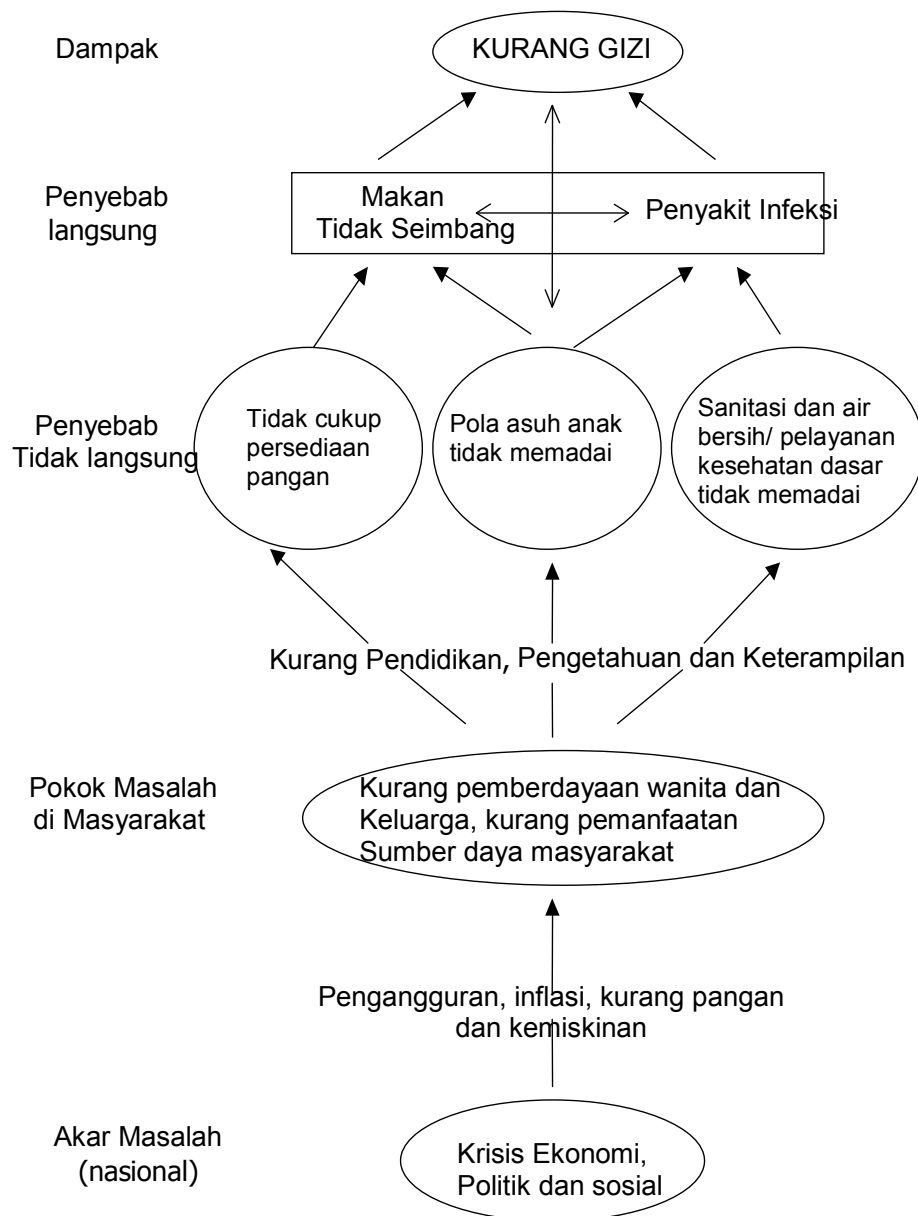
d. *Marasmik Kwashiorkor*

Penyakit *Marasmik Kwashiorkor* memperlihatkan gejala campuran antara penyakit *marasmus dan kwashiorkor*. Makanan sehari-harinya tidak cukup mengandung protein dan juga energi untuk pertumbuhan yang normal. Pada penderita demikian disamping menurunnya berat badan dibawah 60 % dari normal memperlihatkan tanda-tanda kwashiorkor, seperti edema, kelainan rambut, kelainan kulit, sedangkan kelainan biokimiawi terlihat pula.³⁹

4. Penyebab Masalah Gizi Buruk

UNICEF (1990) telah mengembangkan kerangka konsep makro sebagai salah satu strategi untuk menanggulangi masalah kurang gizi.⁴⁰

Gambar 2.1. Penyebab Kurang Gizi



Sumber : UNICEF (1990)

Dalam kerangka tersebut ditunjukkan bahwa masalah gizi kurang dapat disebabkan oleh :

a. Penyebab langsung

Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang. Timbulnya gizi kurang tidak hanya dikarenakan asupan makanan yang kurang, tetapi juga penyakit. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit.

b. Penyebab tidak langsung

Ada 3 (tiga) penyebab tidak langsung yang menyebabkan gizi kurang yaitu :

- 1) Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai. Setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya
- 2) Pola pengasuhan anak kurang memadai. Setiap keluarga dan masyarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan baik fisik, mental maupun sosial.
- 3) Pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai. Sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan.

Ketiga faktor tersebut berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan keluarga. Makin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan, makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, dan makin baik tingkat pola pengasuhan maka akan banyak keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

c. Pokok masalah di masyarakat

Kurangnya pemberdayaan keluarga dan kurangnya pemanfaatan sumber daya masyarakat berkaitan dengan berbagai faktor langsung maupun tidak langsung.

d. Akar masalah

Kurangnya pemberdayaan wanita dan keluarga serta kurangnya pemanfaatan sumber daya masyarakat terkait dengan meningkatnya pengangguran, inflasi dan kemiskinan yang disebabkan oleh krisis ekonomi, politik dan keresahan sosial yang menimpa Indonesia sejak tahun 1997. Keadaan tersebut memicu munculnya kasus-kasus gizi buruk akibat kemiskinan dan ketahanan pangan keluarga yang tidak memadai.

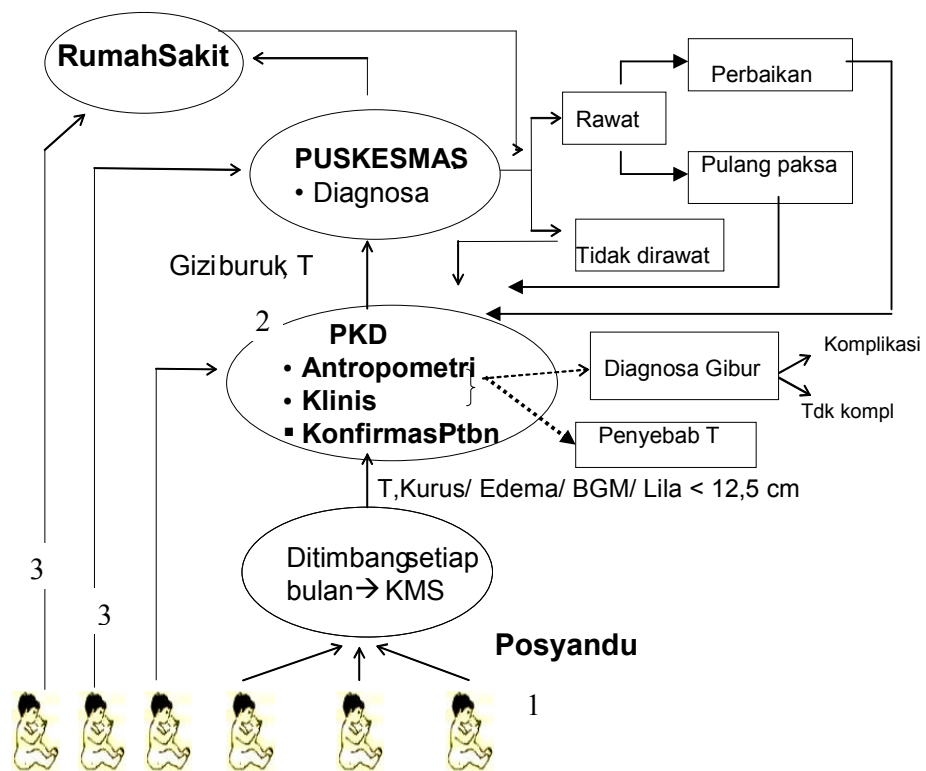
E. Penjaringan Gizi Buruk

Pemantauan status gizi dilakukan dengan memanfaatkan data hasil penimbangan bulanan posyandu yang didasarkan pada indikator *SKDN*. Indikator yang dipakai adalah *N/D* (jumlah anak yang berat badannya naik dibandingkan jumlah anak yang ada di posyandu dan ditimbang dalam prosentase) dan *D/S* (jumlah anak yang ditimbang dibandingkan jumlah anak yang ada di posyandu dalam prosentase).⁴¹

Penjaringan gizi buruk dilakukan secara aktif dan pasif. Penjaringan secara aktif dilakukan secara rutin lewat posyandu. Penjaringan gizi buruk dimulai pada penimbangan di posyandu dan pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan *PKD*). Kegiatan yang dilakukan dalam penjaringan tersebut antara lain menanyakan nama dan umur balita, menimbang berat badan, mengukur tinggi badan, mengukur lingkar kepala, kemampuan motorik kasar dan kemampuan motorik halus. Standart baku yang digunakan dalam mengukur gizi buruk balita menggunakan standart *WHO-2005*. Pengawasan atau kecurigaan terhadap penderita gizi buruk harus sudah dilakukan jika ditemukan anak dengan : 1). Garis pertumbuhan *T* (*T3*, *T2*, *T1*), 2). *BGM* (Bawah Garis Merah), 3). Terlihat sangat kurus, 4). *Edema*.

Alur kerja penemuan kasus balita gizi buruk dapat dilihat dalam gambar 2.2.¹¹

Gambar 2.2. Alur Kerja Penemuan Kasus Balita Gizi Buruk



Keterangan :

1. Penjaringan kasus gizi buruk dapat dimulai dari pemantauan arah pertumbuhan secara cermat yang dapat dilakukan secara rutin di posyandu. Kader posyandu melakukan kegiatan deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dengan kriteria tindakan sebagai berikut
 - a. Bila balita mengalami T1 (berat badan naik tidak cukup) sekali perlu dilakukan penyuluhan dan pendidikan gizi kepada ibu balita
 - b. Bila balita mengalami T1 sebanyak 2 kali berturut-turut, dirujuk ke PKD

- c. Bila balita mengalami T2 (tidak naik berat badannya) dan T3 (berat badan turun) sekali dirujuk ke PKD
 - d. Bila balita BGM dirujuk ke PKD
2. Kader posyandu segera melakukan rujukan ke PKD bila menemukan balita dengan tanda-tanda klinis sbb:
- a. Terlihat sangat kurus, dan atau
 - b. Ada edema

Bidan PKD melakukan konfirmasi terhadap balita yang dirujuk oleh kader posyandu dengan melakukan hal sebagai berikut :

- a. Balita dengan tanda-tanda klinis (sangat kurus dan atau edema) agar dirujuk ke puskesmas
- b. Balita tidak dengan tanda-tanda klinis, dilakukan pengukuran status gizi dengan menggunakan indikator *BB/TB* atau *BB/PB*. Apabila kemudian hasilnya sbb :
 - *BB/TB* < - 3 *SD* balita harus dirujuk ke Puskesmas
 - *BB/TB* >= 3 *SD* balita dilakukan pemberian makanan tambahan di PKD atau dapur umum untuk meningkatkan status gizinya

Apabila balita (ibu/ keluarganya) yang seharusnya dirujuk tetapi menolak dirujuk, bidan PKD harus memberikan motivasi dan meyakinkan agar mereka mau dirujuk.

3. Penjaringan secara pasif dilakukan di puskesmas untuk memeriksakan penyakitnya dan saat itu diketahui balita tersebut menderita gizi buruk, atau mendapat laporan dari kader bahwa ada kasus gizi buruk di wilayah kerja puskesmas⁹ Petugas/ ahli gizi puskesmas melakukan supervisi dan pembinaan teknis kepada PKD dan bila perlu ke posyandu.

Pelacakan pada balita gizi buruk dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian gizi buruk dengan melalui wawancara dan pengamatan. Pelacakan dilaksanakan setelah terjadi penjarangan atau ditemukan kasus balita gizi buruk dengan mendatangi rumah balita gizi buruk tersebut.¹⁶ Pelacakan dilakukan oleh kader, bidan desa, tenaga pelaksana gizi puskesmas dan kabupaten/ kota.

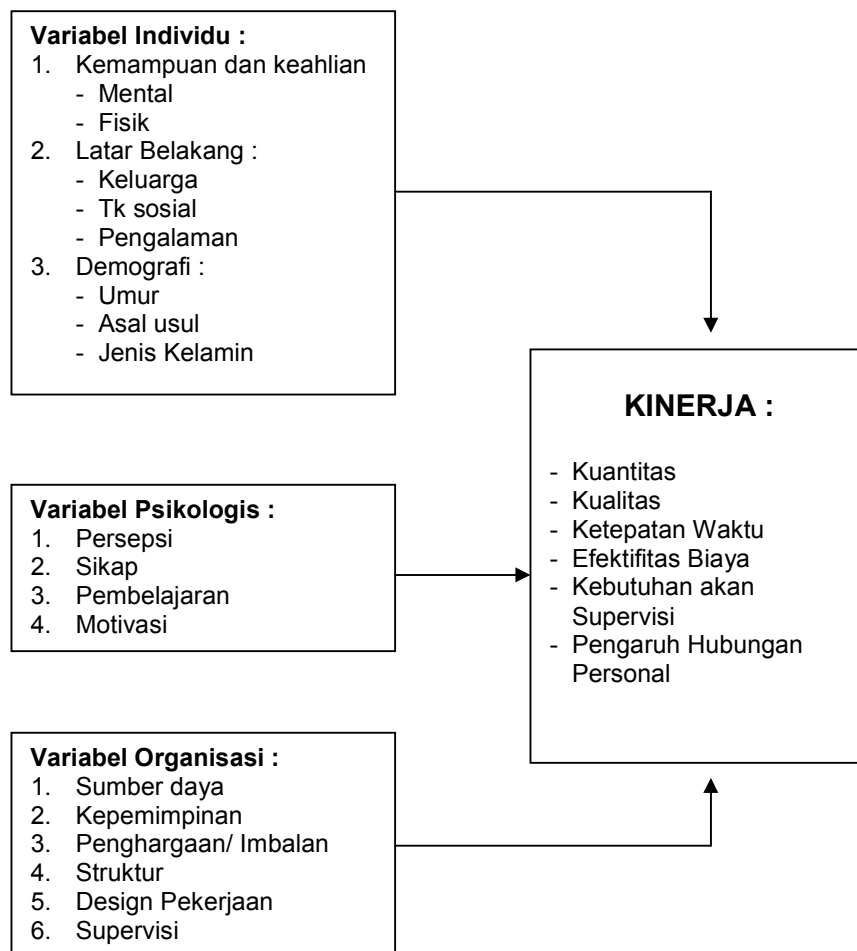
Kegiatan yang dilakukan dalam pelacakan balita gizi buruk diantaranya adalah melalui wawancara dengan orang tua balita, melakukan pengukuran ulang antropometri bila diperlukan, melakukan rujukan ke puskesmas dan atau ke rumah sakit bila ada penyakit yang menyertai serta melakukan dokumentasi. Sebagai tindak lanjut penjarangan dan pelacakan maka balita gizi buruk diberikan perawatan dan pengobatan sesuai dengan kondisi balita tersebut.¹¹

Penanganan gizi buruk harus dilakukan segera setelah ditemukan setiap kasus sehingga penderitaan tidak berlangsung lama karena dapat menimbulkan kelainan tumbuh kembang yang permanen. Untuk melakukan penanganan dengan segera diperlukan informasi yang cepat setelah dilakukan kegiatan penjarangan melalui penimbangan secara berkala baik yang dilakukan oleh masyarakat maupun tenaga kesehatan terdepan yang berada di tingkat desa (bidan desa).¹¹

F. KERANGKA TEORI

Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk di Kabupaten Kendal adalah pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi kepemimpinan dan persepsi insentif/ imbalan. Menurut *Gibson*, gambaran tentang beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja dapat dilihat dalam skema dibawah ini :⁹

Gambar 2.3. Kerangka Teori Penjarangan Balita Gizi Buruk
Sumber : Gibson & Bernardin



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

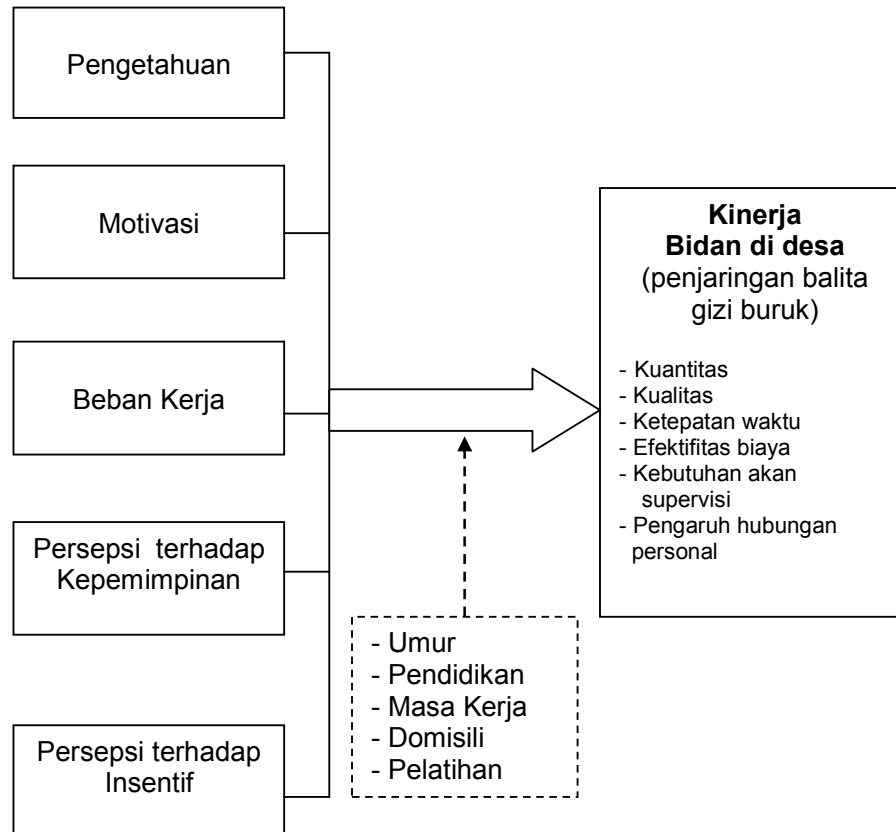
1. Variabel terikat (dependen) : Kinerja bidan di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk
2. Variabel bebas (independen) : Pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi kepemimpinan dan insentif/ imbalan

B. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan pengetahuan tentang gizi buruk dengan kinerja bidan PNS di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk
2. Ada hubungan motivasi kerja dengan kinerja bidan PNS di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk
3. Ada hubungan beban kerja dengan kinerja bidan PNS di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk
4. Ada hubungan persepsi terhadap kepemimpinan kepala puskesmas dengan kinerja bidan PNS di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk
5. Ada hubungan persepsi insentif dengan kinerja bidan PNS di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk

C. Kerangka Konsep Penelitian

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan : ----- : variabel tidak diuji

D. Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *survei non eksperimental (observasional)* yang dilakukan untuk menjelaskan hubungan antara variabel bebas (pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi kepemimpinan dan persepsi insentif) dan variabel terikat (kinerja bidan di desa dalam penjaringan balita gizi buruk).

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Penelitian ini adalah studi kuantitatif dengan pendekatan crosssectional yaitu melakukan pengamatan sekali terhadap variabel bebas dan variabel terikat pada saat yang sama.

3. Cara Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data atau materi yang dikumpulkan pada saat pelaksanaan penelitian meliputi kinerja bidan di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk, pengetahuan, motivasi, persepsi kepemimpinan, persepsi imbalan/ insentif, beban kerja.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari lingkungan penelitian seperti laporan bulanan rekapitulasi F III Gizi dan laporan operasi timbang Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, data kepegawaian dan lokasi kerja bidan di desa dari Kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal

4. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah 178 bidan PNS di desa yang berada di 30 puskesmas wilayah Kabupaten Kendal.

5. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian

Pengambilan sampel penelitian untuk bidan di desa yang bertugas di wilayah kerja puskesmas Kabupaten Kendal ditentukan melalui *proportional stratified sampling*.⁴²

Besar sampel dalam penelitian ini diambil menggunakan rumus :

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

Keterangan :

N : Besar populasi (178)

n : Besar sampel

d :Tingkat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan (0,1)

Dari populasi terjangkau sebesar 178 bidan di desa, maka besar sampel adalah :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2} = \frac{178}{2,78} = 64 \text{ responden}$$

Jumlah responden : $64 + 5 = 69$

Dari 69 responden tersebut akan diambil secara proporsional menurut jumlah bidan desa di 30 puskesmas dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

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

Keterangan :

n_i : Jumlah sampel tiap puskesmas

n : Jumlah sampel seluruhnya (69)

N_i : Jumlah populasi tiap puskesmas

N : Jumlah populasi seluruhnya (178)

sehingga besar sampel tiap bidan desa di puskesmas dapat dilihat dalam Tabel 3.1.

