

**TESIS**

**ANALISIS KINERJA PUSKESMAS MADELLO  
KABUPATEN BARRU**

**PERFORMANCE ANALYSIS OF PUSKESMAS  
MADELLO OF BARRU REGENSY**



**IDAWATI**

**Konsentrasi Administrasi Pelayanan Kesehatan**

**PROGRAM MAGISTER ILMU ADMINISTRASI  
SEKOLAH TINGGI ILMU ADMINISTRASI  
LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA  
MAKASSAR  
2018**

# TESIS

## HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI

**JUDUL : ANALISIS KINERJA PUSKESMAS MADELLO  
KABUPATEN BARRU**

Pada hari ini Kamis, 04 Januari 2018 telah dilaksanakan Ujian Tesis Mahasiswa atas nama **Idawati** dengan Nomor Pokok Mahasiswa **2015.05.068**

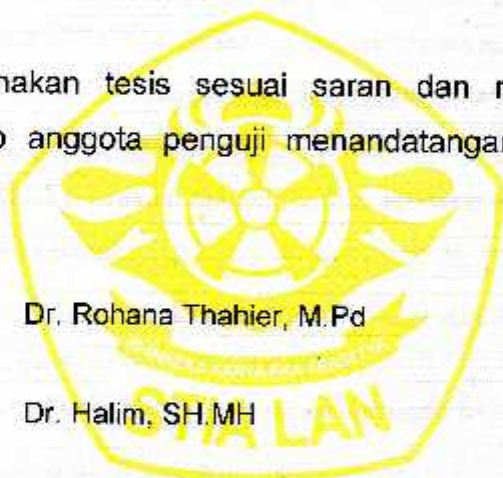
Telah menyempurnakan tesis sesuai saran dan rekomendasi Tim Penguji, jika setiap anggota penguji menandatangani persetujuan di bawah ini.

Ketua Tim : Dr. Rohana Thahier, M.Pd

Sekretaris : Dr. Halim, SH.MH

Anggota : 1. Dr. Guntur Karnaeni, M.Si

2. Dr. Alam Tauhid Syukur, S.Sos.M.Si



## HALAMAN PENGESAHAN

### ANALISIS KINERJA PUSKESMAS MADELLO KABUPATEN BARRU


disusun dan diajukan oleh

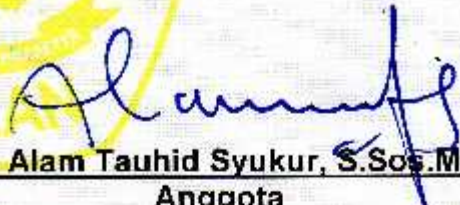
**Idawati**

Nomor Pokok Mahasiswa : **2015.05.068**


telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
pada tanggal 04 Januari 2018  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**Menyetujui,  
Komisi Penasihat,**

  
Dr. Guntur Karnaeni, M.Si  
Ketua

  
Dr. Alam Tauhid Syukur, S.Sos.M.Si  
Anggota

**Mengetahui,  
Ketua STIA LAN Makassar**

  
Prof. Amir Imbaruddin, MDA., Ph.D  
NIP. 19640706 199303 1 001

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Analisis Kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru". Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Bidang Ilmu Administrasi, Konsentrasi Administrasi Pelayanan Kesehatan (APK), pada Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Lembaga Administrasi Negara (STIA-LAN) Makassar.

Shalawat dan salam atas junjungan baginda kita, Nabi Muhammad SAW, nabi yang mengajarkan kita berbagai ilmu pengetahuan dan telah membawa kita dari alam kegelapan menuju ke alam terang benderang, beserta orang-orang yang senantiasa istiqomah dijalanannya.

Disadari bahwa dalam pembuatan tesis ini, penulis mendapat banyak bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Amir Imbaruddin, MDA., Ph.D, selaku ketua STIA LAN Makassar,
2. Bapak Dr. Guntur Karnaeni, M. Si dan Bapak Dr. Alam Tauhid Syukur, S.Sos, M.Si, selaku pembimbing I dan II dalam penulisan tesis ini,
3. Bapak Dr. Halim, SH,MH, selaku Ketua Program Studi S2 Ilmu Administrasi Pasca Sarjana STIA LAN Makassar,

4. Bupati Kabupaten Barru yang telah memberikan izin kepada penulis untuk menempuh pendidikan S2 di STIA-LAN Makassar,
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Barru yang telah memberikan rekomendasi kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan S2 di STIA-LAN Makassar,
6. Seluruh guru besar dan dosen pengajar pada Konsentrasi Administrasi Pelayanan Kesehatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan,
7. Seluruh informan yang telah berpartisipasi dalam memberikan informasi yang sesungguhnya dalam proses penelitian ini,
8. Seluruh teman-teman mahasiswa APK Angkatan 2015 serta semua pihak yang telah membantu penulis selama proses pembelajaran ini, yang tak mampu dituliskan satu persatu.

Dengan rasa hormat dan ucapan terima kasih yang tidak terhingga bagi kedua orang tua, Bapak M.Syabiruddin Abdolo dan ibu Hj. Marhamah, saudara-saudaraku Asmeati, M.Kasgu dan Nurrahmi dan suami terbaik penulis Drs.Wardan Amrullah, putra putri M.Fitrah Wardan, Nadiah Hulwah Wardan, M.Fadhal Ghazi Wardan (almarhum) dan M. Rayyan Al Khairi Wardan, mertua penulis Bapak H. Amrullah Kadir dan Hj. Warni Husain atas segala doa, kesabaran, ketabahan, pengorbanan dan kasih sayang yang diberikan kepada penulis selama mengikuti pendidikan. Semoga segala pengorbanan, kasih sayang yang dicurahkan dan cinta yang telah diberikan mendapat imbalan yang setimpal disisi Allah SWT.

Penulis menyadari penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi materi, analisis, penulisan, maupun penyajian. Sehingga kritik dan saran atau masukan yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi sempurnanya tulisan ini. Akhirnya dengan segala keterbatasan yang ada, penulis berharap semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin ya Rabbal'alamin.

Wassallamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Barru, Januari 2018

Penulis

## INTISARI

Idawati, 2015.05.068

### **ANALISIS KINERJA PUSKESMAS MADELLO KABUPATEN BARRU**

Tesis xiii, 154 hlm.

**Pembimbing: Guntur Karnaeni,  
AlamTauhidSyukur,**

Permasalahan dalam penelitian ini adalah Bagaimana Kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru. Berdasarkan permasalahan tersebut maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru.

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif, Teknik pengumpulan data, telaah dokumen, wawancara dan observasi. Adapun teknik pengolahan data dan analisis data yaitu, pengumpulan data, reduksi data, display data, verifikasi dan penegasan kesimpulan.

Hasil penelitian kinerja pelaksanaan pelayanan kesehatan: Promosi Kesehatan, Kesehatan lingkungan, Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana, Gizi serta Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kategori kurang baik, disebabkan kurangnya: keterpaduan lintas program, lintas sektor, partisipasi masyarakat, bimbingan dan pembinaan, anggaran, kendaraan operasional, tenaga yang tidak kompeten, penggunaan angka proyeksi serta kepemimpinan yang tidak efektif. Sedangkan rawat jalan dan rawat inap kategori baik. Pelaksanaan manajemen puskesmas kategori kurang baik, Pada perencanaan puskesmas mekanisme penyusunan RUK dan RPK tidak sesuai waktu dan kebutuhan masyarakat. Lokakaryamini tidak terlaksana sesuai dengan frekuensi dan waktu, serta rendahnya partisipasi lintas sektor. Penilaian kinerja tahunan tidak konsisten dilaksanakan. Puskesmas Madello harus menerapkan keterpaduan dan kesinambungan, kemandirian masyarakat, pemberdayaan masyarakat, dan menetapkan target yang realistis serta melakukan tata kerja dengan membentuk forum yang berperan sebagai mitra kerja puskesmas. Dinas Kesehatan Kab. Barru untuk meningkatkan bimbingan dan pembinaan, anggaran, kendaraan operasional serta menempatkan tenaga sesuai kompetensi. Membuat perencanaan dengan menyusun RUK dan RPK sesuai waktu dan kebutuhan masyarakat, melibatkan lintas sektor yang lebih banyak dalam kegiatan lokakaryamini dan konsisten melakukan penilaian kinerja baik internal maupun eksternal dalam rangka akuntabilitas.

Kata Kunci : Kinerja, Puskesmas Madello, Pemerintah Kabupaten





## ABSTRACT

### PERFORMANCE ANALYSIS OF PUSKESMAS MADELO OF BARRU REGENCY

Author : Idawati

Supervisors : Guntur Karnaeni

Alam Tauhid Syukur

The problem analyzed in the study was about performance. Therefore, the objective of the study was to understand and analyze performance of Madello public health center (Puskesmas) of Barru regency.

The study applied a descriptive method with a qualitative approach. The data for the study were collected through document study, interviews, and observations. The data collected were then reduced, displayed, verified, and conclusion making.

The results of the study showed that performance of the Puskesmas Madello in terms of health care, health promotion, mother and children health service, family planning service, nutrition and health prevention was categorized as poor due to lack of cross-program and cross-sectoral integration, community participation, guidance and coaching, budgets, operational vehicles, incompetent personnel, use of projection figures, and ineffective leadership. But the health service for inpatients and outpatients was good.

Poor management of Puskesmas in which RUK and RPK preparation mechanisms did not meet the time and needs of the community. Mini workshops were not performed according to frequency and time and low cross-sectoral participation. Annual performance appraisals were not consistently implemented. It was therefore recommended that Puskesmas should implement integration and sustainability, community awareness, community empowerment, and set realistic targets and work procedures by establishing forums that act as partners of Puskesmas and Health Agency of Barru regency to improve guidance and coaching, budget, operational vehicles, as well as placing personnel according to their competence. Preparing RUK and RPK should be on time and community needs, involves more cross-sector in mini workshop activities and is consistent in performing internal and external performance appraisal in the framework of accountability.

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
INTISARI.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR GRAFIK .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	11
C. Tujuan Penelitian .....	11
D. Manfaat Penelitian.....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>12</b>
A. Tinjauan Pustaka .....	12
1. Konsep Kinerja.....	12
2. Konsep Evaluasi .....	35
3. Pelayanan Kesehatan .....	44
4. Konsep Puskesmas .....	48

5. Manajemen Puskesmas .....	55
6. Penilaian Kinerja Puskesmas.....	59
B. Hasil Penelitian yang Relevan.....	63
C. Deskripsi Fokus Penelitian .....	64
D. Model Penelitian.....	66
E. Pertanyaan Penelitian .....	67
BAB III DESAIN DAN PROSEDUR PENELITIAN .....	68
A. Pendekatan Penelitian Kualitatif.....	68
B. Desain Penelitian .....	68
C. Unit Analisis dan Sumber Data .....	69
D. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data .....	70
E. Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	71
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	73
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	73
B. Deskripsi Hasil Penelitian.....	78
1. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan .....	79
2. Pelaksanaan Manajemen Puskesmas .....	103
C. Pembahasan.....	113
BAB V PENUTUP .....	152
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Hasil Cakupan Kegiatan Pelayanan Kesehatan .....	7
Tabel 2.	Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Barru .....	8
Tabel 3.	Kunjungan Rawat Inap Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Barru .....	
Tabel 4.	Kriteria Evaluasi.....	39
Tabel 5.	Hasil Penelitian yang Relevan .....	63
Tabel 6.	Daftar Informan Penelitian.....	69
Tabel7.	Luas Wilayah Kerja Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Kabupaten Barru Tahun 2016 .....	74
Tabel8.	Distribusi Jumlah Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Kabupaten Barru.....	74
Tabel9.	Status Pendidikan Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Kabupaten Barru .....	75
Tabel10.	Status Pekerjaan Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Kabupaten Barru .....	76
Tabel 11.	Keadaan Ketenagaan UPTD Kesehatan Puskesmas Madello.....	78

Tabel 12.	Capaian Indikator Program Promosi Kesehatan Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016 .....	80
Tabel 13.	Capaian Indikator Program Kesehatan Lingkungan Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016 .....	85
Tabel 14.	Capaian Indikator Program Kesehatan Ibu, Anak, dan KB Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016 .....	88
Tabel 15.	Capaian Indikator Program Perbaikan Gizi Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016 .....	91
Tabel 16.	Capaian Indikator Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016 .....	95
Tabel 17.	Kondisi Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016 .....	99
Tabel 18	Capaian Indikator Rawat Jalan dan Rawat Inap Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016 .....	99

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1.	UKM dan UPK di Puskesmas Menuju Keluarga Sehat...	55
Gambar 2.	Model Berpikir.....	67
Gambar 3.	Kegiatan Posyandu Delima Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas.....	93
Gambar 4.	Pelaksanaan Lokakarya Mini di Puskesmas Madello .....	108

**DAFTAR GRAFIK**

Grafik 1. Distribusi Jumlah Keluarga Miskin di wilayah kerja Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Kabupaten Barru Tahun 2016.....	76
Grafik 2. Rekapitulasi Pencapaian Indikator PHBS Rumah Tangga di Puskesmas Madello Tahun 2016.....	81

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional, tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan.

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar-upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia.



Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Puskesmas merupakan garda terdepan dalam penyelenggara upaya kesehatan dasar. Puskesmas yang merupakan unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu.

Pada era saat ini, masyarakat menginginkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, memuaskan, serta dapat menjawab kebutuhan mereka. Oleh karena itu upaya peningkatan mutu dan kinerja pelayanan perlu diterapkan dalam pengelolaan Puskesmas. Dengan meningkatnya tingkat pendidikan dan keadaan sosial dalam masyarakat maka, meningkat pula kesadaran akan arti hidup sehat dan keadaan tersebut menyebabkan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu, nyaman dan berorientasi pada kepuasan konsumen semakin mendesak dimana diperlukan kinerja pelayanan yang tinggi.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah pada Bab IV pasal 11 ayat (2) ditetapkan bahwa bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh daerah kabupaten dan daerah kota adalah pekerjaan umum, kesehatan, pendidikan dan kebudayaan, pertanian, perhubungan, industri dan perdagangan,

penanaman modal, lingkungan hidup, pertanahan, koperasi, dan tenaga kerja. Ini berarti bahwa dalam rangka otonomi daerah, Pemerintah kabupaten dan pemerintah kota diberi kewenangan dan tanggung jawab sepenuhnya menyelenggaraan pembangunan dalam bidang tersebut dalam rangka memberikan pelayanan yang memuaskan kepada masyarakat.

Akan tetapi sampai saat ini pelayanan publik cenderung belum sepenuhnya menganut responsibilitas, responsivitas dan kadang-kadang malah tidak representative. Pelayanan publik yang dikelola oleh pemerintah secara hierarkis cenderung bercirikan "*over bureaucratic, bloated, wastefull dan under performing*" sehingga pelayanan yang diberikan tidak memuaskan masyarakat, bahkan kalah bersaing dengan pelayanan pihak swasta.

Kenyataan dilapangan pelayanan publik Indonesia menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan oleh birokrasi sangat rumit, prosedural, berbelit-belit lama, boros atau tidak efisien dan efektif serta menyebalkan. Adanya struktur dan fungsi birokrasi yang overlapping menyebabkan tidak efisien serta tanggung jawab yang tidak jelas, (Arif, 2010;79).

Setiap instansi pemerintah yang berkaitan erat dengan pelayanan masyarakat selalu mempunyai unit perencanaan yang bertugas memformulasikan kebutuhan rakyat yang harus dipenuhi organisasi pelayanan tersebut. Mekanisme koordinasi perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian program pelayanan masyarakat ditetapkan pemerintah melalui *top-down-botton up planning model*. Namun dalam praktiknya,

sering terjadi kesalahan identifikasi dan klasifikasi kebutuhan masyarakat oleh unit perencanaan pemerintah, apa yang dibutuhkan rakyat tidak terpenuhi atau yang disediakan dan dilayani pemerintah berbeda dengan apa yang diinginkan masyarakat.

Dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, pemerintah telah mendirikan Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) di seluruh wilayah Indonesia. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI No 75 Tahun 2014 dijelaskan bahwa Puskesmas merupakan unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Agar upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat tercapai fungsi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) harus seimbang. UKP saja dengan program JKN yang diikuti oleh seluruh rakyat pun belum cukup untuk mengangkat derajat kesehatan masyarakat. Memang rakyat merasa senang karena setiap kali sakit mendapat pelayanan kesehatan gratis, tetapi derajat kesehatan tidak akan naik selama UKM tidak dikerjakan.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa dalam menjalankan perannya sebagai penanggung jawab wilayah, Puskesmas memiliki dua upaya yang harus dilaksanakan secara seimbang, yakni UKP dengan

pendekatan JKN dan Penguatan pelayanan kesehatan, serta UKM dengan pendekatan pemberdayaan keluarga, pemberdayaan Masyarakat, dan pembangunan Berwawasan Kesehatan. Kedua upaya tersebut secara sinergis akan menuju kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat di wilayah kerja Puskesmas. Puskesmas akan semakin disibukkan oleh UKP saat JKN harus dilaksanakan di Puskesmas. Betapapun Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 mengamanatkan bahwa Puskesmas harus melaksanakan prinsip keterpaduan dan kesinambungan, dengan mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP.

Dalam rangka meningkatkan *aksesibilitas* pelayanan, Puskesmas didukung oleh jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan. Jaringan pelayanan Puskesmas mencakup fasilitas diantaranya; Puskesmas pembantu yang memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas, Puskesmas keliling yang memberikan pelayanan kesehatan yang sifatnya bergerak (*mobile*) untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas yang belum terjangkau oleh pelayanan dalam gedung Puskesmas. Bidan desa yang ditempatkan dan bertempat tinggal pada satu desa dalam wilayah kerja Puskesmas.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai salah satu sarana fasilitas kesehatan primer yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki tugas dan fungsi yang sangat strategis dalam

mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Diakui bahwa keberadaan puskesmas sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan sudah tersebar keseluruh pelosok Indonesia, namun belum diikuti dengan peningkatan kualitas dan mutu pelayanan kesehatan. Tingkat pelayanan masih kurang dan masih jauh dari harapan masyarakat. Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan melalui puskesmas telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat dengan cukup bermakna, namun masih menghadapi berbagai masalah

Berdasarkan Buku Pedoman Umum Program Indonesia Sehat, (2016:215-216), masalah pokok yang dihadapi dalam pembangunan kesehatan dewasa ini dan ke depan adalah:

1. Status kesehatan masyarakat masih rendah, terutama pada masyarakat lapisan bawah atau masyarakat miskin. Kematian bayi pada kelompok masyarakat termiskin adalah sekitar 3,5 kali lipat lebih tinggi dari kematian bayi pada kelompok masyarakat terkaya. Belum lagi disparitas status kesehatan antar wilayah, yaitu antar pedesaan dan perkotaan, antar daerah maju dengan daerah tertinggal/terpencil miskin.
2. Angka kesakitan dan kematian karena penyakit infeksi atau menular masih tinggi. Di lain pihak angka kesakitan penyakit degeneratif mulai meningkat. Di samping itu juga menghadapi berbagai masalah kesehatan akibat bencana. Oleh karena itu menghadapi beban ganda atau double burden, bahkan "multiple burden".
3. Pemerataan, keterjangkauan atau akses pelayanan kesehatan yang bermutu/berkualitas masih rendah disebabkan karena geografi, ekonomi, dan ketidaktahuan masyarakat.
4. Berkaitan dengan masalah akses dan mutu pelayanan kesehatan, alat kesehatan yang belum terkalibrasi, masalah kurangnya tenaga kesehatan yang berkopetensi dan penyebarannya yang tidak sesuai dengan kebutuhan. Pelayanan

kesehatan di daerah tertinggal, daerah terpencil, dan daerah perbatasan masih kurang dapat dilayani oleh tenaga elektromedik yang memadai.

5. Kurangnya tenaga pemeliharaan alat kesehatan yang memenuhi kriteria khususnya di puskesmas.

Pembangunan kesehatan di Kabupaten Barru merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari pembangunan kesehatan nasional yang diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang ditunjang dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, yaitu sehat secara fisik, mental dan sosial serta beriman kepada Tuhan Yang Maha Esa. Dalam hal kesehatan yang bersentuhan langsung dengan kebutuhan masyarakat maka perlu untuk meningkatkan kinerja dengan mengedepankan fungsi-fungsi Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang ada di Kabupaten Barru.

Puskesmas Madello adalah salah satu dari 12 Puskesmas di Kabupaten Barru. Dalam mengemban tugasnya melaksanakan kebijakan mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat untuk mencapai derajat kesehatan optimal telah menyelenggarakan fungsi yaitu penyelenggaraan UKM dan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. Namun dalam menyelenggarakan tugas dan fungsinya masih dihadapi berbagai permasalahan dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat. Dari data Dinas kesehatan Kab. Barru Seksi KIA dan Gizi tahun 2016 didapatkan bahwa angka kematian bayi lebih tinggi dibandingkan dengan puskesmas lainnya di Kab. Barru yaitu jumlah bayi lahir mati sebanyak 6 orang dan kematian neonatal sebanyak 4 orang. Sedangkan data dari

seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) didapatkan data insidens penyakit Demam Berdarah mengalami peningkatan 3 tahun terakhir dimana pada tahun 2016 ada 10 kasus.