Tabel 3.1
 Besar sampel 30 Puskesmas di wilayah Kabupaten Kendal
 N= 178 n = 69

No	Puskesmas	N	n
1.	Plantungan	9	3
2.	Sukorejo I	5	2
3.	Sukorejo II	5	2
4.	Pageruyung	11	4
5.	Patean	10	4
6.	Limbangan	7	2
7.	Boja I	10	4
8.	Boja II	7	2
9.	Singorojo I	4	2
10.	Singorojo II	4	1
11.	Kaliwungu Selatan	5	2
12.	Kaliwungu	7	3
13.	Brangsong I	3	1
14.	Brangsong II	4	2
15.	Pegandon	8	3
16.	Ngampel	6	2
17.	Gemuh I	5	2
18.	Gemuh II	6	2
19.	Ringinarum	8	3
20.	Weleri I	5	2
21.	Weleri II	3	1
22.	Rowosari I	5	2
23.	Rowosari II	3	1
24.	Cepiring	9	4
25.	Kangkung I	6	3
26.	Kangkung II	5	2
27.	Patebon I	3	1
28.	Patebon II	7	3
29.	Kendal I	5	2
30.	Kendal II	3	1
	Jumlah	178	69

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang dijadikan karakteristik umum subjek penelitian pada populasi target atau populasi aktual sehingga subyek dapat diikuti dalam penelitian, yaitu :

- 1) Mau menjadi responden

2) Status kepegawaian bidan di desa adalah Pegawai Negeri Sipil (PNS) dengan masa kerja minimal 2 (dua) tahun.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang memungkinkan sebagian subjek yang memenuhi kriteria inklusi yang tidak dijadikan responden dalam penelitian oleh karena berbagai sebab, yaitu :

- 1) Bidan yang sedang cuti
- 2) Bidan yang sedang melakukan tugas belajar

6. Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

a. Pengetahuan adalah kemampuan intelektual dan tingkat pemahaman bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk yang meliputi pengertian gizi buruk, jenis dan tanda-tanda kekurangan gizi, arah garis pertumbuhan balita serta tahap-tahap dalam penjarangan dan pelacakan balita gizi buruk.

Cara pengukuran menggunakan kuesioner pengetahuan terdiri dari 18 pertanyaan. Kriteria penilaian adalah dengan pemberian nilai 2 jika benar dan 1 jika salah. Nilai variabel pengetahuan adalah jumlah skor yang diperoleh dari semua pertanyaan yang berhubungan dengan pengetahuan. Semakin besar skor, maka semakin baik pengetahuan bidan di desa.

Skala pengukuran adalah rasio

Skor variabel pengetahuan setelah diuji normalitas dengan uji Kolmogorov-Smirnov memiliki distribusi data tidak normal, yaitu $p = 0,020$ ($p < 0,05$). Penggolongan masing-masing kategori menggunakan prosentase atas jawaban benar terhadap jumlah soal yang ada sehingga penentuan cutoff-point sbb :

Kategori :

1. Baik : $X \geq 51 \%$

2. Kurang : $X < 51$

- b. Motivasi adalah kemauan atau keinginan didalam diri seseorang bidan yang mendorongnya untuk bertindak dalam penjangiran dan melakukan pelacakan pada kasus balita gizi buruk meliputi rasa tanggung jawab sebagai bidan, kemauan untuk bekerja sama, pengembangan diri,serta rasa mengaktualisasikan diri. Variabel ini diukur dengan menggunakan kuesioner motivasi yang terdiri dari 12 pertanyaan atau pernyataan. Skor untuk pernyataan positif yaitu sangat setuju dinilai 4, setuju dinilai 3, tidak setuju dinilai 2 dan sangat tidak setuju dinilai 1. Sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu sangat tidak setuju dinilai 4, setuju nilai 3, tidak setuju nilai 2 dan sangat tidak setuju nilai 1. Nilai variabel motivasi adalah jumlah skor yang diperoleh dari semua pernyataan yang berhubungan dengan motivasi. Semakin besar skor, maka semakin baik motivasi bidan di desa.

Skala pengukuran adalah rasio

Skor variabel motivasi setelah diuji normalitas dengan uji Kolmogorov-Smirnov memiliki distribusi data tidak normal, yaitu $p = 0,040$ ($p < 0,05$), sehingga penggolongan masing-masing kategori menggunakan median (35) sbb :

Kategori :

1. Baik : $X \geq 35$

2. Kurang Baik : $X < 35$

c. Beban kerja adalah berat ringannya suatu pekerjaan yang dirasakan oleh bidan di desa yang dipengaruhi pembagian kerja, ukuran kemampuan kerja yang tersedia, meliputi pelayanan kesehatan ibu hamil, nifas, bayi, balita dan KB, pertolongan persalinan, pemantauan tumbuh kembang balita, penyuluhan dan konseling, penggerakan dan pembinaan masyarakat, pembinaan dukun bayi dan kader, serta pencatatan dan pelaporan. Cara pengukuran menggunakan kuesioner beban kerja terdiri dari 16 pernyataan atau pertanyaan kepada responden. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah skor yang diperoleh masing-masing responden per kelompok variabel penelitian. Semakin besar skor, maka semakin berat beban kerja bidan di desa.

Skala pengukuran : rasio

Skor variabel beban kerja setelah diuji normalitas dengan uji Kolmogorov-Smirnov memiliki distribusi data normal, yaitu dengan $p=0,063$ ($p > 0,05$), sehingga penggolongan masing-masing kategori menggunakan mean (28) sbb :

Kategori :

1. Berat : $X \geq 28$

2. Ringan : $X < 28$

Skala pengukuran adalah rasio

d. Persepsi kepemimpinan adalah persepsi bidan terhadap kepemimpinan kepala puskesmas untuk mempengaruhi bawahannya. Lingkup pertanyaan persepsi kepemimpinan meliputi pengarahan tugas kepada bidan di desa, memberi kebebasan dalam pelayanan, mendorong situasi kerja, memberi kesempatan

berpendapat, mendorong mutu kerja, memberi kesempatan berinovasi dalam bekerja, memberikan kesempatan untuk mengembangkan skill, memberi kesempatan bermusyawarah dalam memutuskan masalah dan memberikan pengarahan secara rutin.

Cara pengukuran menggunakan kuesioner persepsi kepemimpinan terdiri dari 14 pertanyaan atau pernyataan. Skor untuk pernyataan positif yaitu sangat setuju dinilai 4, setuju dinilai 3, tidak setuju dinilai 2 dan sangat tidak setuju dinilai 1. Sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu sangat tidak setuju dinilai 4, tidak setuju nilai 3, setuju nilai 2 dan sangat setuju nilai 1. Nilai variabel persepsi kepemimpinan adalah jumlah skor yang diperoleh dari semua pernyataan yang berhubungan dengan persepsi kepemimpinan. Semakin besar skor, maka semakin baik persepsi kepemimpinan oleh bidan di desa.

Skala pengukuran adalah rasio

Skor variabel persepsi terhadap kepemimpinan setelah diuji normalitas dengan uji Kolmogorov-Smirnov memiliki distribusi data tidak normal $p : 0,023$ ($p < 0,05$), sehingga penggolongan masing-masing kategori menggunakan median (36) sbb :

Kategori :

1. Baik : $X \geq 36$

2. Kurang Baik : $X < 36$

- e. Persepsi terhadap Insentif adalah persepsi bidan terhadap sesuatu yang diberikan pimpinan kepada bawahan/ karyawan sebagai rangsangan untuk lebih meningkatkan kinerjanya, meliputi jenis

insentif, kepuasan terhadap imbalan yang diterima serta imbalan sebagai pendukung kontribusi kerja.

Cara pengukuran menggunakan kuesioner insentif terdiri dari 8 pertanyaan atau pernyataan. Skor untuk pernyataan positif yaitu sangat sesuai dinilai 4, sesuai dinilai 3, tidak sesuai dinilai 2 dan sangat tidak sesuai dinilai 1. Sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu sangat sesuai dinilai 1, sesuai nilai 2, tidak sesuai nilai 3 dan sangat tidak sesuai nilai 4. Nilai variabel imbalan adalah jumlah skor yang diperoleh dari semua pernyataan yang berhubungan dengan insentif. Semakin besar skor, maka semakin baik insentif yang diterima oleh bidan di desa.

Skala pengukuran adalah rasio

Skor variabel persepsi terhadap insentif setelah diuji normalitas dengan uji Kolmogorov-Smirnov memiliki distribusi data normal, yaitu $p = 0,481$ ($p > 0,05$), sehingga penggolongan masing-masing kategori menggunakan mean (21) sbb :

Kategori :

1. Sesuai : $X \geq 21$
2. Kurang sesuai: $X < 21$

- f. Kinerja Bidan adalah hasil yang dicapai atau prestasi yang dicapai karyawan dalam melaksanakan suatu pekerjaan suatu organisasi. Dalam variabel kinerja ini akan dilihat hasil yang dicapai bidan desa dalam penjangangan balita gizi buruk dari segi kuantitas, kualitas, ketepatan waktu, efektifitas biaya, kebutuhan akan supervisi serta pengaruh hubungan personal. Kuantitas meliputi kehadiran bidan desa dalam penimbangan di posyandu, jumlah

balita yang mempunyai KMS. Kualitas meliputi mengidentifikasi hasil penimbangan, memverifikasi hasil penimbangan dengan 2T dan BGM, mengidentifikasi balita dengan BB/ TB < - 3 SD dan atau disertai edema, kelengkapan table BB/ TB-PB dalam penjaringan, evaluasi hasil penimbangan, merujuk kasus gizi buruk, pelacakan serta mengkompilasi data hasil penimbangan. Pada sub variabel ketepatan waktu meliputi ketepatan pelaksanaan posyandu, kehadiran di posyandu, pelaporan adanya kasus gizi buruk, merujuk kasus ke puskesmas atau rumah sakit serta ketepatan dalam pencatatan dan pelaporan. Efektifitas biaya meliputi kecukupan buku KIA, jumlah kader di posyandu, kondisi dari alat timbangan, pengukur tinggi badan dan panjang badan (microtoise/ infartometer) serta dukungan dana operasional posyandu. Kebutuhan akan supervisi meliputi kebutuhan bidan desa dalam bimbingan dan evaluasi dari TPG Puskesmas, bidan koordinator dan kepala puskesmas. Sedangkan pengaruh hubungan personal meliputi penemuan gizi buruk bidan desa melapor pada TPG Puskesmas, kepala desa, koordinasi dengan PKK dan adanya kerjasama dengan kader. Cara pengukuran menggunakan observasi kinerja yang terdiri dari 36 pernyataan, akan melihat kinerja responden berdasarkan prosentase melaksanakan aktifitas penjaringan balita gizi buruk. Skor 1 apabila tidak pernah, kadang-kadang dengan skor 2 dan selalu dengan skor 3. Kemungkinan jumlah skor tertinggi 108 dan skor terendah 36. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah skor yang diperoleh masing -

masing responden per kelompok variabel penelitian. Semakin besar skor, maka semakin baik kinerja bidan di desa.

Skala pengukuran adalah rasio

Skor variabel kinerja setelah diuji normalitas dengan uji Kolmogorov-Smirnov memiliki distribusi data normal, yaitu dengan $p = 0,713$ ($p > 0,05$), sehingga penggolongan masing-masing kategori menggunakan mean (72) sbb :

Kategori :

1. Baik : $X \geq 72$
2. Kurang Baik : $X < 72$

7. Instrumen Penelitian

a. Instrumen Penelitian

Sebagai alat untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini digunakan jenis instrument yang terdiri dari :

- 1) Daftar isian karakteristik demografi bidan
- 2) Kuesioner daftar pertanyaan atau pernyataan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan bidan dalam penjarangan balita gizi buruk

b. Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum melaksanakan penelitian dilakukan uji validitas dan reabilitas kuesioner melalui uji coba kuesioner. Validitas adalah keadaan yang menggambarkan tingkat instrument yang bersangkutan mampu mengukur apa yang akan diukur, sedangkan reliabilitas adalah instrument yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur subyek yang sama akan menghasilkan data yang sama.⁴²

Analisis dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu, baru diikuti uji reliabilitas dengan menggunakan bantuan komputer. Uji coba kuesioner dilakukan terhadap 20 tenaga bidan di desa di Kabupaten Kendal. Uji validitas menggunakan validitas isi yaitu dengan melihat apakah alat ukur telah memuat pertanyaan atau pernyataan yang relevan dengan materi yang akan diteliti. Pengujian validitas dengan mengukur korelasi tiap item (skor faktor) dengan skor total. Kriteria yang digunakan untuk validitas adalah nilai $p \leq 0,05$ maka dinyatakan valid, sedangkan untuk reliabilitas dinyatakan dengan reliabil bila $\alpha \geq 0,60$ ⁴²

Adapun hasil uji validitas dan reliabilitas masing-masing variabel adalah sebagai berikut :

1) Uji Validitas dan reliabilitas variabel pengetahuan

Dari 20 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan *pearson product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan pengetahuan yang terbukti valid yaitu sebanyak 18 item pertanyaan. 2 (dua) pertanyaan yang tidak valid selanjutnya dihilangkan dari daftar pertanyaan.

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan pengetahuan dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.887 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur pengetahuan sudah sangat reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

2) Uji validitas dan reliabilitas variabel motivasi

Dari 13 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan *pearson product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan motivasi yang terbukti valid yaitu sebanyak 12 item pertanyaan. 1 (satu) pertanyaan yang tidak valid selanjutnya dihilangkan dari daftar pertanyaan

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan motivasi dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.908 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur motivasi sudah sangat reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

3) Uji validitas dan reliabilitas variabel beban kerja

Untuk variabel beban kerja terdiri dari 10 pertanyaan terbuka dan 18 pertanyaan tertutup, sehingga yang dapat dilakukan uji validitas dan reliabilitas hanya 18 pertanyaan tertutup.

Dari 18 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan *pearson product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan beban kerja yang terbukti valid yaitu sebanyak 18 item pertanyaan

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan beban kerja dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.952 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur beban kerja sudah sangat reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

4) Uji validitas dan reliabilitas variabel persepsi terhadap kepemimpinan

Dari 15 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan *pearson product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan persepsi terhadap kepemimpinan yang terbukti valid yaitu sebanyak 14 item pertanyaan. 1 (satu) pertanyaan yang tidak valid selanjutnya dihilangkan dari daftar pertanyaan.

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan persepsi terhadap kepemimpinan dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.948 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur persepsi terhadap kepemimpinan sudah sangat reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

5) Uji validitas dan reliabilitas variabel persepsi terhadap insentif

Dari 9 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan *pearson product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan persepsi terhadap insentif yang terbukti valid yaitu sebanyak 8 item pertanyaan. 1 (satu) pertanyaan yang tidak valid selanjutnya dihilangkan dari daftar pertanyaan.

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan persepsi terhadap insentif dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.878 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian

yang digunakan untuk mengukur persepsi terhadap insentif sudah sangat reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

6) Uji validitas dan reliabilitas variabel kinerja :

a) Kuantitas

Dari 3 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan pearson *product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan kinerja (kuantitas) yang terbukti valid yaitu sebanyak 3 item pertanyaan

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan kinerja (kuantitas) dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.737 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur kinerja (kuantitas) sudah sangat reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

b) Kualitas

Dari 9 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan pearson *product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan kinerja (kualitas) yang terbukti valid yaitu sebanyak 9 item pertanyaan

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan kinerja (kualitas) dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.943 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur kinerja

(kualitas) sudah sangat reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

c) Ketepatan Waktu

Dari 6 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan *pearson product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan kinerja (ketepatan waktu) yang terbukti valid yaitu sebanyak 6 item pertanyaan

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan kinerja (ketepatan waktu) dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.907 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur kinerja (ketepatan waktu) sudah sangat reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

d) Efektivitas Biaya

Dari 8 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan *pearson product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan kinerja (efektivitas biaya) yang terbukti valid yaitu sebanyak 8 item pertanyaan

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan kinerja (efektivitas biaya) dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.903 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian yang digunakan untuk

mengukur kinerja (efektivitas biaya) sudah sangat reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

e) Kebutuhan akan Supervisi

Dari 6 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan *pearson product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan kinerja (kebutuhan akan supervisi) yang terbukti valid yaitu sebanyak 6 item pertanyaan

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan kinerja (kebutuhan akan supervisi) dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.791 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur kinerja (kebutuhan akan supervisi) sudah reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

f) Pengaruh Hubungan Personal

Dari 4 pertanyaan yang diajukan dalam uji validitas, setelah dilakukan uji validitas dengan menggunakan *pearson product moment test* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ diperoleh jumlah item pertanyaan kinerja (pengaruh hubungan personal) yang terbukti valid yaitu sebanyak 3 item pertanyaan

Hasil uji reliabilitas untuk pertanyaan kinerja (pengaruh hubungan personal) dengan menggunakan uji *cronbach alpha* diperoleh nilai alpha sebesar 0.675 ($\alpha > 0.6$) yang berarti instrumen penelitian yang digunakan

untuk mengukur kinerja (pengaruh hubungan personal) sudah reliabilitas dan bisa dipakai untuk penelitian.

8. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

a. Teknik Pengolahan Data

- 1) *Cleaning*, yaitu data yang telah diperoleh dikumpulkan untuk dilakukan pembersihan data yaitu mengecek data yang benar saja yang diambil sehingga tidak terdapat data yang meragukan atau salah.
- 2) *Editing*, yaitu memeriksa hasil kuesioner yang telah dilaksanakan untuk mengetahui kesesuaian jawaban responden
- 3) *Coding*, yaitu pemberian tanda atau kode untuk memudahkan analisa
- 4) *Tabulating*, menyusun dan menghitung data hasil pengkodean untuk disajikan dalam tabel
- 5) *Entry*, yaitu data yang sudah selesai dimasukkan kedalam komputer untuk dilakukan pengolahan lebih lanjut.

b. Analisa Data

1) Analisa *Univariat*

Analisis *Univariat* dilakukan terhadap semua variabel penelitian. Analisis ini menghasilkan distribusi dan persentase dari masing-masing variabel. Untuk mendeskripsikan semua variabel penelitian, baik variabel bebas maupun variabel terikat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi.

2) Analisis Bivariat ⁴²

- a) yaitu mendeskripsikan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.
- b) Untuk mengetahui apakah ada korelasi yang bermakna antara variabel bebas dan variabel terikat menggunakan uji korelasi *Korelasi Pearson Product Moment* (apabila data berdistribusi normal) atau menggunakan uji *Korelasi Rank Spearman* (apabila data tidak berdistribusi normal)
- c) Batasan nilai koefisien korelasi yang diperoleh untuk menentukan besarnya derajat keeratan hubungan adalah sebagai berikut :

0.00 - 0.199 : sangat lemah

0.20 - 0.399 : lemah

0.40 - 0.599 : sedang

0.60 - 0.799 : kuat

0.80 - 1.000 : sangat kuat

c. *Analisa Multivariat*

Untuk mengetahui apakah ada korelasi secara bersama-sama antara variabel bebas dengan variabel terikat menggunakan uji *Regresi Linier Ganda*.⁴²

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Kabupaten Kendal

Kabupaten Kendal adalah sebuah kabupaten di Provinsi Jawa Tengah terletak pada 109°40' - 110°18' Bujur Timur dan 6°32' - 7°24' Lintang Selatan. Kabupaten ini berbatasan dengan Laut Jawa di utara, Kota Semarang dan Kabupaten Semarang di sebelah timur, Kabupaten Temanggung di sebelah selatan, serta Kabupaten Batang di sebelah barat. Kabupaten Kendal terdiri atas 20 kecamatan, yang dibagi lagi atas sejumlah 265 desa dan 20 kelurahan. Sarana pelayanan kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Kendal sbb :

1. Sarana Pelayanan Kesehatan

Sarana kesehatan di Kabupaten Kendal pada tahun 2010 terdiri dari 30 puskesmas, 9 puskesmas rawat inap, 21 puskesmas non rawat inap, 1 rumah sakit pemerintah, 1 rumah sakit swasta. Sarana pelayanan kesehatan tersebut tersebar di 20 kecamatan.

2. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan di Kabupaten Kendal tahun 2010 yang tersebar di seluruh puskesmas, dinas kesehatan dan rumah sakit yaitu terdiri dari dokter umum sebanyak 64 orang, dokter gigi 16 orang, bidan 418 orang, perawat 485 orang, dan tenaga pelaksana gizi 33 orang.

B. Gambaran Khusus Kabupaten Kendal

1. Umur Responden

Distribusi responden berdasarkan umur dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kelompok Umur

No	Umur	Frekuensi	%
1.	21 – 30 tahun	4	5,8
2.	31 – 40 tahun	54	78,3
3.	≥ 41 tahun	11	15,9
	Jumlah	69	100

Usia responden termuda yaitu 25 tahun dan tertua yaitu 48 tahun, sedangkan rata-rata umur responden yaitu 36,8 tahun dengan standar deviasi 3,940. 78,3 % responden berusia antara 31 – 40 tahun, sehingga sebagian besar bidan tergolong kelompok produktif dan termasuk kelompok angkatan kerja dalam periode pengembangan potensi diri.²⁹

2. Pendidikan

Distribusi responden berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

No	Pendidikan	Frekuensi	%
1.	D I	21	30,4
2.	D III	48	69,6
	Jumlah	69	100

Tabel 4.2. menunjukkan bahwa 69,6 % responden berpendidikan D III, sehingga memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktik kebidanan baik untuk institusi pelayanan maupun praktik perorangan.²⁵

3. Masa Kerja

Distribusi responden berdasarkan masa kerja dapat dilihat pada

Tabel 4.3.