Sementara itu bila dilihat dari hasil pencapaian pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat ditemukan bahwa beberapa indikator cakupan kegiatannya masih lebih rendah daricakupan Kabupaten yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Barru. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut ini :

**Tabel 1**  
**Hasil Cakupan Kegiatan Pelayanan Kesehatan**  
**Kabupaten Barru 2014 – 2016**

No	Kegiatan	2014		2015		2016	
		Kab	PKM	Kab	PKM	Kab	PKM
1	Kasus diare yang tangani	93,3	47	80,6	28	65	53
2	K4	94,3	94,8	92,4	92,1	92,56	86,21
3	PHBS RT	65,3	52,7	70,9	78,4	57,5	48,3
4	Usila	10,52	4,13	12,49	26,4	65,4	53,1
5	Penemuan BTA ( + )	15,80	14,29			45,2	14
6	Penemuan Pnemounia			9,6	3,4	11,6	5,7
7	D/S			80,6	79,3	85,2	80,8
8	N/D					82,4	81,2

*Sumber : Data Profil Dinas Kesehatan Kab. Barru, 2014 - 2016*

Pada Tabel 1 terlihat hasil pencapaian beberapa pelaksanaan pelayanan kesehatan ditemukan bahwa beberapa indikator cakupan kegiatannya masih lebih rendah daricakupan Kabupaten Dinas Kesehatan Kab. Barru seperti promosi kesehatan ( PHBS RT), Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana (K4), Gizi (D/S dan N/D), dan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (kasus diare yang ditangani, penemuan BTA (+) dan penemuan pnemonia).

Sedangkan pada penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) yaitu kunjungan Rawat Jalan memperlihatkan bahwa kunjungan rawat jalan Puskesmas Madello mengalami penurunan yang sangat tajam pada tahun 2016. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut ini :

**Tabel 2**  
**Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas Dinas Kesehatan**  
**Kabupaten Barru 2014 - 2016**

No	Puskesmas	2014	2015	2016
1	Lisu	9951	8799	10118
2	Ralla	21265	20328	17856
3	Padongko	25304	28906	27987
4	Mangkoso	20400	4590	10995
5	Pekkae	20177	22764	24280
6	Bojo Baru	11498	8885	9378
7	Pujananting	3703	3674	5287
8	Palakka	15766	14234	12290
9	Palanro	24878	26591	16761
10	Madello	15766	16854	11510
11	Pancana	12906	12357	10419
12	Doi-doi	5891	0	1970

*Sumber data: Laporan Kunjungan Rawat Jalan Dinas Kesehatan Kab. Barru, 2016*

Dari tabel 2 diatas terlihat bahwa dari 12 Puskesmas yang ada di Kabupaten Barru, Puskesmas Madello merupakan salah satu puskesmas yang mengalami penurunan jumlah kunjungan pada tahun 2016 yaitu hanya sebanyak 11510 kunjungan. Hal ini mengindikasikan bahwa pemanfaatan Fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) primer dalam hal ini Puskesmas Madello oleh masyarakat mengalami penurunan khususnya pada pelayanan rawat jalan puskesmas.

Begitupula dari rekapan laporan kunjungan rawat inap puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Barru menunjukkan bahwa kunjungan rawat



inap Puskesmas Madello pada tahun 2016 juga mengalami penurunan.

Hal itu dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 3**  
**Kunjungan Rawat Inap Puskesmas Dinas Kesehatan**  
**Kabupaten Barru 2014-2016**

No	Puskesmas	2014	2015	2016
1	Lisu	270	377	474
2	Ralla	311	366	535
3	Padongko	0	0	135
4	Mangkoso	787	0	371
5	Pekkae	813	513	989
6	Bojo Baru	424	434	423
7	Pujananting	0	0	39
8	Palakka	132	94	141
9	Palanro	407	684	710
10	Madello	361	378	301
11	Pancana	0	0	0
12	Doi-doi	93	0	162

*Sumber data: Laporan Kunjungan Rawat Inap Dinas Kesehatan Kab. Barru, 2016*

Dari tabel 3 di atas terlihat bahwa dari 12 puskesmas di Kab. Barru Puskesmas Madello merupakan salah satu puskesmas yang mengalami penurunan jumlah kunjungan rawat inap di tahun 2016 yaitu 301 kunjungan. Hal ini berarti bahwa pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat dalam mendapatkan pelayanan rawat inap mengalami penurunan. Berdasarkan uraian di atas, penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian yang mendalam tentang Analisis Kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka rumusan masalah pada penelitian ini yaitu Bagaimanakah Kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru?

### **C. Tujuan Penelitian**

Dari rumusan masalah di atas, maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis kinerja Puskesmas Madello di Kabupaten Barru.

### **D. Manfaat Penelitian**

Adapun manfaat penelitian ini adalah :

#### **a. Manfaat Akademik**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmu pengetahuan khususnya menyangkut wawasan tentang kinerja Puskesmas.

#### **b. Manfaat Praktis**

1. Sebagai bahan evaluasi bagi Puskesmas Madello dalam penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan.
2. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan sebagai salah satu pertimbangan dalam meningkatkan kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Tinjauan Pustaka

#### 1. Konsep Kinerja

##### a. Pengertian Kinerja

Kinerja adalah istilah yang populer di dalam manajemen, yang mana istilah kinerja didefinisikan dengan istilah hasil kerja, prestasi kerja dan *performance*.

“Secara etimologi, kinerja berasal dari kata *performance*. *Performance* berasal dari kata *to perform* yang mempunyai beberapa masukan (*entries*): (1) melakukan, (2) memenuhi atau menjalankan suatu, (3) melaksanakan suatu tanggung jawab, dan (4) melakukan sesuatu yang diharapkan oleh seseorang, (Sinambela, dkk, 2006:136).

Dari pendapat tersebut dapat diartikan bahwa kinerja adalah melakukan suatu kegiatan dan menyempurnakan pekerjaan tersebut dengan tanggungjawabnya sehingga dapat mencapai hasil sesuai dengan yang diharapkan.

Kinerja (*performance*) menurut Mahsun (2012:25), “gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan/ program/ kebijakan/dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi organisasi yang tertuang dalam strategik planning suatu organisasi”.

Selanjutnya menurut Pasolong dalam Fahmi (2010:5) bahwa kinerja mempunyai beberapa elemen yaitu :

- a. Hasil kerja dicapai secara individual atau secara institusi, yang berarti kinerja tersebut adalah hasil akhir yang diperoleh secara sendiri-sendiri atau kelompok.
- b. Dalam melaksanakan tugas, orang atau lembaga diberikan wewenang dan tanggung jawab, yang berarti orang atau lembaga

diberikan hak dan kekuasaan untuk ditindaklanjuti, sehingga pekerjaannya dapat dilakukan dengan baik.

- c. Pekerjaan haruslah dilakukan secara legal, yang berarti dalam melaksanakan tugas individu atau lembaga tentu saja harus mengikuti aturan yang telah ditetapkan.
- d. Pekerjaan tidaklah bertentangan dengan moral atau etika, artinya selain mengikuti aturan yang telah ditetapkan, tentu saja pekerjaan tersebut haruslah sesuai moral dan etika yang berlaku umum.

Lebih lanjut Nasucha dalam Fahmi (2010:3) mengemukakan bahwa

“Kinerja organisasi adalah sebagai efektivitas organisasi secara menyeluruh untuk memenuhi kebutuhan yang ditetapkan dari setiap kelompok yang berkenaan dengan usaha-usaha yang sistemik dan meningkatkan kemampuan organisasi secara terus menerus mencapai kebutuhannya secara efektif”.

Berdasarkan pendapat tersebut diketahui bahwa kinerja organisasi didefinisikan sebagai efektivitas organisasi secara menyeluruh untuk memenuhi kebutuhan yang ditetapkan dari setiap kelompok yang berkenaan melalui usaha-usaha yang sistematis dan meningkatkan kemampuan organisasi secara terus menerus untuk mencapai kebutuhannya secara efektif.

Pendapat lain mengatakan bahwa kinerja merupakan tingkat pencapaian tujuan organisasi seperti dikatakan oleh Rue dan Byars dalam Nasucha (2004:24), kinerja adalah tingkat pencapaian (*the degree of accomplishment*). Kinerja bagi setiap organisasi merupakan kegiatan yang sangat penting terutama penilaian ukuran keberhasilan suatu organisasi dalam batas waktu tertentu.

Maksudnya bahwa suatu organisasi atau perusahaan jika ingin maju atau berkembang maka dituntut untuk memiliki pegawai yang

berkualitas. Pegawai yang berkualitas adalah pegawai yang kinerjanya dapat memenuhi target atau sasaran yang ditetapkan oleh perusahaan. Untuk memperoleh pegawai yang memiliki kinerja baik maka diperlukan penerapan kinerja.

Menurut Sulistiyani (2003:223), kinerja seseorang merupakan kombinasi dari kemampuan, usaha, dan kesempatan yang dapat dinilai dari hasil kerjanya. Dalam buku yang sama Bernardin dan Russel dalam Sulistiyani (2003:223-224) menyatakan, bahwa kinerja merupakan catatan *outcome* yang dihasilkan dari fungsi pegawai tertentu atau kegiatan yang dilakukan selama periode waktu tertentu.

Sedangkan menurut Bacal dalam Dharma (2005:18), mendefinisikan kinerja sebagai proses komunikasi yang berkesinambungan dan dilakukan dengan kemitraan antara seorang karyawan dan atasan secara langsung. Proses ini meliputi kegiatan membangun harapan yang jelas serta pemahaman mengenai pekerjaan yang akan dilakukan. Ini merupakan sebuah sistem yang artinya memiliki sejumlah bagian yang semuanya harus diikutsertakan, kalau sistem manajemen kinerja ini hendak memberikan nilai tambah bagi organisasi, manajer dan pegawai.

Menurut pendapat Prawirosentono (1999:2) :kinerja atau performa adalah

“Hasil kerja yang dapat dicapai seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi Kinerja merupakan tingkat pencapaian hasil atas pelaksanaan tugas tertentu. Dalam konteks pengembangan

sumber daya manusia kinerja seorang karyawan dalam sebuah perusahaan sangat dibutuhkan untuk mencapai prestasi kerja bagi karyawan itu sendiri dan juga untuk keberhasilan perusahaan”.