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Masa Kerja

No	Masa Kerja	Frekuensi	%
1.	≤ 10 tahun	8	11,6
2.	> 10 tahun	61	88,4
	Jumlah	69	100

Skor rerata masa kerja responden 14,2 tahun, dengan masa kerja terendah 5 tahun dan masa kerja tertinggi 19 tahun serta standar deviasi 3,548. Tabel 4.3 menunjukkan bahwa persentase terbesar (88,4 %) responden memiliki masa kerja lebih dari 10 tahun sebanyak 61 orang (88,4 %). Masa kerja yang dimaksud adalah masa kerja responden yang dihitung berdasarkan Surat Keputusan Pegawai Negeri Sipil (SK PNS). Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar bidan telah cukup lama menjalankan profesinya sebagai bidan desa. Semakin lama seseorang bekerja semakin banyak kasus yang ditanganinya sehingga semakin meningkat pengalamannya, sebaliknya semakin singkat orang bekerja maka semakin sedikit kasus yang ditanganinya. Pengalaman bekerja banyak memberikan keahlian dan ketrampilan kerja.²⁶

4. Domisili di Wilayah Kerja

Distribusi responden berdasarkan domisili di wilayah kerja di desa tempat bertugas dapat dilihat pada Tabel 4.4.

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Domisili Bidan di wilayah kerja di Desa

No	Domisili di wilayah kerja	Frekuensi	%
1.	Domisili di wilayah kerja	63	91,3
2.	Tidak domisili di wilayah kerja	6	8,7
	Jumlah	69	100

Tabel 4.4. menunjukkan 91,3 % responden tinggal menetap di wilayah kerja tempat bertugas. Domisili di wilayah kerja bidan desa bertugas akan memudahkan dalam berkoordinasi dalam penjarangan balita gizi buruk di wilayahnya.

5. Pelatihan tentang Gizi Buruk

Distribusi responden berdasarkan pelatihan tentang gizi buruk dapat dilihat dalam Tabel 4.5.

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pelatihan Tentang Gizi Buruk

No	Pelatihan	Frekuensi	%
1.	Pernah	2	2,9
2.	Belum Pernah	67	97,1
	Jumlah	69	100

Tabel 4.5. menunjukkan bahwa hanya 2 responden (2,9 %) yang pernah mendapatkan pelatihan yang berkaitan dengan gizi buruk yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Hal ini akan berdampak pada pekerjaan yang dilakukan,

karena pelatihan bersifat spesifik, praktis dan segera. Spesifik berarti pelatihan berhubungan dengan bidang pekerjaan yang dilakukan. Praktis dan segera berarti sudah dilatihkan dan dapat dipraktikkan. Hal ini dilaksanakan untuk memberi ketrampilan dan pengetahuan baru maupun untuk pelatihan penyegaran.^{1,42} Selama ini pelatihan yang diperoleh responden berkaitan dengan Kesehatan Ibu dan Anak.

C. Analisis Univariat Variabel Penelitian

1. Pengetahuan

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai nilai prosentase dari jumlah jawaban benar terhadap jumlah pertanyaan 51 %. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori pengetahuan tentang gizi buruk dalam penjarangan balita gizi buruk dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Pengetahuan tentang Gizi Buruk

No	Pengetahuan	n	Persentase (%)
1.	Baik ($\geq 51\%$)	27	39,1
2.	Kurang ($< 51\%$)	42	60,9
	Jumlah	69	100

Pada Tabel 4.6 terlihat bahwa 60,9 % responden memiliki tingkat pengetahuan tentang gizi buruk yang kurang. Hal ini menunjukkan masih diperlukan upaya peningkatan pengetahuan para bidan desa tentang gizi buruk dalam penjarangan balita gizi buruk. Hasil pengetahuan responden dengan kategori kurang tersebut didukung dengan data yang menunjukkan bahwa dari 69 responden yang menjadi objek penelitian hanya 2,9 % (2 responden) yang sudah pernah mendapatkan pelatihan tentang gizi buruk (Tabel 4.5.) yaitu

pelatihan MP ASI dan PMT. Pelatihan dilakukan terutama untuk memperbaiki efektifitas pegawai dalam mencapai hasil kerja yang telah ditetapkan, serta dengan maksud memperbaiki penguasaan ketrampilan dan teknik-teknik pelaksanaan pekerjaan tertentu.²¹

Tabel 4.7 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai Pengetahuan tentang Gizi Buruk.

Tabel 4.7. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Pengetahuan tentang Gizi Buruk

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
1	Apakah seorang anak yang BB saat ini lebih berat dari BB bulan yang lalu <u>selalu</u> berarti bahwa anak itu sehat ? a. Ya b. Tidak c. Belum tentu	40	58	29	42
2	Terdapat 5 arah garis pertumbuhan yang dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu : a. Kelompok N yang berarti naik sesuai b. Kelompok T yang berarti turun, tetap atau naik tidak sesuai c. Kelompok T yang berarti turun atau tetap	37	53,6	32	46,4
3	Gizi buruk adalah keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan dalam jangka waktu yang cukup lama karena rendahnya konsumsi makanan khususnya yang mengandung : a. Energi b. Protein c. Energi dan protein	33	47,8	36	52,2
4	Penyebab langsung kurang gizi pada balita karena : a. Makan tidak seimbang b. Adanya penyakit infeksi c. Makan tidak seimbang dan penyakit infeksi	35	50,7	34	49,3

Lanjutan Tabel 4.7.

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
5	Pengawasan atau kecurigaan terhadap penderita gizi buruk harus dilakukan pada anak dengan : a. Garis pertumbuhan T (T3, T2, T1) b. Garis pertumbuhan N (N1, N2) c. Pendek	36	52,2	33	47,8
6	Pada Gizi Buruk pada umumnya juga ditandai dengan gambaran klinis yaitu : a. Marasmus b. Kwarshiorkor c. Marasmus, Kwarshiorkor atau Marasmik Kwarshiorkor	32	46,4	37	53,6
7	Dibawah ini merupakan ciri-ciri penderita gizi buruk dengan tanda klinis marasmus, kecuali a. wajah terlihat seperti orang tua : pipi kempot, tulang pipi dan tulang hidung terlihat lebih menonjol, mata cekung b. dilihat dari belakang terlihat tulang belakang lebih menonjol dan kulit di pantat berkeriput (<i>baggy pant</i>) c. edem, rambut kemerahan dan mudah dicabut	33	47,8	36	52,2
8	Secara klinis penderita gizi buruk ditandai dengan : a. Penderita terlihat sangat kurus dan atau ditemukan edema b. BB/ PB atau BB/ TB > -3 SD c. Garis pertumbuhan sesuai dengan arah garis pertumbuhan dalam KMS	30	43,5	39	56,5
9	Dari hasil penimbangan/ antropometri dari BB/U maupun BB/ TB, status gizi balita dinyatakan gizi baik/ normal apabila dibandingkan dengan indeks : a. Jika skor Z terletak > + 2 SD b. Jika skor Z terletak < -3 SD c. Jika skor Z terletak dari -2 SD s/d + 2 SD	28	40,6	41	59,4
10	Dalam menilai pertumbuhan anak menggunakan KMS, yang dinilai adalah : a. Letak BB dalam KMS b. Arah pertumbuhan dalam KMS c. Tempat garis pertumbuhan dalam KMS	32	46,4	37	53,6

Lanjutan Tabel 4.7.

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
11	Jika BB saat ini lebih berat di banding BB bulan yang lalu, tetapi peningkatan BB tidak sesuai sehingga arah garis dalam KMS kurang dari seharusnya, maka arah garis pertumbuhannya adalah : a. T1 (Tumbuh kurang sesuai) b. T2 (Tumbuh datar) c. T3 (Turun)	32	46,4	37	53,6
12	Jika garis pertumbuhan anak melebihi arah garis normal dalam KMS, maka arah garis pertumbuhan anak adalah : a. N1 (Tumbuh kejar) b. N2 (Tumbuh normal) c. N (Naik)	31	44,9	38	55,1
13	Seorang anak D usia 13 bulan dengan BB 8,8 kg dan 1 bulan kemudian ditimbang kembali dengan BB sama. Bagaimanakah pertumbuhan D ? a. T1 (tumbuh kurang) b. T2 (tumbuh datar) c. T3 (turun)	32	46,4	37	53,6
14	MP ASI atau PMT pemulihan pada bayi maupun balita dengan status BGM atau 2T, diberikan minimal selama : a.30 hari b.60 hari c.90 hari	32	46,4	37	53,6
15	Penjaringan kasus gizi buruk dapat ditemukan lewat : a. Penimbangan rutin lewat Posyandu, PKD,Puskesmas b. Hanya dapat dilakukan lewat penimbangan rutin Posyandu c. Lewat operasi timbang	30	43,5	39	56,5
16	Upaya penjaringan masalah gizi melalui pemantauan pertumbuhan balita di posyandu, apa yang menjadi fokus perhatian anda dari hasil penimbangan (S,K,D,N) ? a. D/S, N/D, K/S, BGM/D, 2T/D b. D/N, S/D c. S/K, D/BGM	30	43,5	39	56,5

Lanjutan 4.7.

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
17	Seorang bayi A usis 8 bulan ditimbang di Posyandu, BB saat itu 8 kg. Satu bulan kemudian BB menjadi 8,5 kg. Bagaimana pertumbuhan bayi A ? a. N1 (tumbuh kejar) b. N2 (tumbuh normal) c. T1 (tumbuh kurang)	31	44,9	38	55,1
18	Pelacakan pada balita gizi buruk sebaiknya dilakukan : a. Sebelum terjadi penjarangan b. Setelah terjadi penjarangan atau didapatkan kasus c. Sebelum dan atau setelah terjadinya penjarangan	30	43,5	39	56,5

Tabel 4.7 menggambarkan responden belum paham tanda-tanda klinis gizi buruk, penggunaan tabel *WHO-2005* sebagai rujukan hasil penimbangan, menentukan arah garis pertumbuhan balita melalui KMS. Responden juga belum paham kapan pelacakan gizi buruk dapat dilakukan, penentuan cakupan hasil penimbangan balita melalui posyandu di wilayah responden, serta penyebab langsung kurang gizi pada balita. Hal ini didukung adanya kesempatan responden untuk mendapatkan pelatihan tentang gizi buruk kurang (Tabel 4.5). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Listyowati (2008) di Kabupaten Demak, yaitu tingkat pengetahuan bidan desa kurang baik (58,2 %).¹⁵

Hal tersebut menunjukkan masih diperlukan upaya meningkatkan pengetahuan bidan tentang gizi buruk melalui pelatihan. Pelatihan tentang gizi buruk merupakan pendidikan non formal, dan merupakan salah satu cara yang dapat diberikan kepada bidan di desa untuk meningkatkan pengetahuan tentang gizi buruk. Pelatihan

dilakukan terutama untuk memperbaiki efektifitas pegawai dalam mencapai hasil kerja yang telah ditetapkan, serta dengan maksud memperbaiki penguasaan ketrampilan dan teknik-teknik pelaksanaan pekerjaan tertentu.²¹

2. Motivasi

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai median skor motivasi sebesar 35 dengan standar deviasi 10,6. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori motivasi bidan dalam penjarangan balita gizi buruk dapat dilihat pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Motivasi

No	Motivasi	n	Persentase (%)
1.	Baik (≥ 35)	40	58
2.	Kurang (< 35)	29	42
	Jumlah	69	100

Tabel 4.8. menunjukkan 58 % responden dengan motivasi yang baik. Menurut Muchlas M, ada dua faktor yang mempengaruhi motivasi, yaitu faktor intrinsik adalah faktor yang mendorong karyawan berprestasi yang berasal dari dalam diri seseorang, diantaranya prestasi, pekerjaan kreatif yang menantang. Sedangkan faktor ekstrinsik yaitu faktor yang berasal dari luar yang dipandang meningkatkan prestasi seseorang, diantaranya kebijakan, kondisi kerja, status pekerjaan, kehidupan pribadi dan penggajian.²⁶

Tabel 4.9 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai motivasi.

Tabel 4.9. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Motivasi

No	Pernyataan	Jawaban			
		Setuju		Tidak Setuju	
		n	%	n	%
1	Bidan di desa bertanggung jawab dalam penjarangan balita gizi buruk, dan bertugas sesuai SOP yang ada	46	66,7	23	33,3
2	Tugas bidan di desa membutuhkan pengorbanan dalam penjarangan balita gizi buruk	45	65,2	24	34,8
3	Penjarangan balita gizi buruk dan pelacakan merupakan pekerjaan rutinitas bagi bidan di desa	37	53,6	32	46,4
4	Teknik penemuan kasus balita gizi buruk lewat penjarangan dan pelacakan perlu diajarkan pada bidan desa yang lain	42	60,9	27	39,1
5	Tugas pelayanan pemantauan pertumbuhan balita melalui penimbangan di posyandu merupakan tugas sosial yang harus dilakukan bidan di desa	38	55,1	31	44,9
6	Kehidupan pribadi akan mempengaruhi tugas seorang bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk	44	63,8	22	36,2
7	Tugas penjarangan gizi buruk yang diberikan selama ini tidak menantang untuk pengembangan diri sebagai bidan	31	44,9	38	55,1
8	Bidan di desa bekerja sama dengan sesama bidan maupun tenaga kesehatan lain dalam melaksanakan penjarangan dan pelacakan gizi buruk	47	68,1	22	31,9
9	Bidan di desa mampu menyelesaikan tugas secara sendirian dalam penjarangan dan pelacakan gizi buruk	26	37,7	43	62,3
10	Bidan di desa akan menyelesaikan tugas sesuai dengan program kerja dalam penjarangan dan pelacakan gizi buruk	47	68,1	22	31,9
11	Dengan adanya pelatihan manajemen gizi buruk dapat meningkatkan kinerja bidan di desa dalam penjarangan gizi buruk	46	66,7	23	33,3
12	Prestasi kerja bidan di desa dalam penjarangan dan pelacakan gizi buruk tidak sesuai yang diharapkan	25	36,2	44	63,8

Tabel 4.9 menunjukkan hasil jawaban responden terhadap pengukuran motivasi. Responden merasa membutuhkan pengorbanan dalam penjarangan balita gizi buruk, tugas penjarangan bukan merupakan tugas sosial bidan desa. Informasi lain yang diperoleh adalah responden merasa bahwa prestasi kerja bidan desa tidak sesuai yang diharapkan. Informasi yang kami peroleh di lapangan bahwa bidan yang bertugas di desa kurang mendapat rangsangan motivasi berupa non finansial seperti pelatihan-pelatihan bagi bidan didesa, dan kesempatan tersebut lebih banyak diberikan pada bidan yang bertugas di puskesmas. Sebagian responden juga menyatakan bahwa pelacakan bukan merupakan pekerjaan rutinitas bagi bidan di desa, karena responden merasa bahwa penjarangan balita gizi buruk lebih tepat dilaksanakan oleh petugas gizi. Responden juga berpendapat bahwa tugas penjarangan gizi buruk selama ini tidak menantang untuk pengembangan diri sebagai bidan. Mereka merasa lebih tertantang melaksanakan tugas pelayanan kesehatan ibu dan bayi dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi (AKI-AKB). Penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Darsiwan (2003) di Kabupaten Magelang, yaitu motivasi kerja bidan desa dalam kategori baik (78 %).¹²

3. Beban Kerja

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai mean skor beban kerja sebesar 28. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan beban kerja sebagai bidan di desa dapat dilihat pada Tabel 4.10.

Tabel 4.10. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Beban Kerja

No	Beban Kerja	n	Persentase (%)
1.	Berat (≥ 28)	36	52,2 %
3.	Ringan (< 28)	33	47,8 %
	Jumlah	69	100

Tabel 4.10 menggambarkan beban kerja responden dengan kategori berat. Apabila melihat kondisi di lapangan, semua program kerja puskesmas, ujung tombak pelaksana di desa adalah bidan desa. Hal tersebut dimungkinkan karena dalam satu desa hanya ada satu petugas kesehatan, sehingga semua tumpuan program kesehatan di desa pada bidan desa.

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.³⁶ Beban kerja yang cukup banyak untuk bidan desa membawa akibat yang tidak diinginkan oleh jajaran kesehatan terutama yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Tabel 4.11 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai beban kerja.

Tabel 4.11. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Beban Kerja

No	Pertanyaan	A (Berat)		B (Sedang)		C (Ringan)	
		n	%	n	%	n	%
1.	Berapa jumlah posyandu yang menjadi binaan anda : a. > 6 posyandu (Berat) b. 4 – 6 posyandu (Sedang) c. < 4 posyandu (Ringan)	16	23,2	38	55,1	15	21,7

Lanjutan Tabel 4.12

No	Pertanyaan	A (Berat)		B (Sedang)		C (Ringan)	
		n	%	n	%	n	%
2.	Berapa rata-rata jumlah balita yang hadir di pelayanan posyandu di wilayah kerja anda ? a. > 120 balita (Berat) b. 60 – 120 balita (Sedang) c. < 60 balita (Ringan)	32	46,4	21	30,4	16	23,2
3.	Berapa rata-rata kunjungan ibu hamil untuk pelayanan ANC dalam sebulan ? a. > 30 ibu hamil (Berat) b. 16 – 30 ibu hamil (Sedang) c. < 16 ibu hamil (Ringan)	6	8,7	23	33,3	40	58
4.	Dalam sebulan, berapa kali anda membantu persalinan (rata-rata) ? a. > 6 kali (Berat) b. 4 – 6 kali (Sedang) c. < 4 kali (Ringan)	7	10,1	27	39,1	35	50,7
5.	Dalam sebulan berapa rata-rata jumlah ibu nifas yang anda kunjungi? a. > 6 ibu nifas (Berat) b. 4 – 6 ibu nifas (Sedang) c. < 4 ibu nifas (Ringan)	9	13	25	36,2	35	50,7
6.	Dalam sebulan berapa rata-rata jumlah bayi yang anda kunjungi dalam kunjungan neonatus ? a. > 6 bayi (Berat) b. 4 – 6 bayi (Sedang) c. < 4 bayi (Ringan)	10	14,5	26	37,7	33	47,8
7.	Berapa rata-rata jumlah pelayanan imunisasi dasar balita setiap bulan ? a. > 26 balita (Berat) b. 14 – 26 balita (Sedang) c. < 14 balita (Ringan)	7	10,1	30	43,5	32	46,4
8.	Berapa rata-rata jumlah pelayanan imunisasi ibu hamil setiap bulan ? a. > 14 ibu hamil (Berat) b. 8 – 14 ibu hamil (sedang) c. < 8 ibu hamil (Ringan)	7	10,1	15	21,7	47	68,1
9.	Berapa rata-rata pelayanan KB sebulan ? a. > 50 PUS (Berat) b. 26 – 50 PUS (Sedang) c. < 26 PUS (Ringan)	28	40,6	18	26,1	23	33,3
10	Dalam setiap bulan, berapa kali anda ke puskesmas untuk berkoordinasi atau rapat untuk merencanakan dan mengevaluasi kegiatan di wilayah anda ? a. > 6 kali (Berat) b. 4 – 6 kali (Sedang) c. < 4 kali (Ringan)	17	24,6	33	47,8	19	27,5

Lanjutan Tabel 4. 11.

No	Pernyataan	Ya		Tidak	
		n	%	n	%
11.	Sebagai bidan desa, saya mengelola PKD	57	82,6	12	17,4
12.	Saya melaksanakan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang telah saya berikan	64	92,8	5	7,2
13.	Tiga bulan sekali saya melakukan pembinaan pada dukun bayi yang ada di wilayah saya	48	69,6	21	30,4
14.	Setiap bulan saya melakukan pembinaan pada kader yang ada di wilayah saya	67	97,1	2	2,9
15.	Bersama Kepala desa, PKK, kader dan dukun bayi berkoordinasi tentang kegiatan rutin yang dilaksanakan di desa	67	97,1	2	2,9
16.	Saya melaksanakan tugas tambahan yang berkaitan dengan administrasi keuangan	51	75,4	18	24,6

Tabel 4.11 menunjukkan hasil penelitian bahwa responden selain melaksanakan kewajibannya sebagai tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan ibu dan anak, responden juga melaksanakan kewajiban tugas-tugas lain seperti memberikan pelayanan imunisasi dasar balita, melakukan pemantauan tumbuh kembang balita, melakukan pencatatan dan pelaporan, melakukan pembinaan kader, berkoordinasi dengan kepala desa dan PKK serta melaksanakan tugas tambahan yang berkaitan dengan administrasi keuangan. Penelitian lain oleh Setiawan (2007) di Kabupaten Tasikmalaya, menyatakan beban kerja bidan di desa dalam kategori sedang (42,4 %).¹⁴

Dari hasil penelitian, selain melaksanakan kewajiban sebagai seorang bidan yaitu memberikan pelayanan KIA tapi bidan di desa juga harus

melaksanakan tugas yang bersifat integrasi/ tambahan yang harus dilaksanakan di wilayah desa.

4. Persepsi Terhadap Kepemimpinan

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai median skor persepsi terhadap kepemimpinan sebesar 36 dan standar deviasi sebesar 9,1. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori persepsi terhadap kepemimpinan dapat dilihat pada Tabel 4.12.

Tabel 4.12. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Persepsi terhadap Kepemimpinan

No	Persepsi Terhadap Kepemimpinan	n	Persentase (%)
1.	Baik (≥ 36)	38	55,1
2.	Kurang (< 36)	31	44,9
	Jumlah	69	100

Hal ini seperti diungkapkan oleh Reksodiprodjo (1996), bahwa perbedaan gaya kepemimpinan dalam organisasi akan mempunyai pengaruh yang berbeda pula pada partisipasi individu dan perilaku kelompok.³³

Tabel 4.13 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai Persepsi Terhadap Kepemimpinan.

Tabel 4.13. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan

No	Pernyataan	Jawaban			
		Sesuai		Tidak Sesuai	
		n	%	n	%
1	Kepala Puskesmas mengarahkan untuk melakukan penjangkauan dan pelacakan gizi buruk sesuai prosedur	44	63,8	25	36,2

Lanjutan Tabel 4.13.

No	Pernyataan	Jawaban			
		Sesuai		Tidak Sesuai	
		n	%	n	%
2	Kepala puskesmas memberikan pengarahannya secara rutin dalam mendukung kegiatan penjangkauan dan pelacakan balita gizi buruk	25	36,2	44	63,8
3	Kepala Puskesmas mengecek dokumentasi penjangkauan kasus balita gizi buruk	37	53,6	32	46,4
4	Pertemuan evaluasi rutin oleh kepala puskesmas dalam penjangkauan dan pelacakan gizi buruk	40	58	29	42
5	Kepala puskesmas memberikan pengarahannya tugas-tugas yang harus dilakukan bidan desa	34	49,3	35	50,7
6	Kepala Puskesmas membatasi kebebasan dalam penemuan kasus balita gizi buruk melalui penjangkauan dan pelacakan	32	46,4	37	53,6
7	Kepala puskesmas mendorong situasi kerja dalam penyelesaian pekerjaan penjangkauan dan pelacakan gizi buruk	33	47,8	36	52,2
8	Kepala puskesmas menciptakan semangat dalam penyelesaian pekerjaan penjangkauan dan pelacakan gizi buruk	31	44,9	38	55,1
9	Kepala puskesmas memberikan kebebasan untuk berkoordinasi dengan Kepala Desa dalam penjangkauan dan pelacakan balita gizi buruk	35	50,7	34	49,3
10	Kepala puskesmas memberikan kebebasan untuk berkoordinasi dengan Ketua PKK dalam penjangkauan dan pelacakan balita gizi buruk	38	55,1	31	44,9
11	Kepala Puskesmas memberikan dorongan untuk meningkatkan mutu kerja dalam pelayanan termasuk dalam penemuan kasus balita gizi buruk melalui penjangkauan dan pelacakan balita gizi buruk	39	56,5	30	43,5
12	Kepala Puskesmas memberikan keleluasaan untuk berinovasi dalam penjangkauan dan pelacakan balita gizi buruk	42	60,9	27	39,1
13	Kepala Puskesmas menganggap apa yang dikerjakan bidan desa merupakan pekerjaan rutin	32	46,4	37	53,6
14	Kepala Puskesmas membatasi gerak bidan desa dalam melakukan sweeping pada balita yang tidak hadir dalam posyandu dan lebih memberikan tugas tersebut pada kader.	25	36,2	44	63,8

Tabel 4.13 menunjukkan bahwa responden merasa kepala puskesmas sudah mengarahkan dalam penjangkauan dan pelacakan balita gizi buruk sesuai prosedur, namun pengarahannya tersebut belum

dilakukan secara rutin. Responden juga merasakan bahwa kepala puskesmas memberikan keleluasaan untuk berinovasi dalam penjarangan balita gizi buruk, tetapi responden merasa dibatasi dalam melakukan sweeping pada balita yang tidak hadir di posyandu dan memberikan tugas tersebut pada kader. Dalam penelitian Darsiwan (2003), persepsi bidan desa terhadap gaya kepemimpinan kepala puskesmas di Kabupaten Magelang dalam kategori sedang (86 %),¹²

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi responden terhadap kepemimpinan sudah baik, namun demikian responden masih berharap pengarahan kepala puskesmas secara rutin, hal ini diperlukan oleh responden sebagai salah satu bentuk perhatian pimpinan pada bawahan untuk mencapai hasil yang maksimal dalam penjarangan balita gizi buruk.

5. Persepsi Terhadap Insentif

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai mean skor persepsi terhadap insentif sebesar 21. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori persepsi terhadap insentif dalam penjarangan balita gizi buruk dapat dilihat pada Tabel 4.14.

Tabel 4.14. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Persepsi terhadap Insentif

No	Persepsi Terhadap Insentif	n	Persentase (%)
1.	Baik (≥ 21)	39	56,5
2.	Kurang (< 21)	30	43,5
	Jumlah	69	100

Hasil penelitian menunjukkan persepsi responden terhadap insentif sudah baik (56,5 %). Tabel 4.15 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai persepsi terhadap insentif.

Tabel 4.15. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Persepsi Terhadap Insentif Kegiatan Penjaringan Balita Gizi Buruk di Kabupaten Kendal tahun 2010, dengan jumlah n = 69

No	Pernyataan	Jawaban			
		Setuju		Tidak Setuju	
		n	%	n	%
1	Imbalan yang diperoleh selama ini berupa uang transport serta tunjangan lain yang bersifat insentif	42	60,9	27	39,1
2	Saya merasa puas atas pemberian semua imbalan tersebut	37	53,6	32	46,4
3	Pemberian uang terutama insentif (tunjangan lain-lain) dilakukan secara terbuka	32	46,4	37	53,6
4	Insentif yang diberikan tidak sesuai dengan kontribusi kerja	41	59,4	28	40,6
5	Pemberian semua jenis insentif diatas sangat mendukung pelayanan dalam penemuan kasus balita gizi buruk lewat penjaringan dan pelacakan	41	59,4	28	40,6
6	Saya merasa cukup atas pembagian semua insentif yang selama ini saya terima	32	46,4	37	53,6
7	Saya akan meningkatkan semangat kerja dalam penjaringan dan pelacakan gizi buruk apabila imbalan semakin bertambah	30	43,5	39	56,5
8	Insentif yang telah diterima selama ini akan berpengaruh terhadap peningkatan kerja sehari-hari bagi saya sebagai seorang bidan	37	53,6	32	46,4

Tabel 4.15. menunjukkan hasil penelitian persepsi responden terhadap insentif yang diterima selama ini. Menurut responden bahwa insentif yang diterima selama ini tidak sesuai dengan kontribusi kerja serta dilakukan secara tidak terbuka. Responden juga menyatakan bahwa pemberian semua jenis insentif diatas sangat mendukung pelayanan dalam penemuan kasus balita gizi buruk lewat penjaringan dan pelacakan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Darsiwan (2003) di Kabupaten Magelang bahwa insentif yang diterima bidan desa dalam kategori baik (66 %).¹²

Informasi yang diperoleh dari petugas kesehatan lain bahwa responden dianggap sebagai salah satu tenaga kesehatan yang tidak kekurangan dalam hal pendapatan, pendapatan mereka rata-rata diatas petugas kesehatan lain serta sudah sesuai dengan kinerja yang dilakukan oleh responden. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Wirawan dalam evaluasi kinerja SDM, bahwa paling efektif imbalan sebagai motivator utama dalam sebuah perusahaan ketika pemberian imbalan didasarkan atas prestasi karyawan.⁸

6. Kinerja Bidan

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai mean skor kinerja sebesar 72 . Distribusi frekuensi responden berdasarkan kinerja bidan di desa dalam penjangingan balita gizi buruk dapat dilihat pada Tabel 4.16.

Tabel 4.16. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Kinerja Bidan di Desa

No	Kinerja	n	Persentase (%)
1.	Baik (≥ 72)	34	49,3
2.	Kurang (< 72)	35	50,7
	Jumlah	69	100

Tabel 4.6. menunjukkan 50,7 % responden dengan kinerja yang kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Rina Listyowati (2008) yang memberikan hasil bahwa dari jumlah 98 bidan di desa yang diteliti di Kabupaten Demak, 51 % responden memiliki tingkat kinerja yang kurang.

Lebih jelasnya gambaran rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan dapat dilihat dalam Tabel 4.17 s/d Tabel 4.22.

a. Kuantitas

Tabel 4.17 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (kuantitas)

Tabel 4.17. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Kuantitas)

No	Pernyataan	Jawaban					
		A (Baik)		B (Sedang)		C (Kurang)	
		n	%	n	%	n	%
1.	Dari semua posyandu yang menjadi binaan saya, jumlah posyandu yang bisa saya dampingi dalam penimbangan rutin setiap bulan sebesar a. 75 % - 100 % b. 50 % s/d 74 % c. < 50 %	32	46,4	21	30,4	16	23,2
2.	Jumlah balita yang ditimbang/ dibandingkan jumlah balita yang ada di wilayah desa : a. 80 % - 100 % b. 60 % - 79 % c. < 60 %	28	40,6	26	37,7	15	21,7
3.	Jumlah balita yang mempunyai KMS atau buku KIA di wilayah desa sebesar : a. 80 % - 100 % b. 60 % - 79 % c. < 60 %	23	33,3	26	37,7	20	29

Tabel 4.17 menunjukkan jumlah posyandu yang bisa didampingi responden dalam penimbangan rutin setiap bulan 75 – 100 % dari semua posyandu yang ada di wilayahnya, hal ini karena jadwal pelayanan posyandu sebagian dilaksanakan pada sore hari dan bersamaan jadwal praktek bidan desa secara mandiri. Jumlah balita yang ditimbang 80 – 100 % dari jumlah balita yang ada, karena tidak semua balita dibawa ibu balita ke penimbangan serta

jumlah balita yang mempunyai KMS atau buku KIA di wilayah desanya sebesar 60 – 79 %.

b. Kualitas

Tabel 4.18 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (kualitas).

Tabel 4.18. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Kualitas)

No	Pernyataan	Tdk pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	%	n	%
1.	Dalam kegiatan penjaringan di posyandu, saya mengidentifikasi pertumbuhan balita setelah menerima hasil penimbangan	17	24,6	21	30,4	31	44,9
2.	Saya tidak perlu memverifikasi BB/ TB atau BB/ PB pada balita dengan hasil penimbangan 2 T	26	37,7	28	40,6	15	21,7
3.	Saya memverifikasi BB/ TB atau BB/ PB pada balita dengan hasil penimbangan BGM.	18	26,1	26	37,7	25	36,2
4.	Saya akan mengidentifikasi lebih lanjut ketika menemukan balita dengan BB/ TB < - 3 SD dan atau disertai edema.	17	24,6	21	30,4	31	44,9
5.	Saya tidak harus membawa tabel BB/ TB-PB sesuai WHO 2005 dalam penjaringan balita gizi buruk di posyandu	29	42	25	36,2	15	21,7
6.	Saya melakukan evaluasi hasil penimbangan dalam setiap pendampingan posyandu dan memberikan arahan pada kader-kader yang hadir	19	27,5	28	40,6	22	31,9
7.	Saya merujuk balita dengan tanda-tanda gizi buruk ke Puskesmas atau rumah sakit untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut	17	24,6	24	34,8	28	40,6

Lanjutan Tabel 4.18

No	Pernyataan	Tdk pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	%	n	%
8.	Saya melakukan pelacakan dengan tim puskesmas maupun kabupaten dengan mendatangi keluarga balita gizi buruk	16	23,2	29	42	24	34,8
9.	Saya tidak perlu mengkompilasi data status gizi dari hasil penimbangan semua posyandu di wilayah saya	26	37,7	27	39,1	16	23,2

Tabel 4.18. menunjukkan bahwa responden merasa tidak perlu membawa tabel BB/TB-PB sesuai *WHO-2005* dalam penjaringan balita gizi buruk melalui posyandu. Dalam pendampingan posyandu, responden merasa tidak perlu memverifikasi BB/ TB atau BB/ PB pada balita 2T serta responden merasa tidak perlu mengkompilasi data status gizi balita hasil penimbangan. Hal ini responden merasa bahwa Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas lebih berwenang dalam tugas tersebut dan setelah ditemukan balita gizi buruk akan dilakukan pengukuran ulang antropometri oleh tim puskesmas dan bidan desa.

c. Ketepatan Waktu

Tabel 4.19 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (ketepatan waktu)

Tabel 4.19. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Ketepatan Waktu)

No	Pernyataan	Tdk Pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	%	n	%
1.	Penjaringan balita gizi buruk melalui penimbangan di posyandu, dilaksanakan setiap bulan sesuai dengan jadwal	17	24,6	26	37,7	26	37,7
2.	Dalam mendampingi penimbangan balita secara rutin di setiap posyandu, saya hadir tepat waktu	18	26,1	21	30,4	30	43,5
3.	Saya melaporkan ke puskesmas pada hari kedua ketika menemukan kasus gizi buruk.	15	21,7	26	37,7	28	40,6
4.	Saya tidak langsung merujuk kasus balita gizi buruk ke puskesmas atau rumah sakit	19	27,5	27	29,1	23	33,3
5.	Pelacakan kasus dilaksanakan segera bersama petugas gizi setelah adanya laporan ke puskesmas	16	23,2	24	34,8	29	42
6.	Laporan hasil penimbangan balita dilaporkan ke puskesmas setiap awal bulan minggu kedua	16	23,2	29	42	24	34,8

Tabel 4.19 menunjukkan masih ada responden yang menunda merujuk pasien gizi buruk, melaporkan hasil penimbangan ke puskesmas tidak tepat waktu, namun demikian pelacakan kasus gizi buruk sudah dilaksanakan bersama tim puskesmas. Hal ini disebabkan karena beban kerja responden yang berat dan responden merupakan satu-satunya tenaga

kesehatan yang bertanggung jawab pada semua program kesehatan yang menjadi tanggung jawab puskesmas sehingga dalam menindaklanjuti suatu permasalahan kurang cepat.

d. Efektivitas Biaya

Tabel 4.20. menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (Efektivitas Biaya).

Tabel 4.20. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Efektivitas Biaya)

No	Pernyataan	Tdk Pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	n	%	n
1	Jumlah buku KIA yang ada mencukupi jumlah balita yang ada	17	24,6	26	37,7	26	37,7
2	Jumlah kader yang hadir dalam penimbangan balita di posyandu kurang dari 4 (empat) orang	18	26,1	22	31,9	29	42
3.	Ada kader dalam setiap meja di posyandu	15	21,7	26	37,7	28	40,6
4.	Setiap penimbangan di posyandu, ibu balita membawa buku KIA	19	27,5	27	39,1	23	33,3
5.	Alat timbangan di posyandu berfungsi dengan baik	16	23,2	24	34,8	29	42
6.	Alat pengukur tinggi badan di posyandu berfungsi dengan baik	17	24,6	27	39,1	25	36,2
7.	Alat pengukur panjang badan di posyandu berfungsi dengan baik	19	27,5	26	37,7	24	34,8
8.	Apabila ada dana bantuan sosial untuk operasional posyandu, tidak semua kader mendapatkan.	17	24,6	25	36,2	27	39,1

Pada Tabel 4.20. menunjukkan belum semua balita mempunyai KMS/ buku KIA, sehingga setiap penimbangan di posyandu belum semua ibu balita membawa buku KIA. Setiap posyandu sudah memiliki alat timbangan namun demikian tidak

semua berfungsi dengan baik dan tidak semua posyandu memiliki alat pengukur tinggi badan dan berfungsi dengan baik. Hal ini disebabkan terbatasnya alokasi dana kegiatan kabupaten Kendal untuk pengadaan sarana prasarana penimbangan balita. Pengadaan alat pengukur tinggi badan maupun alat timbangan selama ini kabupaten mengandalkan dropping dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, namun demikian sejak 5 tahun terakhir ini alokasi dana Provinsi untuk Program Perbaikan Gizi Masyarakat lebih diarahkan pada perawatan kasus gizi buruk.

e. Kebutuhan akan Supervisi

Tabel 4.21 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (Kebutuhan akan Supervisi).

Tabel 4.21. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Kebutuhan akan Supervisi)

No	Pernyataan	3 bulan sekali		2 bulan sekali		1 bulan sekali	
		n	%	n	%	n	%
1.	Dalam penjaringan balita gizi buruk, saya membutuhkan bimbingan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas setiap :	29	42	23	33,3	17	24,6
2	Dalam penjaringan balita gizi buruk, saya membutuhkan evaluasi Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas setiap :	29	42	27	39,1	13	18,8
3.	Dalam penjaringan balita gizi buruk, saya membutuhkan bimbingan bidan koordinator setiap :	29	42	26	37,7	14	20,3
4.	Dalam penjaringan balita gizi buruk, saya membutuhkan evaluasi bidan koordinator setiap:	32	46,4	25	36,2	12	17,4

Lanjutan Tabel 4.21

No	Pernyataan	3 bulan sekali		2 bulan sekali		1 bulan sekali	
		n	%	n	%	n	%
5.	Dalam penjarangan balita gizi buruk, saya membutuhkan bimbingan Kepala Puskesmas setiap :	24	34,8	27	39,1	18	26,1
6.	Dalam penjarangan balita gizi buruk, saya membutuhkan evaluasi Kepala Puskesmas setiap :	27	39,1	26	37,7	16	33,2

Responden dalam penjarangan balita gizi buruk membutuhkan bimbingan dan evaluasi dari Tenaga Pelaksana Gizi, bidan koordinator dan kepala puskesmas 3 (tiga) bulan sekali, namun demikian masih ada responden yang membutuhkan bimbingan dan evaluasi setiap bulan dari TPG, bidan koordinator dan kepala puskesmas. Hal ini menunjukkan kebutuhan supervisi responden terhadap atasan dalam waktu 3 (tiga) bulanan namun dilakukan secara rutin.

f. Pengaruh Hubungan Personal

Tabel 4.22. menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (Pengaruh Hubungan Personal).

Tabel 4.22. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Pengaruh Hubungan Personal)

No	Pernyataan	Tdk Pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	n	%	n
1.	Dengan adanya penemuan balita gizi buruk, saya melaporkan pada TPG Puskesmas	14	20,3	25	36,2	30	43,5
2.	Dengan adanya penemuan balita gizi buruk, saya melaporkan pada Kepala Desa	17	24,6	25	36,2	27	39,1

Lanjutan Tabel 4.22.

No	Pernyataan	Tdk Pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	n	%	n
3.	Adanya penemuan balita gizi buruk, saya berkoordinasi dengan PKK	12	17,4	24	34,8	33	47,8
4.	Adanya penemuan balita gizi buruk, saya melakukan kerjasama dengan kader	16	23,2	28	40,6	5	36,2

Setiap menemukan kasus gizi buruk, responden selalu melaporkan ke TPG Puskesmas, kepala desa dan berkoordinasi dengan PKK dan kader. Informasi yang kami peroleh dalam penelitian ini , bahwa setiap bulan responden berkoordinasi dengan Kepala desa, PKK, kader dan dukun bayi tentang kegiatan rutin yang dilaksanakan di desa termasuk penemuan gizi buruk (Tabel 4.11).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 50,7 % kinerja responden dalam penjarangan balita gizi buruk masih kurang. Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab dalam permasalahan ini, yaitu :

- 1) Cakupan hasil penimbangan di posyandu tidak terlepas adanya partisipasi dari masyarakat. Balita yang hadir dalam penimbangan di posyandu kurang dari 100 %. Dilapangan menunjukkan bahwa kehadiran balita kebanyakan dibawah usia 12 bulan, sedang balita diatas usia 12 bulan, sudah jarang dibawa ibu balita ke tempat penimbangan melalui posyandu.

- 2) Bidan desa belum efektif dalam pemanfaatan waktu yang ada, disebabkan banyaknya kegiatan, kesibukan, maupun temuan permasalahan di lapangan dalam pelayanan. Hal tersebut menyebabkan kesulitan atau hambatan tersendiri dalam mengatur waktu, yang berakibat keterlambatan pada waktu pelayanan.
- 3) Kelancaran suatu kegiatan juga memerlukan dukungan dana dari pemda kabupaten maupun provinsi. Dilapangan menunjukkan tidak semua alat penimbangan di posyandu berfungsi dengan baik dan belum semua posyandu mempunyai alat pengukur tinggi badan.
- 4) Kebutuhan akan supervisi dari atasan yang dilaksanakan belum secara rutinitas sebagai salah satu bentuk perhatian.

D. Analisa Bivariat Variabel Penelitian

1. Pengetahuan

Pada Tabel 4.23. memperlihatkan hubungan antara pengetahuan tentang gizi buruk dengan kinerja.

Tabel 4.23. Tabel Silang Hubungan antara Variabel Pengetahuan tentang Gizi Buruk dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk

No	Pengetahuan	Kinerja				Total	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	15	55,6	12	44,4	27	100
2.	Kurang	19	45,2	23	54,8	42	100
	Jumlah	34	49,3	35	50,7	69	100

(nilai - p : 0,031 ; p : 0,261)

Hasil analisis hubungan menggunakan uji *rank-spearman* dengan perolehan nilai-p sebesar 0,031 (nilai-p < 0,05) yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kinerja dan kekuatan yang terjadi bersifat lemah ($\rho = 0,261$).

Tabel 4.23. menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik cenderung pada proporsi kinerja baik (55,6 %) dibandingkan responden dengan kinerja kurang baik (44,4 %), sedangkan responden yang memiliki pengetahuan kurang baik, cenderung pada proporsi kinerja yang kurang baik pula (54,8%). Ada kecenderungan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan baik akan menghasilkan kinerja yang baik pula. Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Kusuma (2005), adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kinerja bidan di desa dalam kegiatan perbaikan gizi.¹³ Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa pengetahuan merupakan kumpulan informasi yang dipahami, diperoleh dari proses belajar selama hidup dan dapat digunakan sewaktu-waktu sebagai alat penyesuaian diri baik terhadap diri sendiri maupun lingkungannya. Belajar dibutuhkan untuk mencapai tingkat kematangan diri dan proses belajar dapat dilakukan oleh pekerja pada saat mengerjakan pekerjaan.¹⁷

2. Motivasi

Tabel 4.24 memperlihatkan hubungan antara variabel motivasi dengan kinerja.