Berdasarkan penjelasan tersebut diketahui kinerja adalah prestasi kerja atau prestasi sesungguhnya yang dicapai oleh seseorang, atau juga hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang ingin dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

Arti penting dari kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam upaya mencapai tujuan organisasi bersangkutan secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral maupun etika (Sedarmayanti 2007: 260). Unit sumber daya manusia dalam suatu organisasi seharusnya berperan untuk menganalisis dan membantu memperbaiki masalah-masalah dalam pencapaian kinerja. Apa yang sesungguhnya menjadi peranan unit sumber daya manusia dalam suatu organisasi ini seharusnya tergantung pada apa yang diharapkan manajemen tingkat atas, seperti fungsi manajemen manapun, kegiatan manajemen sumber daya manusia harus dievaluasi dan direkayasa sedemikian sehingga mereka dapat memberikan kontribusi untuk kinerja yang kompetitif dari organisasi dan individu pada pekerjaan (Robbins 2003:82). Hasil kerja yang dicapai oleh seorang juga haruslah dapat memberikan kontribusi yang penting bagi perusahaan yang dilihat dari segi kualitas yang

dirasakan oleh perusahaan dan sangat besar manfaatnya dimasa yang akan datang.

Berdasarkan defenisi diatas bahwa kinerja merupakan suatu konsep yang strategis dalam rangka menjalin hubungan kerja sama antara pihak manajemen dengan para karyawan untuk mencapai kinerja yang baik, unsur yang paling dominan adalah sumber daya manusia, walaupun perencanaan telah tersusun dengan baik dan rapi tetapi apabila orang atau personil yang melaksanakan tidak berkualitas dengan tidak memiliki semangat kerja yang tinggi, maka perencanaan yang telah disusun tersebut akan sia-sia.

Lebih lanjut Mangkuprawira dan Hubeis (2007:160) menyebutkan bahwa;

“Kinerja karyawan dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik pegawai. Faktor–faktor intrinsik yang mempengaruhi kinerja pegawai terdiri dari pendidikan, pengalaman, motivasi, kesehatan, usia, keterampilan, emosi dan spiritual. Sedangkan faktor ekstrinsik yang mempengaruhi kinerja pegawai terdiri dari lingkungan fisik dan non fisik, kepemimpinan, komunikasi vertikal dan horizontal, kompensasi, kontrol berupa penyeliaan, fasilitas, pelatihan, beban kerja, prosedur kerja, sistem hukuman dan sebagainya.

Lebih lanjut Mangkuprawira dan Hubeis (2007:155) menguraikan faktor-faktor tersebut sebagai berikut :

- a) Faktor Personal, faktor personal pegawai meliputi unsur pengetahuan, keterampilan, kemampuan, kepercayaan diri, motivasi dan komitmen yang dimiliki oleh setiap individu,
- b) Faktor Kepemimpinan, meliputi aspek kualitas manajer dan dan team leader dalam memberikan dorongan, semangat, arahan, dan dukungan kerja kepada karyawan,

- c) Faktor Tim, meliputi kualitas dukungan dan semangat yang diberikan oleh rekan dalam satu team, kepercayaan terhadap sesama anggota team, kekompakan, dan keeratan anggota team
- d) Faktor Sistem, meliputi sistem kerja, fasilitas kerja dan infrastruktur yang diberikan oleh organisasi, kompensasi dan proses organisasi dan kultur kinerja dalam organisasi,
- e) Faktor Kontekstual, meliputi tekanan dan perubahan lingkungan eksternal dan internal.

Dari definisi-definisi tersebut kinerja merupakan suatu hasil dari tindakan seorang pekerja sesuai dengan pekerjaannya dan diawasi oleh orang-orang tertentu yaitu seorang atasan atau pimpinan dan dukungan dari organisasi yang dipengaruhi oleh faktor instrinsik dan eksterinsik pegawai.

#### **b. Peningkatan Kinerja**

Upaya peningkatan kinerja merupakan salah satu faktor utama bagi organisasi/perusahaan atau lembaga dalam mencapai tujuan. Ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan kinerja karyawan, diantaranya: gaji, lingkungan kerja, dan kesempatan berprestasi. Dengan gaji, lingkungan kerja, dan kesempatan berprestasi diharapkan mampu meningkatkan kemampuan dan keterampilan pegawai dalam melaksanakan tugas-tugas yang diberikan perusahaan. Kinerja menunjukkan kemampuan karyawan meningkatkan produktivitas kerjanya, dapat diartikan atau dirumuskan sebagai perbandingan antara keluaran (output) dengan masukan (input), Hasibuan (2003:126).

Apabila produktivitas naik hanya dimungkinkan oleh adanya peningkatan efisiensi (waktu, bahan, tenaga), dan sistem kerja, teknik produksi, dan adanya peningkatan keterampilan tenaga kerja. Seperti



telah dikutip di atas bahwa kinerja setiap orang dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu: (Simanjuntak, 2005:10).

- a. Kompetensi individu, meliputi: Kemampuan dan keterampilan: kebugaran fisik dan kesehatan jiwa, pendidikan, pelatihan, dan pengalaman kerja dan motivasi dan etos kerja: bekerja sebagai tantangan dan memberi kepuasan.
- b. Dukungan organisasi, meliputi: Pengorganisasian, penyediaan sarana dan prasarana kerja, pemilihan teknologi, kenyamanan lingkungan kerja, serta kondisi dan syarat kerja,
- c. Dukungan manajemen, meliputi: Mengoptimalkan pemanfaatan keunggulan dan potensi kerja, Mendorong pekerja untuk terus meningkatkan kemampuan, Membuka kesempatan yang luas bagi pekerja untuk meningkatkan kemampuan, Membantu pekerja dalam kesulitan melaksanakan tugas, Membangun motivasi kerja, disiplin kerja dan etos kerja, yaitu: menciptakan variasi penugasan, membuka tantangan baru, memberikan penghargaan dan insentif, membangun komunikasi dua arah.

Kinerja bisa juga dikatakan sebagai sebuah hasil (*output*) dari suatu proses tertentu yang dilakukan oleh seluruh komponen organisasi terhadap sumber-sumber tertentu yang digunakan (*input*). Selanjutnya, kinerja juga merupakan hasil dari serangkaian proses kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu organisasi. Bagi suatu organisasi, kinerja merupakan hasil dari kegiatan kerjasama diantara anggota atau komponen organisasi dalam rangka mewujudkan tujuan organisasi. Sederhananya, kinerja merupakan produk dari kegiatan administrasi, yaitu kegiatan kerjasama untuk mencapai tujuan yang pengelolaannya biasa disebut sebagai manajemen.

Pencapaian kepuasan masyarakat yang mendapatkan pelayanan dari pemerintah harus diupayakan sedemikian rupa oleh setiap instansi pemerintah yang berhubungan langsung dengan masyarakat, instansi atau unit kerja yang berada di garis depan. Karena itu, setiap unit

organisasi pelayanan harus mempunyai suatu manajemen pelayanan tertentu mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan sampai kepada pasca pelayanan.

Kinerja organisasi provider pelayanan publik merupakan tema penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik. Kinerja organisasi mengacu pada kemampuan mengorganisir. Keberhasilan suatu organisasi biasanya tergantung pada perencanaan, namun perencanaan itu sendiri tidak menjamin keberhasilan organisasi. Perencanaan memberikan rasa aman dan arah pada organisasi. Komunikasi yang baik, anggaran yang cukup, manajemen konflik yang baik, kepemimpinan, motivasi kerja yang tinggi adalah beberapa hal yang mendorong keberhasilan organisasi.

Mengingat bahwa kinerja organisasi sangat dipengaruhi oleh faktor input dan proses-proses manajemen dalam organisasi, maka upaya peningkatan kinerja organisasi juga terkait erat dengan peningkatan kualitas faktor input dan kualitas proses manajemen dalam organisasi tersebut.

### **c. Penilaian Kinerja**

Membahas tentang kinerja suatu organisasi mau tidak mau pastilah menelaah apa sesungguhnya tujuan organisasi. Melalui pemahaman tujuan tersebut dapat diturunkan berbagai parameter untuk mengukur apakah tujuan yang telah ditetapkan tersebut sudah tercapai atau belum. Penilaian kinerja pelayanan publik tidak terlepas dari penilaian aspek kualitas pelayanan yang diberikan. Pemilihan ukuran

kinerja untuk mengukur keberhasilan dalam mencapai sasaran dan tujuan merupakan aspek yang paling sulit dan penting dalam proses perencanaan strategik. (Gaspersz,2004:57).

Lebih lanjut dikatakan perlunya untuk memilih ukuran-ukuran kinerja yang tepat serta tidak memimpin kearah yang salah. Pemilihan pengukuran kinerja tidak hanya berfokus pada kuantitas saja tetapi harus seimbang dan bersifat menyeluruh, yang berarti harus memperhatikan berbagai aspek sekaligus, seperti kualitas, efisiensi, kuantitas, ketepatan waktu, dll.

Menurut Dwiyanto dalam Nasucha (2004:107) :

“Bila dikaji dari tujuan dan misi utama kehadiran organisasi publik adalah untuk memenuhi kebutuhan dan melindungi kepentingan publik, kelihatannya sederhana sekali ukuran kinerja organisasi publik, namun tidaklah demikian kenyataannya, karena hingga kini belum ditemukan kesepakatan tentang ukuran kinerja organisasi publik”.

Berdasarkan pendapat tersebut diketahui bahwa hingga saat ini penilaian kinerja birokrasi publik belum menemukan kesepakatan mengenai ukuran atau indikator tentang ukuran kinerja organisasi publik .Kesulitan lain dalam menilai kinerja birokrasi publik ini dikemukakan oleh Dwiyanto dalam Nasucha (2004:118 - 119),

“Tujuan dan misi birokrasi publik sering kali bukan hanya sangat kabur, melainkan juga bersifat multidimensional, kenyataan bahwa birokrasi publik memiliki stakeholder yang banyak dan memiliki kepentingan yang sering berbenturan satu dengan yang lainnya membuat birokrasi publik mengalami kesulitan untuk merumuskan misi yang jelas, akibatnya ukuran kinerja organisasi publik dimata para stakeholder juga berbeda-beda”.

Penilaian kinerja organisasi publik tidak cukup melekat pada birokrasi atau pemberi jasa seperti efisiensi dan efektifitas namun bisa juga dilihat pada indikator yang melekat pada pengguna jasa.

Menurut Robbins (2002:155) mengatakan hampir semua cara pengukuran kinerja mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut :

1. Kuantitas, yaitu jumlah yang harus diselesaikan atau dicapai. Pengukuran kuantitatif melibatkan perhitungan keluaran dari proses atau pelaksanaan kegiatan. Ini berkaitan dengan jumlah keluaran yang dihasilkan.
2. Kualitas, yaitu mutu yang harus dihasilkan (baik tidaknya). Pengukuran kualitatif keluaran mencerminkan pengukuran "tingkat kepuasan", yaitu seberapa baik penyelesaiannya. Ini berkaitan dengan bentuk keluaran.
3. Ketepatan waktu, yaitu sesuai tidaknya dengan waktu yang direncanakan. Pengukuran ketepatan waktu merupakan jenis khusus dari pengukuran kuantitatif yang menentukan ketepatan waktu penyelesaian suatu kegiatan.