Tabel 4.24. Tabel Silang Hubungan antara Variabel Motivasi dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk

No	Motivasi	Kinerja				Total	
		Baik		Kurang Baik		n	%
		n	%	n	%		
1.	Baik	21	52,5	19	47,5	40	100
2.	Kurang	13	44,8	16	55,2	29	100
	Jumlah	34	49,3	35	50,7	69	100

(nilai-p : 0,001 ; p : 0,375)

Hasil analisis hubungan menggunakan uji *rank-spearman* dengan perolehan nilai-p sebesar 0,001 (nilai-p < 0,05) yang menunjukkan ada hubungan bermakna antara motivasi dengan kinerja. dan kekuatan yang terjadi bersifat lemah ($\rho = 0,375$)

Tabel 4.24 menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi baik maka proporsi kinerja baik (52,5 %), demikian pula pada responden yang memiliki motivasi kurang maka proporsi kinerja kurang baik (55,2 %). Ada kecenderungan bahwa responden dengan motivasi baik menghasilkan kinerja yang baik pula, artinya bahwa dengan motivasi tinggi (baik) maka kinerja bidan akan semakin baik, karena motivasi merupakan kemauan atau keinginan didalam diri seseorang bidan yang mendorongnya untuk bertindak.²⁸ Motivasi merupakan kondisi atau energi yang menggerakkan diri karyawan kearah atau tertuju untuk mencapai tujuan organisasi.²⁷ Penelitian dikuatkan dengan penelitian sebelumnya oleh Darsiwan (2003), yaitu adanya hubungan motivasi yang signifikan dengan kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.¹² Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Robbins (1996), motivasi adalah keinginan untuk berusaha/ berupaya sekuat tenaga untuk mencapai tujuan organisasi

yang dikondisikan/ ditentukan kemampuan usaha/ upaya untuk memenuhi sesuatu kebutuhan individual.²⁵

3. Beban Kerja

Pada Tabel 4.25. memperlihatkan hubungan antara variabel beban kerja terhadap kinerja bidan di desa.

Tabel 4.25. Tabel Silang Hubungan antara Variabel Beban Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk

No	Beban Kerja	Kinerja				Total	
		Baik		Kurang Baik		n	%
		n	%	n	%		
1.	Berat	17	47,2	19	52,8	36	100
2.	Ringan	17	51,5	16	48,5	33	100
	Jumlah	34	49,3	35	50,7	69	100

(nilai-p : 0,044 ; r : 0,244)

Hasil analisis hubungan menggunakan uji *Pearson Product Moment* dengan perolehan nilai-p sebesar 0,044 (nilai-p > 0,05) menunjukkan ada hubungan bermakna antara beban kerja dengan kinerja dan kekuatan yang terjadi bersifat lemah (r = 0,244). Pada Tabel 4.25 menunjukkan bahwa responden dengan beban kerja berat, proporsi kinerja kurang baik (52,8 %), sedangkan responden dengan beban kerja yang ringan, proporsi kinerja baik (51,5 %). Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Setiawan (2007) di Kabupaten Tasikmalaya dan Listyowati (2008) di Kabupaten Demak, yaitu ada hubungan yang bermakna antara beban kerja dengan kinerja bidan di desa.^{14, 15}

Penelitian ini dikuatkan dengan teori yang dikemukakan Ruhimat apabila para pekerja merasa beban kerja yang harus ditanggung terasa semakin berat, itu berarti pekerjaan yang ditugaskan kepada

mereka tidak sesuai dengan kemampuan untuk menyelesaikan tugas tersebut. Manusia hanya memiliki kapasitas energi yang terbatas apabila dalam waktu yang bersamaan harus mengerjakan beberapa tugas akan terjadi kompetensi prioritas antar tugas-tugas tersebut.³⁶

4. Persepsi Terhadap Kepemimpinan

Tabel 4.26 memperlihatkan hubungan antara variabel persepsi terhadap kepemimpinan dengan kinerja

Tabel 4.26. Tabel Silang Hubungan antara Variabel persepsi terhadap kepemimpinan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk

No	Persepsi Terhadap Kepemimpinan	Kinerja				Total	
		Baik		Kurang Baik		n	%
		n	%	n	%		
1.	Baik	23	60,5	15	39,5	38	100
2.	Kurang Baik	11	35,5	20	64,5	31	100
	Jumlah	34	49,3	35	50,7	69	100

(nilai-p : 0,000 ; p : 0,433)

Hasil analisis hubungan menggunakan uji *rank-spearman* dengan perolehan nilai-p sebesar 0,000 (nilai-p < 0,05), menunjukkan ada hubungan bermakna antara persepsi terhadap kepemimpinan dengan kinerja dan kekuatan yang terjadi bersifat sedang (nilai-p = 0,433).

Tabel 4.26 menunjukkan bahwa responden dengan persepsi terhadap kepemimpinan baik maka proporsi kinerja baik (60,5 %), sedangkan responden dengan persepsi terhadap kepemimpinan kurang baik maka proporsi kinerjanya juga kurang baik (64,5 %). Ada kecenderungan bahwa responden dengan persepsi terhadap kepemimpinan baik menghasilkan kinerja yang baik.

Hasil penelitian ini mendukung pendapat Robbins, dengan kepemimpinan seseorang mampu untuk mempengaruhi motivasi atau kompetensi individu-individu lainnya dalam suatu kelompok.²⁵ Namun demikian hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Darsiwan (2003) yaitu tidak ada hubungan yang signifikan antara gaya kepemimpinan dengan kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.¹² Yang menjadikan perbedaan antara penelitian ini dan penelitian yang dilakukan oleh Darsiwan (2003), yaitu dalam penelitian ini yang menjadi perhatian adalah persepsi responden terhadap kepemimpinan dalam penjarangan balita gizi buruk dan penelitian dilakukan di Kabupaten Kendal, sedang pada penelitian Darsiwan yang menjadi perhatian adalah gaya kepemimpinan dalam pertolongan persalinan dan penelitian dilakukan di daerah yang berbeda yaitu di Kabupaten Magelang.

5. Persepsi Terhadap Insentif

Pada tabel 4.27 memperlihatkan hubungan antara variabel persepsi terhadap Insentif dengan kinerja

Tabel 4.27. Tabel Silang Hubungan antara Variabel persepsi terhadap Insentif dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjarangan Balita Gizi Buruk

No	Persepsi Terhadap Insentif	Kinerja				Total	
		Baik		Kurang Baik		n	%
		n	%	n	%		
1.	Baik	24	61,5	15	38,5	39	100
2.	Kurang	10	33,3	20	66,7	30	100
	Jumlah	34	49,3	35	50,7	69	100

(nilai-p : 0,000 ; r : 0,418)

Hasil analisis hubungan menggunakan uji *Pearson Product Moment* dengan perolehan nilai-p sebesar 0,000 (nilai-p < 0,05) menunjukkan

ada hubungan bermakna antara persepsi terhadap kepemimpinan dan kekuatan yang terjadi bersifat sedang ($r = 0,418$). Tabel 4.27 menunjukkan bahwa responden dengan persepsi terhadap insentif yang kurang baik maka proporsi kinerja tidak baik (66,7 %), sedang responden dengan persepsi terhadap insentif sudah baik maka proporsi kinerja baik (61,5 %).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wawan Setiawan (2007), yaitu adanya hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap imbalan/ insentif dengan kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.¹⁴

Ada kecenderungan bahwa responden dengan persepsi terhadap insentif yang baik maka akan menghasilkan kinerja yang baik, pendapat ini didukung oleh Leavit yang menyatakan bahwa dalam memberikan imbalan mempunyai tujuan sebagai berikut : 1) Manajer memberikan upah kepada karyawan sebagai pengganti hasil kerja yang baik, 2) Manajer memberikan upah kepada karyawan sebagai hadiah dari hasil kerja yang baik dan 3) Manajer memberikan imbalan kepada karyawan untuk mendorong supaya mereka bekerja lebih giat.⁴⁰

6. Ringkasan Hasil Analisis Statistik Hubungan antara Variabel Bebas dengan Variabel Terikat

Dalam Tabel 4.28 menunjukkan ringkasan hasil analisis statistik hubungan antara variabel bebas yaitu pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi terhadap kepemimpinan, persepsi terhadap insentif dengan variabel terikat yaitu kinerja bidan di desa.

Tabel 4.28. Ringkasan Hasil Analisis Statistik Hubungan Variabel Bebas dengan Variabel Terikat

No	Variabel Bebas	ρ/ r	Nilai p	Hubungan	Kekuatan Hubungan
1	Pengetahuan	0,261	0,031	Ada hubungan	Lemah
2	Motivasi	0,375	0,001	Ada hubungan	Lemah
3	Beban Kerja	0,244	0,044	Ada hubungan	Lemah
4	Persepsi terhadap kepemimpinan	0,433	0,000	Ada hubungan	Sedang
5	Persepsi terhadap insentif	0,418	0,000	Ada hubungan	Sedang

Tabel 4.28 menunjukkan bahwa hasil analisis hubungan antara masing-masing variabel bebas yaitu pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif dengan variabel terikat kinerja bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk menunjukkan adanya hubungan yang bermakna/ signifikan (nilai-p < 0,05). Berdasarkan penelitian ini hubungan yang paling kuat yaitu variabel persepsi terhadap kepemimpinan ($p : 0,433$).

Hasil penelitian ini menguatkan teori Gibson dan Bernardin mengenai beberapa faktor yang berhubungan dengan kinerja seseorang, diantaranya pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif.^{9, 18}

E. Analisis Multivariat Variabel Penelitian

Untuk mengetahui pengaruh secara bersama antara variabel bebas terhadap variabel terikat, maka dilakukan uji regresi linier berganda. Hasil uji regresi linier berganda nilai-p : 0,000 (nilai-p < 0,05), menunjukkan bahwa variabel pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap

kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif secara bersama berpengaruh terhadap kinerja bidan dalam penjangkauan balita gizi buruk. Hasil *uji regresi linier* tersebut dapat dilihat dalam Tabel 4.29.

Tabel 4.29. Hasil Uji Regresi Linier Berganda variabel Bebas terhadap Variabel Terikat

No	Variabel Bebas	Variabel Terikat		Signifikansi
		Beta	p	
1.	Pengetahuan	0,285	0,004	Signifikan
2.	Motivasi	0,259	0,012	Signifikan
3.	Beban kerja	0,154	0,116	Tdk signifikan
3	Persepsi terhadap Kepemimpinan	0,295	0,008	Signifikan
4	Persepsi terhadap Insentif	0,236	0,024	Signifikan

Berdasarkan tabel 4.29 dapat diketahui bahwa :

1. Variabel Pengetahuan memiliki signifikansi sebesar 0,004 ($< 0,05$). Hal ini berarti pengetahuan berpengaruh terhadap kinerja bidan.
2. Variabel Motivasi memiliki signifikansi sebesar 0,012 ($< 0,05$). Hal ini berarti motivasi berpengaruh terhadap kinerja bidan.
3. Variabel beban kerja memiliki signifikansi sebesar 0,116 ($> 0,05$). Hal ini berarti beban kerja tidak berpengaruh terhadap kinerja bidan.
4. Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan memiliki signifikansi sebesar 0,008 ($< 0,05$). Hal ini berarti Persepsi Terhadap Kepemimpinan berpengaruh terhadap kinerja bidan.
5. Variabel Persepsi Terhadap Insentif memiliki signifikansi sebesar 0,024 ($< 0,05$). Hal ini berarti Persepsi Terhadap Insentif berpengaruh terhadap kinerja bidan.

Angka Adjusted R square atau koefisien determinasi adalah 0,400. Hal ini berarti bahwa 40 % variabel kinerja dapat dijelaskan oleh variasi dari keempat variabel bebas yaitu pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap

kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif, sedangkan sisanya (100 % - 40 % = 60 %) dijelaskan oleh sebab-sebab lain.

Sebagai tindak lanjut untuk mengetahui pengaruh secara bersama antara variabel bebas terhadap variabel terikat, maka dilakukan uji regresi linier berganda lagi dengan mengabaikan variabel beban kerja. Hasil uji regresi linier berganda nilai-p : 0,000 (nilai-p < 0,05), menunjukkan bahwa variabel pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif secara bersama berpengaruh terhadap kinerja bidan dalam penjarangan balita gizi buruk. Hasil uji regresi linier tersebut dapat dilihat dalam Tabel 4.30.

Tabel 4.30. Hasil Uji Regresi Linier Berganda variabel Bebas terhadap Variabel Terikat

No	Variabel Bebas	Variabel Terikat		Signifikansi
		Beta	p	
1.	Pengetahuan	0,274	0,006	Signifikan
2.	Motivasi	0,254	0,015	Signifikan
3	Persepsi terhadap Kepemimpinan	0,320	0,004	Signifikan
4	Persepsi terhadap Insentif	0,252	0,017	Signifikan

Berdasarkan tabel 4.29 dapat diketahui bahwa :

1. Variabel Pengetahuan memiliki signifikansi sebesar 0,006 (< 0,05). Hal ini berarti pengetahuan berpengaruh terhadap kinerja bidan.
2. Variabel Motivasi memiliki signifikansi sebesar 0,015 (< 0,05). Hal ini berarti motivasi berpengaruh terhadap kinerja bidan.
3. Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan memiliki signifikansi sebesar 0,004 (< 0,05). Hal ini berarti Persepsi Terhadap Kepemimpinan berpengaruh terhadap kinerja bidan.

4. Variabel Persepsi Terhadap Insentif memiliki signifikansi sebesar 0,017 ($< 0,05$). Hal ini berarti Persepsi Terhadap Insentif berpengaruh terhadap kinerja bidan.

Angka Adjusted R square atau koefisien determinasi adalah 0,387. Hal ini berarti bahwa 38,7 % variabel kinerja dapat dijelaskan oleh variasi dari keempat variabel bebas yaitu pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif, sedangkan sisanya ($100 \% - 38,7 \% = 61,3 \%$) dijelaskan oleh sebab-sebab lain. Dari uji Anova diperoleh nilai F sebesar 11.753 dengan tingkat signifikansi nilai-p : 0,000 ($\rho < 0,05$) maka model regresi dapat dipakai untuk memprediksi kinerja.

Dari keempat variabel bebas tersebut, variabel persepsi terhadap kepemimpinan ($r : 0,320$) paling berpengaruh terhadap kinerja bidan.

F. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di lingkungan wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal dengan responden semua bidan di desa yang bekerja di 30 wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Kendal. Penelitian ini tidak terlepas dari beberapa faktor kelemahan serta keterbatasan diantaranya :

1. Instrumen penelitian dalam item pertanyaan ini berupa kuesioner yang dibuat oleh peneliti sendiri dan bukan merupakan kuesioner standar, dimana seluruh pertanyaan dibuat berdasarkan tinjauan pustaka. Pertanyaan/ pernyataan yang ditanyakan kepada responden untuk setiap variabel kemungkinan belum mencakup secara detail dari semua aspek yang menyangkut variabel tersebut. Peneliti sudah berusaha meminimalisasikan keterbatasan ini dengan cara membuat

pertanyaan/ pernyataan berdasarkan teori-teori yang ada serta sudah melalui tahapan uji validitas dan uji realibilitas.

2. Responden penelitian memiliki rutinitas yang cukup banyak sehingga ada kemungkinan jawaban yang diberikan belum dapat mencerminkan keadaan yang sesungguhnya dari apa yang dirasakan oleh responden. Peneliti sudah berusaha meminimalisasikan 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 60 menit yang berdampak pada kejenuhan responden dalam mengisi kuesioner.
4. Penelitian ini masih dimungkinkan bias dan memiliki kelemahan dalam disain penelitian yaitu dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*.
5. Untuk mengetahui secara mendalam diperlukan penelitian lebih lanjut tentang kinerja bidan di desa dengan faktor-faktor lain yang mempengaruhinya.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Kabupaten Kendal

Kabupaten Kendal adalah sebuah kabupaten di Provinsi Jawa Tengah terletak pada 109°40' - 110°18' Bujur Timur dan 6°32' - 7°24' Lintang Selatan. Kabupaten ini berbatasan dengan Laut Jawa di utara, Kota Semarang dan Kabupaten Semarang di sebelah timur, Kabupaten Temanggung di sebelah selatan, serta Kabupaten Batang di sebelah barat. Kabupaten Kendal terdiri atas 20 kecamatan, yang dibagi lagi atas sejumlah 265 desa dan 20 kelurahan. Sarana pelayanan kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Kendal sbb :

1. Sarana Pelayanan Kesehatan

Sarana kesehatan di Kabupaten Kendal pada tahun 2010 terdiri dari 30 puskesmas, 9 puskesmas rawat inap, 21 puskesmas non rawat inap, 1 rumah sakit pemerintah, 1 rumah sakit swasta. Sarana pelayanan kesehatan tersebut tersebar di 20 kecamatan.

2. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan di Kabupaten Kendal tahun 2010 yang tersebar di seluruh puskesmas, dinas kesehatan dan rumah sakit yaitu terdiri dari dokter umum sebanyak 64 orang, dokter gigi 16 orang, bidan 418 orang, perawat 485 orang, dan tenaga pelaksana gizi 33 orang.

B. Gambaran Khusus Kabupaten Kendal

1. Umur Responden

Distribusi responden berdasarkan umur dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kelompok Umur

No	Umur	Frekuensi	%
1.	21 – 30 tahun	4	5,8
2.	31 – 40 tahun	54	78,3
3.	≥ 41 tahun	11	15,9
	Jumlah	69	100

Usia responden termuda yaitu 25 tahun dan tertua yaitu 48 tahun, sedangkan rata-rata umur responden yaitu 36,8 tahun dengan standar deviasi 3,940. 78,3 % responden berusia antara 31 – 40 tahun, sehingga sebagian besar bidan tergolong kelompok produktif dan termasuk kelompok angkatan kerja dalam periode pengembangan potensi diri.²⁹

2. Pendidikan

Distribusi responden berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

No	Pendidikan	Frekuensi	%
1.	D I	21	30,4
2.	D III	48	69,6
	Jumlah	69	100

Tabel 4.2. menunjukkan bahwa 69,6 % responden berpendidikan D III, sehingga memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktik kebidanan baik untuk institusi pelayanan maupun praktik perorangan.²⁵

3. Masa Kerja

Distribusi responden berdasarkan masa kerja dapat dilihat pada

Tabel 4.3.

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Masa Kerja

No	Masa Kerja	Frekuensi	%
1.	≤ 10 tahun	8	11,6
2.	> 10 tahun	61	88,4
	Jumlah	69	100

Skor rerata masa kerja responden 14,2 tahun, dengan masa kerja terendah 5 tahun dan masa kerja tertinggi 19 tahun serta standar deviasi 3,548. Tabel 4.3 menunjukkan bahwa persentase terbesar (88,4 %) responden memiliki masa kerja lebih dari 10 tahun sebanyak 61 orang (88,4 %). Masa kerja yang dimaksud adalah masa kerja responden yang dihitung berdasarkan Surat Keputusan Pegawai Negeri Sipil (SK PNS). Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar bidan telah cukup lama menjalankan profesinya sebagai bidan desa. Semakin lama seseorang bekerja semakin banyak kasus yang ditanganinya sehingga semakin meningkat pengalamannya, sebaliknya semakin singkat orang bekerja maka semakin sedikit kasus yang ditanganinya. Pengalaman bekerja banyak memberikan keahlian dan ketrampilan kerja.²⁶

4. Domisili di Wilayah Kerja

Distribusi responden berdasarkan domisili di wilayah kerja di desa tempat bertugas dapat dilihat pada Tabel 4.4.

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Domisili Bidan di wilayah kerja di Desa

No	Domisili di wilayah kerja	Frekuensi	%
1.	Domisili di wilayah kerja	63	91,3
2.	Tidak domisili di wilayah kerja	6	8,7
	Jumlah	69	100

Tabel 4.4. menunjukkan 91,3 % responden tinggal menetap di wilayah kerja tempat bertugas. Domisili di wilayah kerja bidan desa bertugas akan memudahkan dalam berkoordinasi dalam penjarangan balita gizi buruk di wilayahnya.

5. Pelatihan tentang Gizi Buruk

Distribusi responden berdasarkan pelatihan tentang gizi buruk dapat dilihat dalam Tabel 4.5.

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pelatihan Tentang Gizi Buruk

No	Pelatihan	Frekuensi	%
1.	Pernah	2	2,9
2.	Belum Pernah	67	97,1
	Jumlah	69	100

Tabel 4.5. menunjukkan bahwa hanya 2 responden (2,9 %) yang pernah mendapatkan pelatihan yang berkaitan dengan gizi buruk yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Hal ini akan berdampak pada pekerjaan yang dilakukan,

karena pelatihan bersifat spesifik, praktis dan segera. Spesifik berarti pelatihan berhubungan dengan bidang pekerjaan yang dilakukan. Praktis dan segera berarti sudah dilatihkan dan dapat dipraktikkan. Hal ini dilaksanakan untuk memberi ketrampilan dan pengetahuan baru maupun untuk pelatihan penyegaran.^{1,42} Selama ini pelatihan yang diperoleh responden berkaitan dengan Kesehatan Ibu dan Anak.

C. Analisis Univariat Variabel Penelitian

1. Pengetahuan

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai nilai prosentase dari jumlah jawaban benar terhadap jumlah pertanyaan 51 %. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori pengetahuan tentang gizi buruk dalam penjarangan balita gizi buruk dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Pengetahuan tentang Gizi Buruk

No	Pengetahuan	n	Persentase (%)
1.	Baik ($\geq 51\%$)	27	39,1
2.	Kurang ($< 51\%$)	42	60,9
	Jumlah	69	100

Pada Tabel 4.6 terlihat bahwa 60,9 % responden memiliki tingkat pengetahuan tentang gizi buruk yang kurang. Hal ini menunjukkan masih diperlukan upaya peningkatan pengetahuan para bidan desa tentang gizi buruk dalam penjarangan balita gizi buruk. Hasil pengetahuan responden dengan kategori kurang tersebut didukung dengan data yang menunjukkan bahwa dari 69 responden yang menjadi objek penelitian hanya 2,9 % (2 responden) yang sudah pernah mendapatkan pelatihan tentang gizi buruk (Tabel 4.5.) yaitu

pelatihan MP ASI dan PMT. Pelatihan dilakukan terutama untuk memperbaiki efektifitas pegawai dalam mencapai hasil kerja yang telah ditetapkan, serta dengan maksud memperbaiki penguasaan ketrampilan dan teknik-teknik pelaksanaan pekerjaan tertentu.²¹

Tabel 4.7 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai Pengetahuan tentang Gizi Buruk.

Tabel 4.7. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Pengetahuan tentang Gizi Buruk

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
1	Apakah seorang anak yang BB saat ini lebih berat dari BB bulan yang lalu <u>selalu</u> berarti bahwa anak itu sehat ? a. Ya b. Tidak c. Belum tentu	40	58	29	42
2	Terdapat 5 arah garis pertumbuhan yang dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu : a. Kelompok N yang berarti naik sesuai b. Kelompok T yang berarti turun, tetap atau naik tidak sesuai c. Kelompok T yang berarti turun atau tetap	37	53,6	32	46,4
3	Gizi buruk adalah keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan dalam jangka waktu yang cukup lama karena rendahnya konsumsi makanan khususnya yang mengandung : a. Energi b. Protein c. Energi dan protein	33	47,8	36	52,2
4	Penyebab langsung kurang gizi pada balita karena : a. Makan tidak seimbang b. Adanya penyakit infeksi c. Makan tidak seimbang dan penyakit infeksi	35	50,7	34	49,3

Lanjutan Tabel 4.7.

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
5	Pengawasan atau kecurigaan terhadap penderita gizi buruk harus dilakukan pada anak dengan : a. Garis pertumbuhan T (T3, T2, T1) b. Garis pertumbuhan N (N1, N2) c. Pendek	36	52,2	33	47,8
6	Pada Gizi Buruk pada umumnya juga ditandai dengan gambaran klinis yaitu : a. Marasmus b. Kwarshiorkor c. Marasmus, Kwarshiorkor atau Marasmik Kwarshiorkor	32	46,4	37	53,6
7	Dibawah ini merupakan ciri-ciri penderita gizi buruk dengan tanda klinis marasmus, kecuali a. wajah terlihat seperti orang tua : pipi kempot, tulang pipi dan tulang hidung terlihat lebih menonjol, mata cekung b. dilihat dari belakang terlihat tulang belakang lebih menonjol dan kulit di pantat berkeriput (<i>baggy pant</i>) c. edem, rambut kemerahan dan mudah dicabut	33	47,8	36	52,2
8	Secara klinis penderita gizi buruk ditandai dengan : a. Penderita terlihat sangat kurus dan atau ditemukan edema b. BB/ PB atau BB/ TB > -3 SD c. Garis pertumbuhan sesuai dengan arah garis pertumbuhan dalam KMS	30	43,5	39	56,5
9	Dari hasil penimbangan/ antropometri dari BB/U maupun BB/ TB, status gizi balita dinyatakan gizi baik/ normal apabila dibandingkan dengan indeks : a. Jika skor Z terletak > + 2 SD b. Jika skor Z terletak < -3 SD c. Jika skor Z terletak dari -2 SD s/d + 2 SD	28	40,6	41	59,4
10	Dalam menilai pertumbuhan anak menggunakan KMS, yang dinilai adalah : a. Letak BB dalam KMS b. Arah pertumbuhan dalam KMS c. Tempat garis pertumbuhan dalam KMS	32	46,4	37	53,6

Lanjutan Tabel 4.7.

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
11	Jika BB saat ini lebih berat di banding BB bulan yang lalu, tetapi peningkatan BB tidak sesuai sehingga arah garis dalam KMS kurang dari seharusnya, maka arah garis pertumbuhannya adalah : a. T1 (Tumbuh kurang sesuai) b. T2 (Tumbuh datar) c. T3 (Turun)	32	46,4	37	53,6
12	Jika garis pertumbuhan anak melebihi arah garis normal dalam KMS, maka arah garis pertumbuhan anak adalah : a. N1 (Tumbuh kejar) b. N2 (Tumbuh normal) c. N (Naik)	31	44,9	38	55,1
13	Seorang anak D usia 13 bulan dengan BB 8,8 kg dan 1 bulan kemudian ditimbang kembali dengan BB sama. Bagaimanakah pertumbuhan D ? a. T1 (tumbuh kurang) b. T2 (tumbuh datar) c. T3 (turun)	32	46,4	37	53,6
14	MP ASI atau PMT pemulihan pada bayi maupun balita dengan status BGM atau 2T, diberikan minimal selama : a.30 hari b.60 hari c. 90 hari	32	46,4	37	53,6
15	Penjaringan kasus gizi buruk dapat ditemukan lewat : a. Penimbangan rutin lewat Posyandu, PKD,Puskesmas b. Hanya dapat dilakukan lewat penimbangan rutin Posyandu c. Lewat operasi timbang	30	43,5	39	56,5
16	Upaya penjaringan masalah gizi melalui pemantauan pertumbuhan balita di posyandu, apa yang menjadi fokus perhatian anda dari hasil penimbangan (S,K,D,N) ? a. D/S, N/D, K/S, BGM/D, 2T/D b. D/N, S/D c. S/K, D/BGM	30	43,5	39	56,5

Lanjutan 4.7.

No	Pertanyaan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
17	Seorang bayi A usis 8 bulan ditimbang di Posyandu, BB saat itu 8 kg. Satu bulan kemudian BB menjadi 8,5 kg. Bagaimana pertumbuhan bayi A ? a. N1 (tumbuh kejar) b. N2 (tumbuh normal) c. T1 (tumbuh kurang)	31	44,9	38	55,1
18	Pelacakan pada balita gizi buruk sebaiknya dilakukan : a. Sebelum terjadi penjarangan b. Setelah terjadi penjarangan atau didapatkan kasus c. Sebelum dan atau setelah terjadinya penjarangan	30	43,5	39	56,5

Tabel 4.7 menggambarkan responden belum paham tanda-tanda klinis gizi buruk, penggunaan tabel *WHO-2005* sebagai rujukan hasil penimbangan, menentukan arah garis pertumbuhan balita melalui KMS. Responden juga belum paham kapan pelacakan gizi buruk dapat dilakukan, penentuan cakupan hasil penimbangan balita melalui posyandu di wilayah responden, serta penyebab langsung kurang gizi pada balita. Hal ini didukung adanya kesempatan responden untuk mendapatkan pelatihan tentang gizi buruk kurang (Tabel 4.5). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Listyowati (2008) di Kabupaten Demak, yaitu tingkat pengetahuan bidan desa kurang baik (58,2 %).¹⁵

Hal tersebut menunjukkan masih diperlukan upaya meningkatkan pengetahuan bidan tentang gizi buruk melalui pelatihan. Pelatihan tentang gizi buruk merupakan pendidikan non formal, dan merupakan salah satu cara yang dapat diberikan kepada bidan di desa untuk meningkatkan pengetahuan tentang gizi buruk. Pelatihan

dilakukan terutama untuk memperbaiki efektifitas pegawai dalam mencapai hasil kerja yang telah ditetapkan, serta dengan maksud memperbaiki penguasaan ketrampilan dan teknik-teknik pelaksanaan pekerjaan tertentu.²¹

2. Motivasi

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai median skor motivasi sebesar 35 dengan standar deviasi 10,6. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori motivasi bidan dalam penjangkaran balita gizi buruk dapat dilihat pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Motivasi

No	Motivasi	n	Persentase (%)
1.	Baik (≥ 35)	40	58
2.	Kurang (< 35)	29	42
	Jumlah	69	100

Tabel 4.8. menunjukkan 58 % responden dengan motivasi yang baik. Menurut Muchlas M, ada dua faktor yang mempengaruhi motivasi, yaitu faktor intrinsik adalah faktor yang mendorong karyawan berprestasi yang berasal dari dalam diri seseorang, diantaranya prestasi, pekerjaan kreatif yang menantang. Sedangkan faktor ekstrinsik yaitu faktor yang berasal dari luar yang dipandang meningkatkan prestasi seseorang, diantaranya kebijakan, kondisi kerja, status pekerjaan, kehidupan pribadi dan penggajian.²⁶

Tabel 4.9 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai motivasi.

Tabel 4.9. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Motivasi

No	Pernyataan	Jawaban			
		Setuju		Tidak Setuju	
		n	%	n	%
1	Bidan di desa bertanggung jawab dalam penjarangan balita gizi buruk, dan bertugas sesuai SOP yang ada	46	66,7	23	33,3
2	Tugas bidan di desa membutuhkan pengorbanan dalam penjarangan balita gizi buruk	45	65,2	24	34,8
3	Penjarangan balita gizi buruk dan pelacakan merupakan pekerjaan rutinitas bagi bidan di desa	37	53,6	32	46,4
4	Teknik penemuan kasus balita gizi buruk lewat penjarangan dan pelacakan perlu diajarkan pada bidan desa yang lain	42	60,9	27	39,1
5	Tugas pelayanan pemantauan pertumbuhan balita melalui penimbangan di posyandu merupakan tugas sosial yang harus dilakukan bidan di desa	38	55,1	31	44,9
6	Kehidupan pribadi akan mempengaruhi tugas seorang bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk	44	63,8	22	36,2
7	Tugas penjarangan gizi buruk yang diberikan selama ini tidak menantang untuk pengembangan diri sebagai bidan	31	44,9	38	55,1
8	Bidan di desa bekerja sama dengan sesama bidan maupun tenaga kesehatan lain dalam melaksanakan penjarangan dan pelacakan gizi buruk	47	68,1	22	31,9
9	Bidan di desa mampu menyelesaikan tugas secara sendirian dalam penjarangan dan pelacakan gizi buruk	26	37,7	43	62,3
10	Bidan di desa akan menyelesaikan tugas sesuai dengan program kerja dalam penjarangan dan pelacakan gizi buruk	47	68,1	22	31,9
11	Dengan adanya pelatihan manajemen gizi buruk dapat meningkatkan kinerja bidan di desa dalam penjarangan gizi buruk	46	66,7	23	33,3
12	Prestasi kerja bidan di desa dalam penjarangan dan pelacakan gizi buruk tidak sesuai yang diharapkan	25	36,2	44	63,8

Tabel 4.9 menunjukkan hasil jawaban responden terhadap pengukuran motivasi. Responden merasa membutuhkan pengorbanan dalam penjarangan balita gizi buruk, tugas penjarangan bukan merupakan tugas sosial bidan desa. Informasi lain yang diperoleh adalah responden merasa bahwa prestasi kerja bidan desa tidak sesuai yang diharapkan. Informasi yang kami peroleh di lapangan bahwa bidan yang bertugas di desa kurang mendapat rangsangan motivasi berupa non finansial seperti pelatihan-pelatihan bagi bidan didesa, dan kesempatan tersebut lebih banyak diberikan pada bidan yang bertugas di puskesmas. Sebagian responden juga menyatakan bahwa pelacakan bukan merupakan pekerjaan rutinitas bagi bidan di desa, karena responden merasa bahwa penjarangan balita gizi buruk lebih tepat dilaksanakan oleh petugas gizi. Responden juga berpendapat bahwa tugas penjarangan gizi buruk selama ini tidak menantang untuk pengembangan diri sebagai bidan. Mereka merasa lebih tertantang melaksanakan tugas pelayanan kesehatan ibu dan bayi dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi (AKI-AKB). Penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Darsiwan (2003) di Kabupaten Magelang, yaitu motivasi kerja bidan desa dalam kategori baik (78 %).¹²

3. Beban Kerja

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai mean skor beban kerja sebesar 28. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan beban kerja sebagai bidan di desa dapat dilihat pada Tabel 4.10.

Tabel 4.10. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Beban Kerja

No	Beban Kerja	n	Persentase (%)
1.	Berat (≥ 28)	36	52,2 %
3.	Ringan (< 28)	33	47,8 %
	Jumlah	69	100

Tabel 4.10 menggambarkan beban kerja responden dengan kategori berat. Apabila melihat kondisi di lapangan, semua program kerja puskesmas, ujung tombak pelaksana di desa adalah bidan desa. Hal tersebut dimungkinkan karena dalam satu desa hanya ada satu petugas kesehatan, sehingga semua tumpuan program kesehatan di desa pada bidan desa.

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.³⁶ Beban kerja yang cukup banyak untuk bidan desa membawa akibat yang tidak diinginkan oleh jajaran kesehatan terutama yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Tabel 4.11 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai beban kerja.

Tabel 4.11. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Beban Kerja

No	Pertanyaan	A (Berat)		B (Sedang)		C (Ringan)	
		n	%	n	%	n	%
1.	Berapa jumlah posyandu yang menjadi binaan anda : a. > 6 posyandu (Berat) b. 4 – 6 posyandu (Sedang) c. < 4 posyandu (Ringan)	16	23,2	38	55,1	15	21,7
2.	Berapa rata-rata jumlah balita yang hadir di pelayanan posyandu di wilayah	32	46,4	21	30,4	16	23,2

	kerja anda ? a. > 120 balita (Berat) b. 60 – 120 balita (Sedang) c. < 60 balita (Ringan)						
3.	Berapa rata-rata kunjungan ibu hamil untuk pelayanan ANC dalam sebulan ? a. > 30 ibu hamil (Berat) b. 16 – 30 ibu hamil (Sedang) c. < 16 ibu hamil (Ringan)	6	8,7	23	33 ,3	40	58
4.	Dalam sebulan, berapa kali anda membantu persalinan (rata-rata) ? a. > 6 kali (Berat) b. 4 – 6 kali (Sedang) c. < 4 kali (Ringan)	7	10,1	27	39 ,1	35	50,7
5.	Dalam sebulan berapa rata-rata jumlah ibu nifas yang anda kunjungi? a. > 6 ibu nifas (Berat) b. 4 – 6 ibu nifas (Sedang) c. < 4 ibu nifas (Ringan)	9	13	25	36 ,2	35	50,7
6.	Dalam sebulan berapa rata-rata jumlah bayi yang anda kunjungi dalam kunjungan neonatus ? a. > 6 bayi (Berat) b. 4 – 6 bayi (Sedang) c. < 4 bayi (Ringan)	10	14,5	26	37 ,7	33	47,8
7.	Berapa rata-rata jumlah pelayanan imunisasi dasar balita setiap bulan ? a. > 26 balita (Berat) b. 14 – 26 balita (Sedang) c. < 14 balita (Ringan)	7	10,1	30	43 ,5	32	46,4
8.	Berapa rata-rata jumlah pelayanan imunisasi ibu hamil setiap bulan ? a. > 14 ibu hamil (Berat) b. 8 – 14 ibu hamil (sedang) c. < 8 ibu hamil (Ringan)	7	10,1	15	21 ,7	47	68,1
9.	Berapa rata-rata pelayanan KB sebulan ? a. > 50 PUS (Berat) b. 26 – 50 PUS (Sedang) c. < 26 PUS (Ringan)	28	40,6	18	26 ,1	23	33,3
10	Dalam setiap bulan, berapa kali anda ke puskesmas untuk berkoordinasi atau rapat untuk merencanakan dan mengevaluasi kegiatan di wilayah anda ? a. > 6 kali (Berat) b. 4 – 6 kali (Sedang) c. < 4 kali (Ringan)	17	24,6	33	47 ,8	19	27,5

Lanjutan Tabel 4. 11.

No	Pernyataan	Ya		Tidak	
		n	%	n	%
11.	Sebagai bidan desa, saya mengelola PKD	57	82,6	12	17,4
12.	Saya melaksanakan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang telah saya berikan	64	92,8	5	7,2
13.	Tiga bulan sekali saya melakukan pembinaan pada dukun bayi yang ada di wilayah saya	48	69,6	21	30,4
14.	Setiap bulan saya melakukan pembinaan pada kader yang ada di wilayah saya	67	97,1	2	2,9
15.	Bersama Kepala desa, PKK, kader dan dukun bayi berkoordinasi tentang kegiatan rutin yang dilaksanakan di desa	67	97,1	2	2,9
16.	Saya melaksanakan tugas tambahan yang berkaitan dengan administrasi keuangan	51	75,4	18	24,6

Tabel 4.11 menunjukkan hasil penelitian bahwa responden selain melaksanakan kewajibannya sebagai tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan ibu dan anak, responden juga melaksanakan kewajiban tugas-tugas lain seperti memberikan pelayanan imunisasi dasar balita, melakukan pemantauan tumbuh kembang balita, melakukan pencatatan dan pelaporan, melakukan pembinaan kader, berkoordinasi dengan kepala desa dan PKK serta melaksanakan tugas tambahan yang berkaitan dengan administrasi keuangan. Penelitian lain oleh Setiawan (2007) di Kabupaten Tasikmalaya, menyatakan beban kerja bidan di desa dalam kategori sedang (42,4 %).¹⁴

Dari hasil penelitian, selain melaksanakan kewajiban sebagai seorang bidan yaitu memberikan pelayanan KIA tapi bidan di desa juga harus

melaksanakan tugas yang bersifat integrasi/ tambahan yang harus dilaksanakan di wilayah desa.

4. Persepsi Terhadap Kepemimpinan

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai median skor persepsi terhadap kepemimpinan sebesar 36 dan standar deviasi sebesar 9,1. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori persepsi terhadap kepemimpinan dapat dilihat pada Tabel 4.12.

Tabel 4.12. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Persepsi terhadap Kepemimpinan

No	Persepsi Terhadap Kepemimpinan	n	Persentase (%)
1.	Baik (≥ 36)	38	55,1
2.	Kurang (< 36)	31	44,9
	Jumlah	69	100

Hal ini seperti diungkapkan oleh Reksodiprodjo (1996), bahwa perbedaan gaya kepemimpinan dalam organisasi akan mempunyai pengaruh yang berbeda pula pada partisipasi individu dan perilaku kelompok.³³

Tabel 4.13 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai Persepsi Terhadap Kepemimpinan.

Tabel 4.13. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan

No	Pernyataan	Jawaban			
		Sesuai		Tidak Sesuai	
		n	%	n	%
1	Kepala Puskesmas mengarahkan untuk melakukan penjarangan dan pelacakan gizi buruk sesuai prosedur	44	63,8	25	36,2

Lanjutan Tabel 4.13.

No	Pernyataan	Jawaban			
		Sesuai		Tidak Sesuai	
		n	%	n	%
2	Kepala puskesmas memberikan pengarahan secara rutin dalam mendukung kegiatan penjarangan dan pelacakan balita gizi buruk	25	36,2	44	63,8
3	Kepala Puskesmas mengecek dokumentasi penjarangan kasus balita gizi buruk	37	53,6	32	46,4
4	Pertemuan evaluasi rutin oleh kepala puskesmas dalam penjarangan dan pelacakan gizi buruk	40	58	29	42
5	Kepala puskesmas memberikan pengarahan tugas-tugas yang harus dilakukan bidan desa	34	49,3	35	50,7
6	Kepala Puskesmas membatasi kebebasan dalam penemuan kasus balita gizi buruk melalui penjarangan dan pelacakan	32	46,4	37	53,6
7	Kepala puskesmas mendorong situasi kerja dalam penyelesaian pekerjaan penjarangan dan pelacakan gizi buruk	33	47,8	36	52,2
8	Kepala puskesmas menciptakan semangat dalam penyelesaian pekerjaan penjarangan dan pelacakan gizi buruk	31	44,9	38	55,1
9	Kepala puskesmas memberikan kebebasan untuk berkoordinasi dengan Kepala Desa dalam penjarangan dan pelacakan balita gizi buruk	35	50,7	34	49,3
10	Kepala puskesmas memberikan kebebasan untuk berkoordinasi dengan Ketua PKK dalam penjarangan dan pelacakan balita gizi buruk	38	55,1	31	44,9
11	Kepala Puskesmas memberikan dorongan untuk meningkatkan mutu kerja dalam pelayanan termasuk dalam penemuan kasus balita gizi buruk melalui penjarangan dan pelacakan balita gizi buruk	39	56,5	30	43,5
12	Kepala Puskesmas memberikan keleluasaan untuk berinovasi dalam penjarangan dan pelacakan balita gizi buruk	42	60,9	27	39,1
13	Kepala Puskesmas menganggap apa yang dikerjakan bidan desa merupakan pekerjaan rutin	32	46,4	37	53,6
14	Kepala Puskesmas membatasi gerak bidan desa dalam melakukan sweeping pada balita yang tidak hadir dalam posyandu dan lebih memberikan tugas tersebut pada kader.	25	36,2	44	63,8

Tabel 4.13 menunjukkan bahwa responden merasa kepala puskesmas sudah mengarahkan dalam penjarangan dan pelacakan balita gizi buruk sesuai prosedur, namun pengarahan tersebut belum

dilakukan secara rutin. Responden juga merasakan bahwa kepala puskesmas memberikan keleluasaan untuk berinovasi dalam penjarangan balita gizi buruk, tetapi responden merasa dibatasi dalam melakukan sweeping pada balita yang tidak hadir di posyandu dan memberikan tugas tersebut pada kader. Dalam penelitian Darsiwan (2003), persepsi bidan desa terhadap gaya kepemimpinan kepala puskesmas di Kabupaten Magelang dalam kategori sedang (86 %),¹²

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi responden terhadap kepemimpinan sudah baik, namun demikian responden masih berharap pengarahan kepala puskesmas secara rutin, hal ini diperlukan oleh responden sebagai salah satu bentuk perhatian pimpinan pada bawahan untuk mencapai hasil yang maksimal dalam penjarangan balita gizi buruk.

5. Persepsi Terhadap Insentif

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai mean skor persepsi terhadap insentif sebesar 21. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori persepsi terhadap insentif dalam penjarangan balita gizi buruk dapat dilihat pada Tabel 4.14.