Fremont E. Kast dan James E. Rosenzweigh dalam Sinambela, dkk(2006:137) mengemukakan bahwa "Indikator kinerja organisasi adalah efektivitas dan efisiensi". Efisiensi dan efektivitas adalah rangkaian kata yang menjadi primadona dan idola serta tujuan dalam aplikasi berbagai paradigma manajemen dan juga dalam pelayanan publik. Penerapan konsep efisiensi dan efektivitas seperti aplikasinya dalam bidang ekonomi dalam sektor publik telah menjadi titik perhatian pada dekade akhir-akhir ini.

Efisiensi (*efficiency*) adalah kemampuan meminimalkan penggunaan sumber daya untuk mencapai sasaran organisasi. Efisiensi terkait dengan terminologi "*doing things right*" (melakukan sesuatu dengan benar) sehingga diistilahkan menjadi berdaya guna". Semakin

efisien suatu pekerjaan berarti semakin hemat penggunaan sumberdayanya. Sedangkan efektivitas adalah kemampuan untuk mencapai sasaran. Efektivitas terkait dengan terminology "*doing the right thing*" atau melakukan sesuatu yang benar, sehingga diistilahkan menjadi "berhasil guna".

Membicarakan konsep efisiensi dan efektivitas dalam suatu kegiatan mau tidak mau harus berhubungan erat dengan tujuan dan sasaran yang ingin dicapai dari kegiatan tersebut. Demikian halnya dengan kegiatan pelayanan publik. Efektivitas pelayanan publik bisa dilihat dari tingkat keberhasilan pelayanan yang telah diberikan pada publik sesuai dengan tujuan atau sasaran dari pelayanan publik itu sendiri. Efisiensi dalam pelayanan publik ditandai dengan sejauhmana sumber daya yang dipergunakan untuk memberikan pelayanan. Biasanya efisiensi lebih menekankan pada aspek internal yang terjadi dalam organisasi publik tersebut. Menurut Arif (2010:20) Pelayanan publik lebih menekankan efektivitas dibanding efisiensi dalam kinerjanya.

Levine et.al dalam Sinambela,dkk (2006:151) mengemukakan "Penilaian kinerja organisasi pelayanan publik tidak terlepas dari aspek lain seperti responsivitas (*responsiveness*), tanggungjawab (*responsibility*), dan akuntabilitas (*accountability*)".

Responsivitas mengacu pada keselarasan antara program dan kegiatan pelayanan yang diberikan oleh organisasi publik dengan keinginan dan kebutuhan masyarakat. Dalam hal ini semakin banyak

keinginan dan kebutuhan masyarakat diprogramkan dan dijalankan, kinerja organisasi publik semakin baik. Indikator responsivitas ini menunjukkan bahwa organisasi publik seharusnya membuat banyak program kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi keinginan dan kebutuhan masyarakat. Responsivitas sebagai salah satu tolok ukur pelayanan publik hampir tidak dimiliki birokrasi publik dan para pejabat publik di era negara kuat dan deregulasi setengah hati akibat lemahnya masyarakat.

Responsibilitas mengacu pada sejauhmana pelaksanaan kegiatan organisasi publik yang telah dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip administrasi yang benar dan atau sesuai dengan kebijakan organisasi yang telah ditetapkan. Dalam hal ini semakin sesuai kegiatan yang dilakukan dengan prinsip-prinsip administrasi atau kebijakan organisasi maka kinerjanya makin baik.

Selanjutnya akuntabilitas merujuk pada seberapa besar kebijaksanaan dan kegiatan organisasi publik tunduk kepada para pejabat politik yang dipilih oleh rakyat. Operasionalisasi indikator ini dapat dilihat apabila semakin besar kegiatan-kegiatannya didasarkan pada upaya-upaya untuk memenuhi harapan dan keinginan masyarakat berarti kinerjanya semakin baik.

Tjokroamidjojo dalam Sinambela,dkk (2006:48) mengemukakan bahwa "Akuntabilitas adalah kewajiban untuk memberikan pertanggungjawaban atas kinerja dan tindakan pimpinan suatu

organisasai kepada publik yang memiliki hak meminta pertanggungjawaban”.

Hal tersebut diatas menunjukkan bahwa pemerintah berkewajiban untuk mempertanggungjawabkan kinerjanya dan mempublikasikan kepada publik. Dan sebaliknya publikpun berhak mendapatkan informasi tentang hasil-hasil kinerja pemberi pelayanan dalam hal ini pemerintah.

Sebagai sebuah pedoman, dalam menilai kinerja organisasi harus dikembalikan pada tujuan atau alasan dibentuknya suatu organisasi. Misalnya, untuk sebuah organisasi privat/swasta yang bertujuan untuk menghasilkan keuntungan dan barang yang dihasilkan, maka ukuran kinerjanya adalah seberapa besar organisasi tersebut mampu memproduksi barang untuk menghasilkan keuntungan bagi organisasi. Indikator yang masih bertalian dengan sebelumnya adalah seberapa besar *efficiency* pemanfaatan input untuk meraih keuntungan itu dan seberapa besar *effectivity* proses yang dilakukan untuk meraih keuntungan tersebut.

Menurut Dwiyanto dalam Nasucha (2004:119) beberapa indikator yang biasanya digunakan untuk mengukur kinerja birokrasi publik sebagai berikut:

- a. Produktivitas  
Konsep produktivitas tidak hanya mengukur tingkat efisiensi, tetapi juga efektivitas pelayanan. Produktivitas pada umumnya dipahami sebagai rasio antara input dengan output.
- b. Kualitas Layanan  
Kepuasan masyarakat bisa menjadi parameter untuk menilai kinerja organisasi publik.

- c. Responsivitas  
Responsivitas adalah kemampuan organisasi untuk mengenali kebutuhan masyarakat menyusun agenda dan prioritas pelayanan dan mengembangkan program-program pelayanan publik sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat.
- d. Responsibilitas  
Responsibilitas menjelaskan apakah pelaksanaan kegiatan organisasi publik itu dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip administrasi yang benar atau sesuai dengan kebijakan organisasi, baik yang eksplisit maupun implisit.
- e. Akuntabilitas  
Akuntabilitas publik menunjukkan pada seberapa besar kebijakan dan kegiatan organisasi publik tunduk pada para pejabat politik yang dipilih oleh rakyat, asumsinya adalah bahwa para pejabat politik tersebut karena dipilih oleh rakyat, dengan sendirinya akan selalu merepresentasikan kepentingan rakyat.

Berdasarkan penjelasan tersebut, terdapat beberapa indikator yang biasanya digunakan untuk mengukur kinerja birokrasi publik; produktivitas, kualitas layanan, responsivitas, responsibilitas dan akuntabilitas yang wajib dienuhi. Sedangkan Kumorotomo dalam Nurmandi (2010:54-55) menggunakan beberapa kriteria untuk dijadikan pedoman dalam menilai kinerja organisasi pelayanan publik, antar lain adalah berikut ini:

1. Efisiensi  
Efisiensi menyangkut pertimbangan tentang keberhasilan organisasi pelayanan publik mendapatkan laba, memanfaatkan faktor-faktor produksi serta pertimbangan yang berasal dari rasionalitas ekonomis. Apabila diterapkan secara objektif, criteria seperti likuiditas, solvabilitas dan rentabilitas merupakan criteria efisiensi yang sangat relevan;
2. Efektivitas  
Apakah tujuan dari didirikannya organisasi pelayanan publik tersebut tercapai? Hal tersebut erat kaitannya organisasi rasionalitas teknis, nilai, misi, tujuan organisasi serta fungsi agen pembangunan.
3. Keadilan  
Keadilan mempertanyakan distribusi dan alokasi layanan yang diselenggarakan oleh organisasi pelayanan publik. Kriteria ini erat kaitannya dengan konsep ketercukupan atau



kepentasan. Pelayanan kepada semua kelompok masyarakat merupakan isu pokok kriteria ini.

#### 4. Daya Tanggap

Daya tanggap yang dimaksud adalah daya tanggap terhadap kebutuhan masyarakat.

Kinerja birokrasi sebenarnya dapat dilihat melalui berbagai dimensi seperti dimensi akuntabilitas, efisiensi, efektivitas, responsivitas maupun tanggung jawab. Berbagai literatur yang membahas kinerja birokrasi pada dasarnya memiliki kesamaan substansial yakni untuk melihat seberapa jauh tingkat pencapaian hasil yang telah dilakukan oleh birokrasi pelayanan. Kinerja itu merupakan suatu konsep yang disusun dari berbagai indikator yang sangat bervariasi sesuai dengan fokus dan konteks penggunaannya.

Bernardine & Russell dalam Ruky (2004 :27) mengungkapkan 6 kriteria utama kinerja yang dapat dinilai yaitu :

- a) Kualitas tingkat dimana proses atau hasil dari kegiatan yang sempurna dengan kata lain melaksanakan kegiatan dengan cara yang ideal atau sesuai atau menyelesaikan sesuatu dengan tujuan yang ditetapkan,
- b) Besaran yang dihasilkan, dalam bentuk nilai dolar (biaya), sejumlah unit atau sejumlah kegiatan yang diselesaikan,
- c) Ketepatan waktu: tingkat dimana kegiatan diselesaikan atau hasil yang diselesaikan dengan waktu yang lebih cepat dari yang ditetapkan dan menggunakan waktu yang tersedia untuk kegiatan lain,
- d) Efektivitas biaya: tingkat dimana penggunaan sumber-sumber orang (antara lain SDM, biaya, teknologi, materi) dimaksimalkan untuk mendapatkan target yang tertinggi atau sebaliknya, efektivitas berkurang,
- e) Memerlukan pengawasan adalah tingkat dimana seorang karyawan dapat melakukan pekerjaannya tanpa harus ditemani oleh pengawas atau tanpa harus mengikutsertakan intervensi dari pengawas untuk menghasilkan hasil kerja yang baik,
- f) Pengaruh interpersonal: tingkat dimana pegawai menunjukkan perasaan *self esteem, goodwill* dan kerjasama diantara rekan sekerja dan bawahan.

Kinerja birokrasi dimaksud di atas dapat dilihat melalui berbagai dimensi seperti dimensi akuntabilitas, efisiensi,, efektivitas, responsivitas maupun tanggung jawab. Berbagai literatur yang membahas kinerja birokrasi pada dasarnya memiliki kesamaan kinerja sustansial yakni untuk melihat seberapa jauh tingkat pencapaian hasil yang telah dilakukan oleh birokrasi pelayanan. Kinerja itu merupakan suatu konsep yang disusun dari berbagai indikator yang sangat bervariasi sesuai dengan fokus dan konteks penggunaannya.