Tabel 4.14. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Persepsi terhadap Insentif

No	Persepsi Terhadap Insentif	n	Persentase (%)
1.	Baik (≥ 21)	39	56,5
2.	Kurang (< 21)	30	43,5
	Jumlah	69	100

Hasil penelitian menunjukkan persepsi responden terhadap insentif sudah baik (56,5 %). Tabel 4.15 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai persepsi terhadap insentif.

Tabel 4.15. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Persepsi Terhadap Insentif Kegiatan Penjaringan Balita Gizi Buruk di Kabupaten Kendal tahun 2010, dengan jumlah n = 69

No	Pernyataan	Jawaban			
		Setuju		Tidak Setuju	
		n	%	n	%
1	Imbalan yang diperoleh selama ini berupa uang transport serta tunjangan lain yang bersifat insentif	42	60,9	27	39,1
2	Saya merasa puas atas pemberian semua imbalan tersebut	37	53,6	32	46,4
3	Pemberian uang terutama insentif (tunjangan lain-lain) dilakukan secara terbuka	32	46,4	37	53,6
4	Insentif yang diberikan tidak sesuai dengan kontribusi kerja	41	59,4	28	40,6
5	Pemberian semua jenis insentif diatas sangat mendukung pelayanan dalam penemuan kasus balita gizi buruk lewat penjaringan dan pelacakan	41	59,4	28	40,6
6	Saya merasa cukup atas pembagian semua insentif yang selama ini saya terima	32	46,4	37	53,6
7	Saya akan meningkatkan semangat kerja dalam penjaringan dan pelacakan gizi buruk apabila imbalan semakin bertambah	30	43,5	39	56,5
8	Insentif yang telah diterima selama ini akan berpengaruh terhadap peningkatan kerja sehari-hari bagi saya sebagai seorang bidan	37	53,6	32	46,4

Tabel 4.15. menunjukkan hasil penelitian persepsi responden terhadap insentif yang diterima selama ini. Menurut responden bahwa insentif yang diterima selama ini tidak sesuai dengan kontribusi kerja serta dilakukan secara tidak terbuka. Responden juga menyatakan bahwa pemberian semua jenis insentif diatas sangat mendukung pelayanan dalam penemuan kasus balita gizi buruk lewat penjaringan dan pelacakan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Darsiwan (2003) di Kabupaten Magelang bahwa insentif/ imbalan yang diterima bidan desa dalam kategori baik (66 %).¹²

Informasi yang diperoleh dari petugas kesehatan lain bahwa responden dianggap sebagai salah satu tenaga kesehatan yang tidak kekurangan dalam hal pendapatan, pendapatan mereka rata-rata diatas petugas kesehatan lain serta sudah sesuai dengan kinerja yang dilakukan oleh responden. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Wirawan dalam evaluasi kinerja SDM, bahwa paling efektif imbalan sebagai motivator utama dalam sebuah perusahaan ketika pemberian imbalan didasarkan atas prestasi karyawan.⁸

6. Kinerja Bidan

Hasil penelitian menggambarkan bahwa responden mempunyai mean skor kinerja sebesar 72 . Distribusi frekuensi responden berdasarkan kinerja bidan di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk dapat dilihat pada Tabel 4.16.

Tabel 4.16. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kategori Kinerja Bidan di Desa

No	Kinerja	n	Persentase (%)
1.	Baik (≥ 72)	34	49,3
2.	Kurang (< 72)	35	50,7
	Jumlah	69	100

Tabel 4.6. menunjukkan 50,7 % responden dengan kinerja yang kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Rina Listyowati (2008) yang memberikan hasil bahwa dari jumlah 98 bidan di desa yang diteliti di Kabupaten Demak, 51 % responden memiliki tingkat kinerja yang kurang.

Lebih jelasnya gambaran rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan dapat dilihat dalam Tabel 4.17 s/d Tabel 4.22.

a. Kuantitas

Tabel 4.17 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (kuantitas)

Tabel 4.17. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Kuantitas)

No	Pernyataan	Jawaban					
		A (Baik)		B (Sedang)		C (Kurang)	
		n	%	n	%	n	%
1.	Dari semua posyandu yang menjadi binaan saya, jumlah posyandu yang bisa saya dampingi dalam penimbangan rutin setiap bulan sebesar a. 75 % - 100 % b. 50 % s/d 74 % c. < 50 %	32	46,4	21	30,4	16	23,2
2.	Jumlah balita yang ditimbang/ dibandingkan jumlah balita yang ada di wilayah desa : a. 80 % - 100 % b. 60 % - 79 % c. < 60 %	28	40,6	26	37,7	15	21,7
3.	Jumlah balita yang mempunyai KMS atau buku KIA di wilayah desa sebesar : a. 80 % - 100 % b. 60 % - 79 % c. < 60 %	23	33,3	26	37,7	20	29

Tabel 4.17 menunjukkan jumlah posyandu yang bisa didampingi responden dalam penimbangan rutin setiap bulan 75 – 100 % dari semua posyandu yang ada di wilayahnya, hal ini karena jadwal pelayanan posyandu sebagian dilaksanakan pada sore hari dan bersamaan jadwal praktek bidan desa secara mandiri. Jumlah balita yang ditimbang 80 – 100 % dari jumlah balita yang ada, karena tidak semua balita dibawa ibu balita ke penimbangan serta

jumlah balita yang mempunyai KMS atau buku KIA di wilayah desanya sebesar 60 – 79 %.

b. Kualitas

Tabel 4.18 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (kualitas).

Tabel 4.18. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Kualitas)

No	Pernyataan	Tdk pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	%	n	%
1.	Dalam kegiatan penjarangan di posyandu, saya mengidentifikasi pertumbuhan balita setelah menerima hasil penimbangan	17	24,6	21	30,4	31	44,9
2.	Saya tidak perlu memverifikasi BB/ TB atau BB/ PB pada balita dengan hasil penimbangan 2 T	26	37,7	28	40,6	15	21,7
3.	Saya memverifikasi BB/ TB atau BB/ PB pada balita dengan hasil penimbangan BGM.	18	26,1	26	37,7	25	36,2
4.	Saya akan mengidentifikasi lebih lanjut ketika menemukan balita dengan BB/ TB < - 3 SD dan atau disertai edema.	17	24,6	21	30,4	31	44,9
5.	Saya tidak harus membawa tabel BB/ TB-PB sesuai WHO 2005 dalam penjarangan balita gizi buruk di posyandu	29	42	25	36,2	15	21,7
6.	Saya melakukan evaluasi hasil penimbangan dalam setiap pendampingan posyandu dan memberikan arahan pada kader-kader yang hadir	19	27,5	28	40,6	22	31,9

Lanjutan Tabel 4.18

No	Pernyataan	Tdk pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	%	n	%
7.	Saya merujuk balita dengan tanda-tanda gizi buruk ke Puskesmas atau rumah sakit untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut	17	24,6	24	34,8	28	40,6
8.	Saya melakukan pelacakan dengan tim puskesmas maupun kabupaten dengan mendatangi keluarga balita gizi buruk	16	23,2	29	42	24	34,8
9.	Saya tidak perlu mengkompilasi data status gizi dari hasil penimbangan semua posyandu di wilayah saya	26	37,7	27	39,1	16	23,2

Tabel 4.18. menunjukkan bahwa responden merasa tidak perlu membawa tabel BB/TB-PB sesuai *WHO-2005* dalam penjarangan balita gizi buruk melalui posyandu. Dalam pendampingan posyandu, responden merasa tidak perlu memverifikasi BB/ TB atau BB/ PB pada balita 2T serta responden merasa tidak perlu mengkompilasi data status gizi balita hasil penimbangan. Hal ini responden merasa bahwa Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas lebih berwenang dalam tugas tersebut dan setelah ditemukan balita gizi buruk akan dilakukan pengukuran ulang antropometri oleh tim puskesmas dan bidan desa.

c. Ketepatan Waktu

Tabel 4.19 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (ketepatan waktu)

Tabel 4.19. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Ketepatan Waktu)

No	Pernyataan	Tdk Pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	%	n	%
1.	Penjaringan balita gizi buruk melalui penimbangan di posyandu, dilaksanakan setiap bulan sesuai dengan jadwal	17	24,6	26	37,7	26	37,7
2.	Dalam mendampingi penimbangan balita secara rutin di setiap posyandu, saya hadir tepat waktu	18	26,1	21	30,4	30	43,5
3.	Saya melaporkan ke puskesmas pada hari kedua ketika menemukan kasus gizi buruk.	15	21,7	26	37,7	28	40,6
4.	Saya tidak langsung merujuk kasus balita gizi buruk ke puskesmas atau rumah sakit	19	27,5	27	29,1	23	33,3
5.	Pelacakan kasus dilaksanakan segera bersama petugas gizi setelah adanya laporan ke puskesmas	16	23,2	24	34,8	29	42
6.	Laporan hasil penimbangan balita dilaporkan ke puskesmas setiap awal bulan minggu kedua	16	23,2	29	42	24	34,8

Tabel 4.19 menunjukkan masih ada responden yang menunda merujuk pasien gizi buruk. melaporkan hasil penimbangan ke puskesmas tidak tepat waktu, namun demikian pelacakan kasus gizi buruk sudah dilaksanakan bersama tim puskesmas. Hal ini disebabkan karena beban kerja responden yang berat dan responden merupakan satu-satunya tenaga kesehatan yang bertanggung jawab pada semua program

kehatan yang menjadi tanggung jawab puskesmas sehingga dalam menindaklanjuti suatu permasalahan kurang cepat.

d. Efektivitas Biaya

Tabel 4.20. menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (Efektivitas Biaya).

Tabel 4.20. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Efektivitas Biaya)

No	Pernyataan	Tdk Pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	n	%	n
1	Jumlah buku KIA yang ada mencukupi jumlah balita yang ada	17	24,6	26	37,7	26	37,7
2	Jumlah kader yang hadir dalam penimbangan balita di posyandu kurang dari 4 (empat) orang	18	26,1	22	31,9	29	42
3.	Ada kader dalam setiap meja di posyandu	15	21,7	26	37,7	28	40,6
4.	Setiap penimbangan di posyandu, ibu balita membawa buku KIA	19	27,5	27	39,1	23	33,3
5.	Alat timbangan di posyandu berfungsi dengan baik	16	23,2	24	34,8	29	42
6.	Alat pengukur tinggi badan di posyandu berfungsi dengan baik	17	24,6	27	39,1	25	36,2
7.	Alat pengukur panjang badan di posyandu berfungsi dengan baik	19	27,5	26	37,7	24	34,8
8.	Apabila ada dana bantuan sosial untuk operasional posyandu, tidak semua kader mendapatkan.	17	24,6	25	36,2	27	39,1

Pada Tabel 4.20. menunjukkan belum semua balita mempunyai KMS/ buku KIA, sehingga setiap penimbangan di posyandu belum semua ibu balita membawa buku KIA. Setiap posyandu sudah memiliki alat timbangan namun demikian tidak semua berfungsi dengan baik dan tidak semua posyandu memiliki

alat pengukur tinggi badan dan berfungsi dengan baik. Hal ini disebabkan terbatasnya alokasi dana kegiatan kabupaten Kendal untuk pengadaan sarana prasarana penimbangan balita. Pengadaan alat pengukur tinggi badan maupun alat timbangan selama ini kabupaten mengandalkan dropping dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, namun demikian sejak 5 tahun terakhir ini alokasi dana Provinsi untuk Program Perbaikan Gizi Masyarakat lebih diarahkan pada perawatan kasus gizi buruk.

e. Kebutuhan akan Supervisi

Tabel 4.21 menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (Kebutuhan akan Supervisi).

Tabel 4.21. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Kebutuhan akan Supervisi)

No	Pernyataan	3 bulan sekali		2 bulan sekali		1 bulan sekali	
		n	%	n	%	n	%
1.	Dalam penjaringan balita gizi buruk, saya membutuhkan bimbingan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas setiap :	29	42	23	33,3	17	24,6
2	Dalam penjaringan balita gizi buruk, saya membutuhkan evaluasi Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas setiap :	29	42	27	39,1	13	18,8
3.	Dalam penjaringan balita gizi buruk, saya membutuhkan bimbingan bidan koordinator setiap :	29	42	26	37,7	14	20,3
4.	Dalam penjaringan balita gizi buruk, saya membutuhkan evaluasi bidan koordinator setiap:	32	46,4	25	36,2	12	17,4

Lanjutan Tabel 4.21

No	Pernyataan	3 bulan sekali		2 bulan sekali		1 bulan sekali	
		n	%	n	%	n	%
5.	Dalam penjarangan balita gizi buruk, saya membutuhkan bimbingan Kepala Puskesmas setiap :	24	34,8	27	39,1	18	26,1
6.	Dalam penjarangan balita gizi buruk, saya membutuhkan evaluasi Kepala Puskesmas setiap :	27	39,1	26	37,7	16	33,2

Responden dalam penjarangan balita gizi buruk membutuhkan bimbingan dan evaluasi dari Tenaga Pelaksana Gizi, bidan koordinator dan kepala puskesmas 3 (tiga) bulan sekali, namun demikian masih ada responden yang membutuhkan bimbingan dan evaluasi setiap bulan dari TPG, bidan koordinator dan kepala puskesmas. Hal ini menunjukkan kebutuhan supervisi responden terhadap atasan dalam waktu 3 (tiga) bulanan namun dilakukan secara rutin.

f. Pengaruh Hubungan Personal

Tabel 4.22. menggambarkan rincian jawaban setiap item pertanyaan mengenai kinerja bidan (Pengaruh Hubungan Personal).

Tabel 4.22. Distribusi Jawaban Responden Atas Pertanyaan Variabel Kinerja Bidan (Pengaruh Hubungan Personal)

No	Pernyataan	Tdk Pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	n	%	n
1.	Dengan adanya penemuan balita gizi buruk, saya melaporkan pada TPG Puskesmas	14	20,3	25	36,2	30	43,5
2.	Dengan adanya penemuan balita gizi buruk, saya melaporkan pada Kepala Desa	17	24,6	25	36,2	27	39,1

Lanjutan Tabel 4.22.

No	Pernyataan	Tdk Pernah		Kadang-kadang		Selalu	
		n	%	n	n	%	n
3.	Adanya penemuan balita gizi buruk, saya berkoordinasi dengan PKK	12	17,4	24	34,8	33	47,8
4.	Adanya penemuan balita gizi buruk, saya melakukan kerjasama dengan kader	16	23,2	28	40,6	5	36,2

Setiap menemukan kasus gizi buruk, responden selalu melaporkan ke TPG Puskesmas, kepala desa dan berkoordinasi dengan PKK dan kader. Informasi yang kami peroleh dalam penelitian ini, bahwa setiap bulan responden berkoordinasi dengan Kepala desa, PKK, kader dan dukun bayi tentang kegiatan rutin yang dilaksanakan di desa termasuk penemuan gizi buruk (Tabel 4.11).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 50,7 % kinerja responden dalam penjangkaran balita gizi buruk masih kurang. Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab dalam permasalahan ini, yaitu :

- 1) Cakupan hasil penimbangan di posyandu tidak terlepas adanya partisipasi dari masyarakat. Balita yang hadir dalam penimbangan di posyandu kurang dari 100 %. Dilapangan menunjukkan bahwa kehadiran balita kebanyakan dibawah usia 12 bulan, sedang balita diatas usia 12 bulan, sudah jarang dibawa ibu balita ke tempat penimbangan melalui posyandu
- 2) Bidan desa belum efektif dalam pemanfaatan waktu yang ada, disebabkan banyaknya kegiatan, kesibukan, maupun temuan

permasalahan di lapangan dalam pelayanan. Hal tersebut menyebabkan kesulitan atau hambatan tersendiri dalam mengatur waktu, yang berakibat keterlambatan pada waktu pelayanan.

- 3) Kelancaran suatu kegiatan juga memerlukan dukungan dana dari pemda kabupaten maupun provinsi. Dilapangan menunjukkan tidak semua alat penimbangan di posyandu berfungsi dengan baik dan belum semua posyandu mempunyai alat pengukur tinggi badan.
- 4) Kebutuhan akan supervisi dari atasan yang dilaksanakan belum secara rutinitas sebagai salah satu bentuk perhatian.

D. Analisa Bivariat Variabel Penelitian

1. Pengetahuan

Pada Tabel 4.23. memperlihatkan hubungan antara pengetahuan tentang gizi buruk dengan kinerja

Tabel 4.23. Tabel Silang Hubungan antara Variabel Pengetahuan tentang Gizi Buruk dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk

No	Pengetahuan	Kinerja				Total	
		Baik		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	15	55,6	12	44,4	27	100
2.	Kurang	19	45,2	23	54,8	42	100
	Jumlah	34	49,3	35	50,7	69	100

(nilai - p : 0,031 ; p : 0,261)

Hasil analisis hubungan menggunakan uji *rank-spearman* dengan perolehan nilai-p sebesar 0,031 (nilai-p < 0,05) yang

menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kinerja dan kekuatan yang terjadi bersifat lemah ($p = 0,261$).

Tabel 4.23. menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik cenderung pada proporsi kinerja baik (55,6 %) dibandingkan responden dengan kinerja kurang baik (44,4 %), sedangkan responden yang memiliki pengetahuan kurang baik, cenderung pada proporsi kinerja yang kurang baik pula (54,8%). Ada kecenderungan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan baik akan menghasilkan kinerja yang baik pula. Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Kusuma (2005), adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kinerja bidan di desa dalam kegiatan perbaikan gizi.¹³ Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa pengetahuan merupakan kumpulan informasi yang dipahami, diperoleh dari proses belajar selama hidup dan dapat digunakan sewaktu-waktu sebagai alat penyesuaian diri baik terhadap diri sendiri maupun lingkungannya. Belajar dibutuhkan untuk mencapai tingkat kematangan diri dan proses belajar dapat dilakukan oleh pekerja pada saat mengerjakan pekerjaan.¹⁷

2. Motivasi

Tabel 4.24 memperlihatkan hubungan antara variabel motivasi dengan kinerja.

Tabel 4.24. Tabel Silang Hubungan antara Variabel Motivasi dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk

No	Motivasi	Kinerja				Total	
		Baik		Kurang Baik			
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	21	52,5	19	47,5	40	100
2.	Kurang	13	44,8	16	55,2	29	100

	Jumlah	34	49,3	35	50,7	69	100
--	--------	----	------	----	------	----	-----

(nilai-p : 0,001 ; p : 0,375)

Hasil analisis hubungan menggunakan uji *rank-spearman* dengan perolehan nilai-p sebesar 0,001 (nilai-p < 0,05) yang menunjukkan ada hubungan bermakna antara motivasi dengan kinerja dan kekuatan yang terjadi bersifat lemah ($p = 0,375$)

Tabel 4.24 menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi baik maka proporsi kinerja baik (52,5 %), demikian pula pada responden yang memiliki motivasi kurang maka proporsi kinerja kurang baik (55,2 %). Ada kecenderungan bahwa responden dengan motivasi baik menghasilkan kinerja yang baik pula, artinya bahwa dengan motivasi tinggi (baik) maka kinerja bidan akan semakin baik, karena motivasi merupakan kemauan atau keinginan didalam diri seseorang bidan yang mendorongnya untuk bertindak.²⁸ Motivasi merupakan kondisi atau energi yang menggerakkan diri karyawan kearah atau tertuju untuk mencapai tujuan organisasi.²⁷ Penelitian dikuatkan dengan penelitian sebelumnya oleh Darsiwan (2003), yaitu adanya hubungan motivasi yang signifikan dengan kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.¹² Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Robbins (1996), motivasi adalah keinginan untuk berusaha/ berupaya sekuat tenaga untuk mencapai tujuan organisasi yang dikondisikan/ ditentukan kemampuan usaha/ upaya untuk memenuhi sesuatu kebutuhan individual.²⁵

3. Beban Kerja

Pada Tabel 4.25. memperlihatkan hubungan antara variabel beban kerja terhadap kinerja bidan di desa.

Tabel 4.25. Tabel Silang Hubungan antara Variabel Beban Kerja dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjarangan Balita Gizi Buruk

No	Beban Kerja	Kinerja				Total	
		Baik		Kurang Baik		n	%
		n	%	n	%		
1.	Berat	17	47,2	19	52,8	36	100
2.	Ringan	17	51,5	16	48,5	33	100
	Jumlah	34	49,3	35	50,7	69	100

(nilai-p : 0,044 ; r : 0,244)

Hasil analisis hubungan menggunakan uji *Pearson Product Moment* dengan perolehan nilai-p sebesar 0,044 (nilai-p > 0,05) menunjukkan ada hubungan bermakna antara beban kerja dengan kinerja dan kekuatan yang terjadi bersifat lemah ($r = 0,244$). Pada Tabel 4.25 menunjukkan bahwa responden dengan beban kerja berat, proporsi kinerja kurang baik (52,8 %), sedangkan responden dengan beban kerja yang ringan, proporsi kinerja baik (51,5 %). Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Setiawan (2007) di Kabupaten Tasikmalaya dan Listyowati (2008) di Kabupaten Demak, yaitu ada hubungan yang bermakna antara beban kerja dengan kinerja bidan di desa.^{14, 15}

Penelitian ini dikuatkan dengan teori yang dikemukakan Ruhimat apabila para pekerja merasa beban kerja yang harus ditanggung terasa semakin berat, itu berarti pekerjaan yang ditugaskan kepada mereka tidak sesuai dengan kemampuan untuk menyelesaikan tugas tersebut. Manusia hanya memiliki kapasitas energi yang terbatas apabila dalam waktu yang bersamaan harus mengerjakan beberapa tugas akan terjadi kompetensi prioritas antar tugas-tugas tersebut.³⁶

4. Persepsi Terhadap Kepemimpinan

Tabel 4.26 memperlihatkan hubungan antara variabel persepsi terhadap kepemimpinan dengan kinerja

Tabel 4.26. Tabel Silang Hubungan antara Variabel persepsi terhadap kepemimpinan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjaringan Balita Gizi Buruk

No	Persepsi Terhadap Kepemimpinan	Kinerja				Total	
		Baik		Kurang Baik			
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	23	60,5	15	39,5	38	100
2.	Kurang Baik	11	35,5	20	64,5	31	100
	Jumlah	34	49,3	35	50,7	69	100

(nilai-p : 0,000 ; p : 0,433)

Hasil analisis hubungan menggunakan uji *rank-spearman* dengan perolehan nilai-p sebesar 0,000 (nilai-p < 0,05), menunjukkan ada hubungan bermakna antara persepsi terhadap kepemimpinan dengan kinerja dan kekuatan yang terjadi bersifat sedang (nilai-p = 0,433).