#### **d. Manfaat dan Tujuan Penilaian Kinerja**

Sistem pengukuran kinerja sektor publik adalah suatu sistem yang bertujuan untuk membantu manajer publik menilai pencapaian suatu strategi melalui alat ukur finansial dan nonfinansial. Pengukuran kinerja juga merupakan suatu alat manajemen untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas. Pengukuran kinerja memiliki makna ganda, pertama sebagai pengukuran kinerja organisasi dan kedua merupakan alat evaluasi kinerja. Untuk melaksanakan kedua hal tersebut, terlebih dahulu harus ditentukan tujuan dari suatu program secara jelas. Setelah program dirancang, harus sudah termasuk penciptaan indikator kinerja atau ukuran keberhasilan pelaksanaan program sehingga dapat diukur dan dievaluasi tingkat keberhasilannya.

Menurut Mardiasmo dalam Nasucha (2004:108), pengukuran kinerja sektor publik mempunyai tiga tujuan sebagai berikut :

1. Membantu memperbaiki kinerja pemerintahan agar kegiatan pemerintahan terfokus pada tujuan dan sasaran program unit kerja;
2. Pengalokasian sumber daya dan pembuatan keputusan;
3. Mewujudkan pertanggungjawaban publik dan memperbaiki komunikasi kelembagaan.

Penilaian kinerja dalam industri jasa atau service dapat dilakukan oleh pihak eksternal yaitu dengan melibatkan konsumen sebagai pihak penilai kinerja. Perspektif pelanggan jasa, lebih dilihat sebagai pengalaman berupa transaksi inti dan pengalaman personal, yang porposinya berbeda-beda antar output jasa dan *service encounters* (interaksi jasa, disebut pula *moment of truth*), serta berkontribusi secara berbeda terhadap pengalaman masing-masing individu pelanggan. (Tjiptono dan Chandra, 2005: 9).

Pembandingan tentang kinerja aktual, seperti dilaporkan dalam dokumen, terhadap kinerja yang direncanakan (target-target), akan memberikan landasan untuk evaluasi periodik dari rencana strategik dan proses perencanaan. Manajemen organisasi harus menggunakan hasil-hasil dari laporan kinerja untuk mengidentifikasi alasan-alasan mengapa tidak memenuhi hasil-hasil yang diharapkan, dan menggunakan informasi untuk meninjau ulang dan memperbaiki kebijakan-kebijakan, prosedur-prosedur, sasaran-sasaran, dan tujuan-tujuan, apabila dianggap perlu.

Sehubungan dengan uraian diatas, menurut Ruky(2004:22) manfaat dari penilaian kinerja yaitu :

- a. Penyusunan program pelatihan dan pengembangan karyawan, sehingga dapat diketahui dan diidentifikasi pelatihan tambahan

apa saja yang masih harus diberikan kepada karyawan untuk membantu agar mampu mencapai standar prestasi yang ditetapkan,

- b. Penyusunan program sukesi dan kaderisasi, sehingga dapat diidentifikasi siapa saja karyawan yang mempunyai potensi untuk dikembangkan kariernya dengan dicalonkan untuk menduduki jabatan-jabatan yang tanggung jawabnya lebih besar dimasa depan,
- c. Pembinaan Karyawan, sehingga dapat menjadi sarana untuk meneliti hambatan karyawan untuk meningkatkan prestasinya. Keuntungan dari diadakannya penilaian kinerja ini tergantung dari sisi mana kita memandangnya, apakah itu dari sisi yang dinilai yakni karyawannya, sisi penilai yaitu jajaran manajer yang melakukan penilaian, atau dari sisi organisasi.

Uraian tersebut diatas dapat diartikan bahwa kinerja karyawan perusahaan jasa pelayanan memegang peranan sangat penting untuk memberikan efek positif atau negatif pada perusahaan. Oleh sebab itu penilaian kinerja karyawan pada perusahaan jasa akan sangat baik dilakukan oleh konsumen berdasarkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh karyawan perusahaan tersebut. Karena itu penilaian kinerja oleh pihak eksternal (pelanggan) harus dibarengi dengan memahami kualitas berdasarkan persepsi pelanggan, ekspektasi pelanggan, kepuasan pelanggan, sikap pelanggan, dan *consumer delight*. Dalam konteks pengukuran kualitas jasa, terdapat dua kerangka defisional utama: a) *performances-based framework* (menetapkan *perceived performance*, tanpa referensi atau pembanding apapun, sebagai *perceived quality*. b) *Standart-based framework* (*konseptualisasi perceivedquality relatif atau komparatif*, artinya kinerja dibandingkan dengan norma atau standar tertentu). (Tjiptono dan Chandra, 2005:109).

Penilaian kinerja merupakan analisis dan interpretasi keberhasilan atau kegagalan pencapaian kinerja. Penilaian kinerja sebaiknya dikaitkan dengan sumber daya (*infut*) yang berada dibawah wewenangnya seperti SDM, dana/keuangan, sarana-prasarana, metode kerja dan hal lainnya yang berkaitan. Tujuannya agar dapat diketahui dengan pasti apakah pencapaian kinerja yang tidak sesuai (kegagalan) disebabkan oleh faktor infut yang kurang mendukung atau kegagalan pihak manajemen.

#### **e. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja**

Menurut Wijayanri (2008:3) organisasi memiliki 4 Unsur, yaitu :

1. Sistem
2. Pola Aktivitas kerjasama yang berulang-ulang
3. Sekelompok orang
4. Tujuan

Jika dikaitkan dengan organisasi sebagai suatu sistem, maka efektivitas organisasi merupakan keluaran dari organisasi. Keluaran organisasi sangat ditentukan oleh masukan dan proses. Masukan dalam hal ini adalah sumber daya dan proses adalah pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen. Sumber daya adalah bahan atau alat yang dapat digunakan untuk mencapai tujuan organisasi. Tanpa unsur sumber daya, organisasi tidak bisa melakukan kegiatan apapun. Unsur sumber daya meliputi manusia, uang, material teknologi, metode, dan pasar. (Karyoto 2016:32). Lebih lanjut dijelaskan bahwa untuk mencapai tujuan organisasi akan menghadapi persoalan terkait dengan keterbatasan berbagai unsur sumber daya. Oleh karena itu, organisasi

harus mencari cara terbaik yang bisa dilakukan, seperti dengan mengelolah sumber-sumber daya yang dimiliki, agar tujuan organisasi dapat tercapai. Pengelolaan sumber-sumber daya tentu membutuhkan suatu proses seperti kegiatan merencanakan, mempertimbangkan, memutuskan dan melaksanakan.

Tujuan merupakan aspek fundamental dalam organisasi, baik organisasi formal maupun informal. Setiap organisasi harus mampu mengatur alokasi sumber daya yang dimiliki, baik SDM, dana, bahan baku, dan peralatan, dalam mencapai tujuan organisasi. Jadi prinsip-prinsip manajemen selalu diperlukan dalam pengelolaan organisasi. Proses adalah metode atau cara sistematis dalam melakukan atau menangani suatu kegiatan. Proses-proses dalam manajemen memiliki keterkaitan satu sama lain, bahkan merupakan sebuah siklus. Secara lebih sederhana Wijayanto (2012: 31) membagi proses manajemen menjadi 3 tahap : perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Perencanaan merupakan proses penetapan sasaran organisasi beserta cara untuk membandingkan antara kinerja dan harapan atau sasaran. Kalau hasilnya merupakan proses mencapai sasaran tersebut. Sedangkan dalam tahap implementasi, semua hal yang telah direncanakan dan dilaksanakan. Dan tidak menutup kemungkinan dilakukan revisi atau perubahan rencanan sesuai kebutuhan dilapangan. Dalam implementasi, dilakukan proses pengorganisasian, yaitu pengaturan alokasi sumber daya organisasi, pengaturan tugas dan pengordinasian. Selain itu, dalam implementasi juga dilakukan

proses pengarahan, motivasi, coaching, dan konseling agar sumber daya organisasi bergerak sesuai dengan yang diharapkan. Evaluasi merupakan proses membandingkan antara kinerja dan harapan atau sasaran. Kalau hasilnya tidak sesuai harapan perlu dilakukan tindakan korektif agar hasil akhirnya memuaskan.

Budiono dalam Karyoto, (2016: 4) menyatakan bahwa ada banyak tugas yang harus diselesaikan oleh para manajer organisasi dalam perwujudan tujuan organisasi, paling tidak harus melaksanakan empat fungsi, yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian. Suatu organisasi terbentuk dari sekumpulan individu yang membentuk kelompok dan kelompok tersebut berkumpul membentuk suatu organisasi dan dalam melakukan aktivitasnya selalu dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Hal ini berarti bahwa dalam menjalankan kegiatan-kegiatan, organisasi perlu memperhatikan keberadaan lingkungannya.

Budiono dalam Karyoto, (2016:43) membedakan lingkungan organisasi menjadi tiga macam, yaitu lingkungan internal, lingkungan eksternal, dan lingkungan umum. Dan menurutnya keberadaan lingkungan tersebut secara langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi kelangsungan hidup organisasi. Lingkungan organisasi tersebut sebagai berikut :

1. Lingkungan Internal

Lingkungan internal organisasi adalah lingkungan di dalam organisasi. Dalam internal terdapat beberapa orang atau pihak-pihak yang keberadaannya dapat mempengaruhi kelangsungan

hidup dan kinerja organisasi. Mereka itu adalah pekerja/karyawan, manajer, dan dewan komisaris.

2. Lingkungan eksternal

Lingkungan eksternal organisasi adalah lingkungan yang berada diluar organisasi. Dalam lingkungan ini ada beberapa orang atau pihak-pihak yang berkepentingan terhadap keberadaan organisasi, seperti pemasok (*supplier*), konsumen, pesaing, lembaga pemerintah, lembaga keuangan, dan lembaga perwakilan rakyat.

3. Lingkungan umum

Lingkungan umum adalah lingkungan (*environment*) yang berada di dalam atau di luar organisasi. Lingkungan ini dapat berubah pada suatu waktu dan dapat menimbulkan dampak yang tidak langsung bisa dirasakan oleh organisasi. Lingkungan umum terbagi menjadi alam, sosial budaya, ekonomi, politik, teknologi, dan demografi.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pencapaian kinerja adalah Faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*).

Mangkunegara (2007:67) bahwa:

a. Faktor Kemampuan

Secara psikologis, kemampuan terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan realita, artinya karyawan yang memiliki IQ yang rata-rata (IQ 110-120) dengan memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaannya sehari-hari, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan oleh karena itu karyawan perlu ditempatkan pada pekerjaan yang sesuai dengan keahliannya.

b. Faktor Motivasi

Motivasi terbentuk dari sikap (*Attitude*) seorang karyawan dalam menghadapi situasi kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri karyawan yang terarah untuk mencapai tujuan organisasi (tujuan kerja). Sikap mental merupakan kondisi mental yang mendorong diri pegawai untuk berusaha mencapai prestasi kerja secara maksimal. (Sikap mental yang siap secara psikofik) artinya, seorang karyawan harus siap mental, mampu secara fisik, memahami tujuan utama dan target kerja yang akan dicapai, mampu memanfaatkan dalam mencapai situasi kerja.

Kinerja dipengaruhi oleh faktor intrinsik yaitu personal individu dan faktor ekstrinsik yaitu kepemimpinan, sistem, tim, situasional, dan



konflik. Dalam Sjafrri, (2007:155) Uraian rincian faktor-faktor tersebut sebagai berikut:

- a. Faktor Personal/individual, meliputi unsur pengetahuan, keterampilan (*skill*), kemampuan, kepercayaan diri, motivasi dan komitmen yang dimiliki oleh tiap individu karyawan.
- b. Faktor Kepemimpinan, meliputi aspek kualitas manajer dan tem leader dalam memberikan dorongan, semangat, arahan dan dukungan kerja kepada karyawan.
- c. Faktor Tim, meliputi kualitas dukungan dan semangat yang diberikan oleh rekan dalam satu tim, kepercayaan terhadap sesama anggota tim, kekompakan dan keeratan anggota tim.
- d. Faktor Sistem, meliputi sistem kerja, fasilitas kerja atau infrastruktur yang diberikan oleh organisasi, proses organisasi dan kultur kinerja dalam organisasi.
- e. Faktor Situasional, meliputi tekanan dan perubahan lingkungan eksternal dan internal.
- f. Konflik, meliputi konflik dalam diri individu/konflik peran, konflik antar individu, konflik antar kelompok/organisasi.

Adapun menurut Dharma (2005:25) ada lima faktor yang mempengaruhi kinerja karyawan yaitu :

1. Kejelasan dan penerimaan atas peranan seorang pekerja merupakan taraf pengertian dan penerimaan seorang individu atas tugas yang diberikan kepadanya. Makin jelas pekerja mengenai persyaratan dan sasaran yang dapat dikerjakan untuk kegiatan ke arah tujuan,
2. Pelatihan. Suatu kegiatan yang di lakukan oleh perusahaan sebagai proses pembelajaran dengan menggunakan teknik serta metode tertentu untuk meningkatkan keahlian dan keterampilan khusus yang dibutuhkan dalam lingkungan pekerjaan,
3. Tingkat motivasi kerja. Motivasi kerja adalah daya energi yang membara, mendorong, mengarahkan, dan mempertahankan perilaku,
4. Kemampuan, kepribadian dan minat. Yang sesuai dengan minat, kemampuan dan kepribadian merupakan kecakapan seorang, seperti kecerdasan dan keterampilan. Kemampuan pekerja dapat mempengaruhi kinerja karyawan dalam berbagai cara ,
5. Pendidikan. Suatu proses, teknik dan metode belajar dengan maksud mentransfer suatu pengetahuan dari seseorang kepada orang lain sesuai dengan setandar yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan komunikasi efektif peningkatan kinerja karyawan dapat dilakukan, melalui pengaturan atas faktor pembentukan motivasi kerja dan kemampuan kerja.

Tercapainya suatu kinerja seseorang atau pekerja karena adanya upaya dan tindakan yang dihasilkan. Upaya tersebut yaitu berupa hasil kerja (kinerja) yang dicapai oleh pekerja. Kinerja dapat dihasilkan dari pendidikan, pengalaman kerja dan profesionalisme. Pendidikan adalah modal dasar dan utama seorang pekerja dalam mencari kerja dan bekerja. Pengalaman dalam bekerja berkaitan dengan masa kerja karyawan, semakin lama seseorang bekerja pada suatu bidang pekerjaan maka semakin berpengalaman orang tersebut, dan apabila seseorang telah mempunyai pengalaman kinerja pada suatu bidang pekerjaan tertentu, maka ia mempunyai kecakapan atas bidang pekerjaan yang ia lakukan. Profesionalisme adalah gabungan dari pendidikan dan pengalaman kerja yang diperoleh oleh seorang pekerja. Menurut Sedarmayanti (2007:149) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja atau prestasi kerja adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*). Faktor kemampuan di dapat dari pengetahuan (*knowledge*) dan keterampilan (*skill*) sedangkan motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*) dalam menghadapi situasi kerja.

## **2. Konsep Evaluasi**

### **a. Pengertian Evaluasi**

Pada umumnya evaluasi adalah suatu pemeriksaan terhadap pelaksanaan suatu program yang telah dilakukan dan yang akan digunakan untuk meramalkan, memperhitungkan, dan mengendalikan pelaksanaan program ke depannya agar jauh lebih baik. Evaluasi lebih

bersifat melihat ke depan dari pada melihat kesalahan-kesalahan dimasa lalu, dan ditujukan pada upaya peningkatan kesempatan demi keberhasilan program. Dengan demikian misi dari evaluasi itu adalah perbaikan atau penyempurnaan di masa mendatang atas suatu program. Evaluasi adalah suatu usaha untuk mengukur dan sumber nilai secara objektif dari pencapaian hasil-hasil yang direncanakan sebelumnya, dimana hasil evaluasi tersebut dimaksudkan menjadi umpan balik untuk perencanaan yang akan dilakukan di depan (Yusuf, 2000: 3).

Dalam hal ini penulis menitikberatkan kajian evaluasi dari segi manajemen, dimana evaluasi itu merupakan salah satu fungsi atau unsur manajemen, yang misinya adalah untuk perbaikan fungsi atau sosial manajemen lainnya, yaitu perencanaan. Istilah evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*) dan penilaian (*assessment*). Evaluasi kinerja sangat penting untuk menilai akuntabilitas organisasi dalam menghasilkan pelayanan publik. Akuntabilitas bukan sekedar kemampuan menunjukkan bagaimana uang publik dibelanjakan, akan tetapi meliputi apakah uang tersebut dibelanjakan secara ekonomis, efektif, dan efisien. Menurut Dunn (2003:608) istilah evaluasi mempunyai arti yaitu:

Secara umum istilah evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran(*appraisal*), pemberian angka (*rating*) dan penilaian (*assessment*), katakatayang menyatakan usaha untuk menganalisis hasil kebijakan dalam arti satuan nilainya. Dalam arti yang lebih spesifik, evaluasi berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan.

Pengertian di atas menjelaskan bahwa evaluasi merupakan hasilkebijakan dimana pada kenyataannya mempunyai nilai dari hasil tujuan atau sasaran kebijakan. Bagian akhir dari suatu proses kerja adalah evaluasi kinerja. Evaluasi kinerja membantu pimpinan untuk mengambil keputusan dalam suatu kebijakan, nilai yang dihasilkan dari evaluasi membuat suatu kebijan bermanfaat bagi pelayanan publik.

Adapun menurut Ndraha dalam buku Konsep Administrasi dan Administrasi di Indonesia berpendapat bahwa evaluasi merupakan proses perbandingan antara standar dengan fakta dan analisa hasilnya (Ndraha, 1989:201). Kesimpulannya adalah perbandingan antara tujuan yang hendak dicapai dalam penyelesaian masalah dengan kejadian yang sebenarnya, sehingga dapat disimpulkan dengan analisa akhir apakah suatu kebijakan harus direvisi atau dilanjutkan. Danim (2004:1) mengemukakan definisi penilaian (*evaluating*) adalah: “Proses pengukuran dan perbandingan dari hasil-hasil pekerjaan yang nyataanya dicapai dengan hasil-hasil yang seharusnya. Ada beberapa hal yang penting diperhatikan dalam definisi tersebut, yaitu:

1. Bahwa penilaian merupakan fungsi organik karena pelaksanaan fungsi tersebut turut menentukan mati hidupnya suatu organisasi.
2. Bahwa penilaiaan itu adalah suatu proses yang berarti bahwa penilaian adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan oleh administrasi dan manajemen
3. Bahwa penilaian menunjukkan jurang pemisah antara hasil pelaksanaan yang sesungguhnya dengan hasil yang seharusnya dicapai” (Danim, 2004:4).

Pendapat di atas dapat diperoleh gambaran bahwa evaluasi adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengukur serta

membandingkan hasil-hasil pelaksanaan kegiatan yang telah dicapai dengan hasil yang seharusnya menurut rencana, sehingga diperoleh informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan, serta dapat dilakukan perbaikan bila terjadi penyimpangan di dalamnya.

Menurut Dunn, (2003:608-609) bahwa evaluasi mempunyai karakteristik yang membedakannya dari metode-metode analisis kebijakan lainnya yaitu:

1. Fokus nilai. Evaluasi berbeda dengan pemantauan, dipusatkan pada penilaian menyangkut keperluan atau nilai dari sesuatu kebijakan dan program.
2. Interdependensi Fakta-Nilai. Tuntutan evaluasi tergantung baik "fakta" maupun "nilai".
3. Orientasi Masa Kini dan Masa Lampau. Tuntutan evaluatif, berbeda dengan tuntutan-tuntutan advokat, diarahkan pada hasil sekarang dan masa lalu, ketimbang hasil di masa depan.
4. Dualitas nilai. Nilai-nilai yang mendasari tuntutan evaluasi mempunyai kualitas ganda, karena mereka dipandang sebagai tujuan dan sekaligus cara.

Berdasarkan penjelasan di atas, karakteristik evaluasi terdiri dari empat karakter. Yang pertama yaitu fokus nilai, karena evaluasi adalah penilaian dari suatu kebijakan dalam ketepatan pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan. Kedua yaitu interdependensi fakta-nilai, karena untuk menentukan nilai dari suatu kebijakan bukan hanya dilihat dari tingkat kinerja tetapi juga dilihat dari bukti atau fakta bahwa kebijakan dapat memecahkan masalah tertentu. Ketiga yaitu orientasi masa kini dan masa lampau, karena tuntutan evaluatif diarahkan pada hasil sekarang dan masa lalu sehingga hasil evaluasi dapat dibandingkan nilai dari kebijakan tersebut. Keempat yaitu dualitas nilai, karena nilai-nilai dari evaluasi mempunyai arti ganda baik rekomendasi sejauh berkenaan

dengan nilai yang ada maupun nilai yang diperlukan dalam mempengaruhi pencapaian tujuan-tujuan lain.