Tabel 4.26 menunjukkan bahwa responden dengan persepsi terhadap kepemimpinan baik maka proporsi kinerja baik (60,5 %), sedangkan responden dengan persepsi terhadap kepemimpinan kurang baik maka proporsi kinerjanya juga kurang baik (64,5 %). Ada kecenderungan bahwa responden dengan persepsi terhadap kepemimpinan baik menghasilkan kinerja yang baik.

Hasil penelitian ini mendukung pendapat Robbins, dengan kepemimpinan seseorang mampu untuk mempengaruhi motivasi atau kompetensi individu-individu lainnya dalam suatu kelompok.

²⁵ Namun demikian hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Darsiwan (2003) yaitu tidak ada

hubungan yang signifikan antara gaya kepemimpinan dengan kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.¹² Yang menjadikan perbedaan antara penelitian ini dan penelitian yang dilakukan oleh Darsiwan (2003), yaitu dalam penelitian ini yang menjadi perhatian adalah persepsi responden terhadap kepemimpinan dalam penjarangan balita gizi buruk dan penelitian dilakukan di Kabupaten Kendal, sedang pada penelitian Darsiwan yang menjadi perhatian adalah gaya kepemimpinan dalam pertolongan persalinan dan penelitian dilakukan di daerah yang berbeda yaitu di Kabupaten Magelang.

5. Persepsi Terhadap Insentif

Pada tabel 4.27 memperlihatkan hubungan antara variabel persepsi terhadap Insentif dengan kinerja

Tabel 4.27. Tabel Silang Hubungan antara Variabel persepsi terhadap Insentif dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Penjarangan Balita Gizi Buruk

No	Persepsi Terhadap Insentif	Kinerja				Total	
		Baik		Kurang Baik		n	%
		n	%	n	%		
1.	Baik	24	61,5	15	38,5	39	100
2.	Kurang	10	33,3	20	66,7	30	100
	Jumlah	34	49,3	35	50,7	69	100

(nilai-p : 0,000 ; r : 0,418)

Hasil analisis hubungan menggunakan uji *Pearson Product Moment* dengan perolehan nilai-p sebesar 0,000 (nilai-p < 0,05) menunjukkan ada hubungan bermakna antara persepsi terhadap kepemimpinan dan kekuatan yang terjadi bersifat sedang (r = 0,418). Tabel 4.27 menunjukkan bahwa responden dengan persepsi terhadap insentif yang kurang baik maka proporsi kinerja tidak baik (66,7 %), sedang

responden dengan persepsi terhadap insentif sudah baik maka proporsi kinerja baik (61,5 %).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wawan Setiawan (2007), yaitu adanya hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap imbalan/ insentif dengan kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.¹⁴

Ada kecenderungan bahwa responden dengan persepsi terhadap insentif yang baik maka akan menghasilkan kinerja yang baik, pendapat ini didukung oleh Leavit yang menyatakan bahwa dalam memberikan imbalan mempunyai tujuan sebagai berikut : 1) Manajer memberikan upah kepada karyawan sebagai pengganti hasil kerja yang baik, 2) Manajer memberikan upah kepada karyawan sebagai hadiah dari hasil kerja yang baik dan 3) Manajer memberikan imbalan kepada karyawan untuk mendorong supaya mereka bekerja lebih giat.⁴⁰

6. Ringkasan Hasil Analisis Statistik Hubungan antara Variabel Bebas dengan Variabel Terikat

Dalam Tabel 4.28 menunjukkan ringkasan hasil analisis statistik antara variabel bebas dengan variabel terikat, yaitu

Tabel 4.28. Ringkasan Hasil Analisis Statistik Hubungan Variabel Bebas dengan Variabel Terikat

No	Variabel Bebas	ρ/ r	Nilai p	Hubungan	Kekuatan Hubungan
1	Pengetahuan	0,261	0,031	Ada hubungan	Lemah
2	Motivasi	0,375	0,001	Ada hubungan	Lemah

Lanjutan Tabel 4.28

No	Variabel Bebas	ρ/ r	Nilai p	Hubungan	Kekuatan Hubungan
3	Beban Kerja	0,244	0,044	Ada hubungan	Lemah
4	Persepsi terhadap kepemimpinan	0,433	0,000	Ada hubungan	Sedang
5	Persepsi terhadap insentif	0,418	0,000	Ada hubungan	Sedang

Tabel 4.28 menunjukkan bahwa hasil analisis hubungan antara masing-masing variabel bebas yaitu pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif dengan variabel terikat kinerja bidan di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk menunjukkan adanya hubungan yang bermakna/ signifikan ($\text{nilai-p} < 0,05$). Berdasarkan penelitian ini hubungan yang paling kuat yaitu variabel persepsi terhadap kepemimpinan ($\rho : 0,433$).

Hasil penelitian ini menguatkan teori Gibson dan Bernardin mengenai beberapa faktor yang berhubungan dengan kinerja seseorang, diantaranya pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif.^{9, 18}

E. Analisis Multivariat Variabel Penelitian

Untuk mengetahui pengaruh secara bersama antara variabel bebas terhadap variabel terikat, maka dilakukan uji regresi linier berganda. Hasil uji regresi linier berganda nilai-p : 0,000 ($\text{nilai-p} < 0,05$), menunjukkan bahwa variabel pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif secara bersama berpengaruh terhadap kinerja bidan dalam penjangkaran balita

gizi buruk. Hasil *uji regresi linier* tersebut dapat dilihat dalam Tabel 4.29.

Tabel 4.29. Hasil Uji Regresi Linier Berganda variabel Bebas terhadap Variabel Terikat

No	Variabel Bebas	Variabel Terikat		Signifikansi
		Beta	p	
1.	Pengetahuan	0,285	0,004	Signifikan
2.	Motivasi	0,259	0,012	Signifikan
3.	Beban kerja	0,154	0,116	Tdk signifikan
3	Persepsi terhadap Kepemimpinan	0,295	0,008	Signifikan
4	Persepsi terhadap Insentif	0,236	0,024	Signifikan

Berdasarkan tabel 4.29 dapat diketahui bahwa :

1. Variabel Pengetahuan memiliki signifikansi sebesar 0,004 ($< 0,05$). Hal ini berarti pengetahuan berpengaruh terhadap kinerja bidan.
2. Variabel Motivasi memiliki signifikansi sebesar 0,012 ($< 0,05$). Hal ini berarti motivasi berpengaruh terhadap kinerja bidan.
3. Variabel beban kerja memiliki signifikansi sebesar 0,116 ($> 0,05$). Hal ini berarti beban kerja tidak berpengaruh terhadap kinerja bidan.
4. Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan memiliki signifikansi sebesar 0,008 ($< 0,05$). Hal ini berarti Persepsi Terhadap Kepemimpinan berpengaruh terhadap kinerja bidan.
5. Variabel Persepsi Terhadap Insentif memiliki signifikansi sebesar 0,024 ($< 0,05$). Hal ini berarti Persepsi Terhadap Insentif berpengaruh terhadap kinerja bidan.

Angka Adjusted R square atau koefisien determinasi adalah 0,400. Hal ini berarti bahwa 40 % variabel kinerja dapat dijelaskan oleh variasi dari keempat variabel bebas yaitu pengetahuan, motivasi, persepsi

terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif, sedangkan sisanya (100 % - 40 % = 60 %) dijelaskan oleh sebab-sebab lain.

Sebagai tindak lanjut untuk mengetahui pengaruh secara bersama antara variabel bebas terhadap variabel terikat, maka dilakukan uji regresi linier berganda lagi dengan mengabaikan variabel beban kerja. Hasil uji regresi linier berganda nilai-p : 0,000 (nilai-p < 0,05), menunjukkan bahwa variabel pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif secara bersama berpengaruh terhadap kinerja bidan dalam penjangkaran balita gizi buruk. Hasil uji regresi linier tersebut dapat dilihat dalam Tabel 4.30.

Tabel 4.30. Hasil Uji Regresi Linier Berganda variabel Bebas terhadap Variabel Terikat

No	Variabel Bebas	Variabel Terikat		Signifikansi
		Beta	p	
1.	Pengetahuan	0,274	0,006	Signifikan
2.	Motivasi	0,254	0,015	Signifikan
3	Persepsi terhadap Kepemimpinan	0,320	0,004	Signifikan
4	Persepsi terhadap Insentif	0,252	0,017	Signifikan

Berdasarkan tabel 4.29 dapat diketahui bahwa :

1. Variabel Pengetahuan memiliki signifikansi sebesar 0,006 (< 0,05). Hal ini berarti pengetahuan berpengaruh terhadap kinerja bidan
2. Variabel Motivasi memiliki signifikansi sebesar 0,015 (< 0,05). Hal ini berarti motivasi berpengaruh terhadap kinerja bidan
3. Variabel Persepsi Terhadap Kepemimpinan memiliki signifikansi sebesar 0,004 (< 0,05). Hal ini berarti Persepsi Terhadap Kepemimpinan berpengaruh terhadap kinerja bidan

4. Variabel Persepsi Terhadap Insentif memiliki signifikansi sebesar 0,017 ($< 0,05$). Hal ini berarti Persepsi Terhadap Insentif berpengaruh terhadap kinerja bidan.

Angka Adjusted R square atau koefisien determinasi adalah 0,387. Hal ini berarti bahwa 38,7 % variabel kinerja dapat dijelaskan oleh variasi dari keempat variabel bebas yaitu pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif, sedangkan sisanya ($100 \% - 38,7 \% = 61,3 \%$) dijelaskan oleh sebab-sebab lain. Dari uji Anova diperoleh nilai F sebesar 11.753 dengan tingkat signifikansi nilai-p : 0,000 ($\rho < 0,05$) maka model regresi dapat dipakai untuk memprediksi kinerja.

Dari keempat variabel bebas tersebut, variabel persepsi terhadap kepemimpinan ($r : 0,320$) paling berpengaruh terhadap kinerja bidan.

F. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dilingkungan wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal dengan responden semua bidan di desa yang bekerja di 30 wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Kendal. Penelitian ini tidak terlepas dari beberapa faktor kelemahan serta keterbatasan diantaranya :

1. Instrumen penelitian dalam item pertanyaan ini berupa kuesioner yang dibuat oleh peneliti sendiri dan bukan merupakan kuesioner standar, dimana seluruh pertanyaan dibuat berdasarkan tinjauan pustaka. Pertanyaan/ pernyataan yang ditanyakan kepada responden untuk setiap variabel kemungkinan belum mencakup secara detail dari semua aspek yang menyangkut variabel tersebut. Peneliti sudah berusaha meminimalisasikan keterbatasan ini dengan cara membuat

pertanyaan/ pernyataan berdasarkan teori-teori yang ada serta sudah melalui tahapan uji validitas dan uji realibilitas.

2. Responden penelitian memiliki rutinitas yang cukup banyak sehingga ada kemungkinan jawaban yang diberikan belum dapat mencerminkan keadaan yang sesungguhnya dari apa yang dirasakan oleh responden. Peneliti sudah berusaha meminimalisasikan 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 60 menit yang berdampak pada kejenuhan responden dalam mengisi kuesioner.
4. Penelitian ini masih dimungkinkan bias dan memiliki kelemahan dalam disain penelitian yaitu dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*.
5. Untuk mengetahui secara mendalam diperlukan penelitian lebih lanjut tentang kinerja bidan di desa dengan faktor-faktor lain yang mempengaruhinya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

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

1. Mayoritas responden berumur antara 31 – 40 tahun merupakan kelompok usia dewasa dini dengan pendidikan D III dan masa kerja lebih dari 10 tahun. Sebagian besar responden berdomisili di desa tempat bertugas dan belum pernah mendapatkan pelatihan tentang gizi buruk,
2. Mayoritas responden mempunyai pengetahuan yang kurang tentang gizi buruk, dan sebagian besar responden mempunyai motivasi dengan kategori baik. Responden merasakan bahwa beban kerja selama ini dirasakan berat. Persepsi responden terhadap kepemimpinan dengan kategori baik persepsi responden terhadap insentif baik dan 50,7 % kinerja bidan di desa kurang.
3. Ada hubungan antara pengetahuan, motivasi, beban kerja, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif terhadap kinerja bidan di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk.
4. Secara bersama pengetahuan, motivasi, persepsi terhadap kepemimpinan dan persepsi terhadap insentif berpengaruh terhadap kinerja bidan di desa
5. Persepsi terhadap kepemimpinan berpengaruh paling kuat diantara faktor-faktor yang lain terhadap kinerja bidan Pegawai negeri Sipil

(PNS) di desa dalam penjarangan balita gizi buruk di Kabupaten Kendal

B. Saran

Dalam upaya meningkatkan kinerja bidan PNS di desa dalam penjarangan balita gizi buruk di Kabupaten Kendal sesuai yang diharapkan, disarankan

1. a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal

- 1) Melaksanakan program peningkatan pengetahuan dan ketrampilan bidan PNS di desa yang terkait dengan tugas dan fungsi bidan desa yang bersifat integritas/ tambahan lewat pelatihan-pelatihan terutama tentang penjarangan balita gizi buruk maupun tentang penanganan gizi buruk.
- 2) Perlunya menyisipkan materi tentang gizi buruk pada pelatihan-pelatihan dengan sasaran bidan PNS di desa.
- 3) Mengalokasikan dana untuk pelatihan tentang gizi buruk bagi bidan PNS di desa.
- 4) Perlunya tenaga gizi khusus untuk penjarangan balita gizi buruk.
- 5) Memperhatikan sarana dan prasarana penjarangan balita di posyandu, seperti teranisasi pada alat timbang dan alat pengukur tinggi badan (microtoise) dan panjang badan (infartometer).

b. Puskesmas

- 1) Puskesmas secara berkala melakukan fasilitasi teknis pada bidan desa lewat Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas untuk memantau pelaksanaan penjarangan balita gizi buruk.

- 2) Kepala Puskesmas lebih memperhatikan bidan desa yang mengarah pada peningkatan kinerja bidan di desa terutama dalam penjarangan balita gizi buruk, yang meliputi :
 - a) Pengetahuan : memberi kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan pelatihan pada bidan desa tentang gizi buruk, terutama tentang penggunaan tabel *WHO-2005* sebagai rujukan hasil penimbangan terhadap BB/ TB (Berat Badan/ Tinggi Badan) dan PB (Panjang Badan), tanda-tanda klinis penderita gizi buruk, fokus perhatian terhadap hasil penimbangan (SKDN) sebagai dasar analisa pemantauan pertumbuhan balita atau bayi, menentukan arah garis pertumbuhan dalam KMS,
 - b) Motivasi : dalam penjarangan balita gizi buruk bidan PNS di desa tidak dapat bekerja sendiri, tugas pelayanan pemantauan pertumbuhan balita merupakan tugas sosial yang harus dilaksanakan bidan desa, dengan adanya pelatihan manajemen gizi buruk dapat meningkatkan kinerja bidan desa dalam penjarangan balita gizi buruk.
 - c) Beban kerja : lebih mengoptimalkan tugas utama sebagai bidan desa.
 - d) Kepemimpinan : Kepala Puskesmas mengarahkan secara rutin kegiatan penjarangan dan pelacakan balita gizi buruk sesuai prosedur dan evaluasi kegiatan.
 - e) Insentif : Perlunya pemberian insentif secara terbuka dan disesuaikan dengan kontribusi kerja, dan memperhatikan insentif non finansial pada bidan di desa dalam penjarangan balita gizi buruk sebagai salah satu bentuk perhatian.

2. Bagi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Diperlukan adanya penelitian lebih lanjut tentang kinerja bidan di desa dalam penjangkaran balita gizi buruk serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI, *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Gizi*, Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta 2007).
2. Peraturan Presiden no. 5 tahun 2010 tentang *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2010 – 2014*
3. Depkes RI, *Pedoman Respon Cepat Penanggulangan Gizi Buruk*, Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta, 2008
4. Depkes RI, *Riset Kesehatan Dasar 2007 – Laporan Provinsi Jawa Tengah*, Jakarta, 2008
5. Dinkes Provinsi Jawa Tengah, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, 2006
6. Dinkes Provinsi Jawa Tengah, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, 2007
7. Dinkes Provinsi Jawa Tengah, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, 2008
8. Wirawan, *Evaluasi Kinerja SDM*, Jakarta, 2009
9. Gibson, James L, John M. Ivancevich, James H. Donnelly, Jr, *Organization: Behavior, Structure, Processes*, 7th ed, Irwin, Boston. 1996
10. Depkes RI, *Panduan Bidan di Tingkat Desa*, Dirjend Binkesmas, Jakarta, 1993
11. Depkes RI, *Modul Manajemen Gizi Buruk*, Dir.Bina Gizi Masyarakat, Jakarta, 2005
12. Darsiwan, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Bidan di Desa dalam Pertolongan Persalinan di Kabupaten Magelang*, Tesis, UNDIP Semarang, 2003
13. Syahnun Ady Kusuma, *Faktor Kompetensi dan Manajerial Bidan Desa yang berhubungan dengan Kinerja Bidan Desa dalam Kegiatan Perbaikan Gizi di Kabupaten Siak*, Tesis, UGM Yogyakarta, 2005
14. Wawan Setiawan, *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pertolongan Persalinan di Kabupaten Tasikmalaya*, Tesis, UNDIP Semarang, 2007
15. Rina Listyowati, *Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pelayanan Penanganan Asfiksia Neonatorum di Wilayah Kabupaten Demak*, Tesis, UNDIP Semarang, 2008

16. Mc Cloy, R.A. Campbel, J.P. and Cudeck, R, *Comfirmatory Test of Model Performance Determinant*, *Journal of Applied Psychology*,79, 44, 493-505
17. Handoko, H, *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Edisi II. BPFE, Yogyakarta, 1995
18. Bernardin, John, and Joyce E. A. Russel, *Human Resource Management*, second edition, Mc-Graw Hill, Book Co, Singapore, 1998
19. As'aad M., *Psikologi Industri*, Edisi keempat, Liberty, Yogyakarta, 1987
20. Umar, Husein, *Riset Sumber Daya Manusia dalam Organisasi*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 1999.
21. Simamora H., *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi I, Cetakan I, STIE YPKN, Yogyakarta, 1995
22. WHO, *Modul Safe Motherhood*, Depkes RI, Jakarta, 2005;
23. Depkes RI, Kep.Men.Kes., *Standar Profesi Bidan*, Jakarta, 2007
24. Suwanto FX, *Perilaku Keorganisasian*, Buku Panduan Mahasiswa, Penerbit Universitas Atma Jaya Yogyakarta, Edisi Pertama, 1999
25. Robbins, Stephens P.,*Organizational Behavior*, 7th ed, Prentice Hall, Inc, 1996
26. Muchlas, M. *Perilaku Organisasi*, Program Pendidikan Pasca Sarjana Magister Manajemen Rumah Sakit UGM, Yogyakarta, 1997
27. Mangkunegara Prabu, *Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia*, Cetakan kedua Refika Aditaman, Jakarta, 2006.
28. Gitosudarmo, Indriyo, dan Sudita, Nyoman, *Perilaku Keorganisasian*, Edisi Perta, cetakan ke-2, BPFE, Yogyakarta, 2000
29. Muchlas, Makmuri, *Perilaku Organisasi*, Cetakan ke-2, Program PPS *Manajemen Rumah Sakit*, UGM, Yogyakarta, 1999.
30. Hamzah B.Uno, *Teori Motivasi dan Pengukurannya*, Penerbit Bumi Aksara, Jakarta, 2006
31. D.A. Kolb, *Management and the Learning Process*, "California Management Review"
32. S.J. Wells, "*Forget the Formal Training. Try Chating at the Water Cooler*", New York Times, hal 11, 1998
33. Reksohadiprodjo, Sukanto, dan Hani Handoko, *Organisasi Perusahaan Teori, Struktur dan Perilaku*, edisi kedua, cetakan ke-9, BPFE, Yogyakarta, 1996

34. Stoner, James, et. Al, *Management*, Sixth Edition, diterjemahkan oleh Alexander Sindoro, PT. Prenhallindo, Jakarta, 1996.
35. Schroeff, Van Der, dan Makaliwe, Willem H., *Manajemen dan Organissai Perusahaan*, cetakan kedua, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1990
36. Winardi, *Kepemimpinan dalam Manajemen*, Cetakan ke-2, Rineka Cipta, Jakarta, 2000
37. Herzberg, F., *Work and the Nature of Man*, New York, World Publishing co, 1966
38. Leavitt, Harold, *Managerial Psychologi*, Fourth Edition, diterjemahkan oleh Muslichah Zarkasi, Cetakan Ketiga, Erlangga, Jakarta, 1997
39. Pudjiadi, S., *Ilmu Gizi Klinis pada Anak*, edisi keempat, FK UI Jakarta, 2000
40. Depkes RI, *Klasifikasi Status Gizi Anak Bawah Lima Tahun (BALITA)*, Dirjend Binkesmas, Jakarta, 2005
41. Depkes RI, *Juknis Program JPS-BK, Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi*, Jakarta, 1999
42. Sugiono, *Statistik untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung, 2002