**Tabel. 4**  
**Kriteria Evaluasi**

Tipe Kriteria	Pertanyaan	Ilustrasi
Efektifitas	Apakah hasil yang diinginkan telah dicapai?	Unit pelayanan
Efisiensi	Seberapa banyak usaha diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan?	Unit biaya Manfaat bersih Rasio biaya-manfaat
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah?	Biaya tetap (masalah tipe I) Efektivitas tetap (masalah tipe II)
Perataan	Apakah biaya dan manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok-kelompok tertentu?	Kriteria Pareto Kriteria kaldor Hicks Kriteria Rawls
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan, preferensi atau nilai kelompok kelompok tertentu?	Konsistensi dengan survai warga Negara
Ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang digunakan benar –benar berguna atau bernilai	Program Publik harus merata dan efisien

Sumber: Dunn, 2003:610

Berdasarkan kriteria di atas, evaluasi membagi beberapa tipe kriteria diantaranya: efektivitas merupakan suatu alternatif mencapai hasil (akibat) yang diharapkan, atau mencapai tujuan dari diadakannya tindakan. Intinya adalah efek dari suatu aktivitas. Kedua yaitu efisiensi, berkenaan dengan jumlah usaha yang diperlukan untuk menghasilkan tingkat efektivitas tertentu. Ketiga, kecukupan merupakan sejauhmana tingkat efektivitas dalam memecahkan masalah untuk memuaskan kebutuhan, nilai atau kesempatan yang menumbuhkan masalah.

Dalam kajiannya tentang pelayanan sosial, Boyle dalam Suharto, (2005:120). Sosial utama dari evaluasi adalah diarahkan kepada keluaran (*output*), hasil (*outcomes*), dan dampak (*impacts*) dari pelaksanaan rencana strategis. Oleh karena itu, dalam pelaksanaan yang transparan dan akuntabel dan harus disertai dengan penyusunan sosial kinerja pelaksanaan rencana yang sekurang-kurangnya meliputi sosial masukan, sosial keluaran dan sosial hasil Lebih jauh lagi, evaluasi berusaha mengidentifikasi mengenai apa yang sebenarnya yang terjadi pada pelaksanaan atau penerapan program. Boyle dalam Suharto, (2005:120). Dengan demikian evaluasi bertujuan untuk:

1. Mengidentifikasi tingkat pencapaian tujuan
2. Mengukur dampak langsung yang terjadi pada kelompok sasaran
3. Mengetahui dan menganalisa konsekuensi-konsekuensi lain yang mungkin terjadi diluar sosial.

Dalam konteks ini dapat diartikan, sebagai proses penilaian terhadap pentingnya suatu pelayanan sosial. Definisi lain juga dikemukakan oleh King dalam Wirawan (2012 : 64) yaitu :

“Evaluasi sebagai suatu proses penelitian sistematis untuk menyediakan informasi yang dapat dipercaya mengenai karakteristik, aktifitas, atau keluaran (*outcome*) program atau kebijakan untuk tujuan penilaian. Definisi ini menyatukan pentingnya pemakaian dengan mensignifikasi bahwa evaluasi harus dipakai untuk suatu tujuan penilaian. Evaluasi juga sering dilakukan untuk mengetahui keberhasilan atau kegagalan suatu kegiatan. Proses evaluasi suatu pelaksanaan kegiatan dapat menunjukkan informasi tentang sejauh mana kegiatan itu telah dilaksanakan atau hal-hal yang telah dicapai. Standar atau kriteria yang telah ditentukan sebelumnya dapat dijadikan acuan untuk melihat ketercapaian suatu program, kesesuaian dengan tujuan, keefektifan, keefisienan, dan hambatan yang dijumpai dalam sebuah program”.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa evaluasi sifatnya luas, evaluasi dapat dilakukan meliputi dua aspek yaitu kuantitatif dan kualitatif. Dimana melaksanakan pengukuran terhadap suatu kinerja, dalam hal ini lebih bersifat mengukur kuantitas daripada kerja sedangkan penilaian menunjuk pada segi kualitas, jadi evaluasi berkaitan dengan keduanya yaitu pengukuran dan penilaian dimana pengukuran yang sifatnya kuantitatif dan penilaian bersifat kualitatif.

#### **b. Tujuan Evaluasi**

Evaluasi dilaksanakan untuk mencapai berbagai tujuan sesuai dengan objek evaluasinya. Menurut Wirawan (2012 : 22) tujuan dalam melaksanakan evaluasi antara lain :

“mengukur pengaruh program terhadap masyarakat, menilai apakah program telah dilaksanakan sesuai dengan rencana, mengukur apakah pelaksanaan program sesuai dengan standar, evaluasi program dapat mengidentifikasi dan menemukan mana dimensi program yang jalan dan mana program yang tidak jalan, pengembangan staf program dimana evaluasi dapat dipergunakan mengembangkan kemampuan staf serta memberikan masukan kepada pimpinan/manajer program mengenai kinerja staf dalam melayani masyarakat, jika terjadi staf kompotensinya rendah maka perlu dilakukan pengembangan dengan segera, tujuan evaluasi lainnya adalah untuk memenuhi ketentuan undang-undang, akreditasi program, mengambil keputusan mengenai program, memberikan balikan kepada pimpinan dan staf program”.

Menurut Wirawan (2012:22) Senada dengan tujuan sebelumnya ada beberapa tujuan evaluasi juga disebutkan yaitu :

- a. Untuk memperoleh dasar bagi pertimbangan akhir suatu periode kerja, apa yang telah dicapai, apa yang belum dicapai, dan apa yang perlu mendapat perhatian khusus,
- b. Untuk menjamin cara kerja yang efektif dan efisien dan ekonomis,



- c. Untuk memperoleh fakta tentang kesulitan, hambatan, penyimpangan dilihat dari aspek-aspek tertentu

### **c. Evaluasi Kinerja**

Evaluasi kinerja disebut juga "*performance evaluation*" atau "performance appraisal". Appraisal berasal dari kata Latin "*appratiare*" yang berarti memberikan nilai atau harga. Dengan demikian, evaluasi kinerja berarti memberi nilai atas pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang dan untuk itu diberikan imbalan, kompensasi atau penghargaan.

Evaluasi kinerja merupakan salah satu bagian siklus berkelanjutan yang bisa digunakan oleh manajer untuk mengelola kinerja individu dan tim. Evaluasi kinerja memberi cara untuk menjelaskan bagaimana anggota tim dapat melaksanakan pekerjaannya, dan bagaimana caranya untuk memperbaiki kinerja dimasa mendatang sehingga karyawan, dan perusahaan dapat memperoleh manfaat. Menurut Moeheriono (2009:63), mengemukakan bahwa evaluasi kinerja itu dapat diartikan dalam:

1. Sebagai alat yang baik untuk menentukan apakah karyawan telah memberikan hasil kerja yang memadai dan sudah melaksanakan aktivitas kinerja sesuai dengan standar kerja yang telah ditetapkan oleh organisasi
2. Sebagai cara untuk menilai kinerja karyawan dengan melakukan penilaian tentang kekuatan dan kelemahan karyawan.
3. Sebagai alat yang baik untuk menganalisis kinerja karyawan dan membuat rekomendasi perbaikan dan pengembangan selanjutnya.

Keberhasilan suatu organisasi dengan berbagai ragam kinerja tergantung kepada kinerja seluruh anggota organisasi. Unsur individu manusialah yang memegang peranan paling penting dan sangat

menentukan keberhasilan organisasi ataupun suatu perusahaan.

Menurut Dharma ( 2005: 120) tentang evaluasi:

Evaluasi kinerja adalah dasar dari penilaian atas tiga elemen kunci suatu kinerja yaitu: kontribusi, kompetensi dan pengembangan yang berkelanjutan. Penilaian harus berakar pada realitas karyawan. Penilaian bersifat nyata, bukan abstrak dan memungkinkan manajer dan individu untuk mengambil pandangan yang positif tentang bagaimana kinerja bisa menjadi lebih baik dimasa depan dan bagaimana masalah-masalah yang timbul dalam memenuhi standar dan sasaran kinerja dapat dipecahkan.

Evaluasi kinerja diperusahaan atau di instansi pemerintah sebaiknya dibedakan evaluasinya terhadap pimpinan dan bawahan, serta penilai harus mengumpulkan data terlebih dahulu melalui pengamatannya terhadap kinerja pegawai sebagai bukti awal dalam memecahkan permasalahan pegawai yang bersangkutan dan dapat melindunginya. Selain itu, juga apabila diperlukan pelaksanaan pelatihan terlebih dahulu dalam memberikan penilaian pada evaluasi kinerja agar lebih berhasil, evaluasi kinerja sebaiknya menggunakan metode yang cocok dan tepat dengan organisasi yang bersangkutan karena sebuah metode yang tepat di suatu tempat belum tentu cocok dengan tempat lainnya.

Lebih lanjut disebutkan Dharma (2005:121), mengemukakan bahwa sasaran evaluasi kinerja adalah:

- a. Motivasi: untuk merangsang orang dalam meningkatkan kinerja dan mengembang keahlian.
- b. Pengembangan: untuk memberitakan dasar untuk mengembangkan dan memperluas atribut dan kompetensi yang relevan atas peran mereka sekarang maupun peran dimasa depan terutama karyawan yang memiliki potensi untuk melakukannya. Pengembangan dapat difokuskan kepada peran yang dipegang saat ini, memungkinkan orang untuk

memperbesar dan memperkaya jangkauan tanggung jawab mereka dan keahlian yang mereka perlukan dan mendapatkan imbalan sebagaimana mestinya.

- c. Komunikasi: untuk berfungsi sebagai saluran komunikasi dua arah tentang peran, sasaran, hubungan, masalah kerja dan aspirasi.

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa evaluasi kinerja atau *performance evaluation* sangat penting untuk memfokuskan dan mengarahkan karyawan terhadap tujuan strategi pada penempatan, penggantian perencanaan, dan tujuan pengembangan sumber daya manusia.

### 3. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Depkes RI, 2009:1). Dari uraian diatas, maka dapat dipahami bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilakukan secara komprehensif mulai dari kegiatan yang bersifat *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif*. Kegiatan *promotif* dan *preventif* dimaksudkan untuk menjaga orang sehat tetap sehat dan orang yang sehat tidak menjadi sakit, sedangkan kegiatan *kuratif* dan *rehabilitatif* dimaksudkan untuk menyembuhkan dan membatasi kecacatan. Menurut Sondakh (2013:1) pelayanan kesehatan adalah :

“Setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara atau

meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, maupun masyarakat”.

Dari uraian di atas menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan pada masyarakat merupakan suatu upaya yang harus dilakukan oleh pemerintah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit dan menyembuhkan penyakit masyarakat. Lebih lanjut Sondakh (2013:2) mengemukakan bahwa:

“Syarat pelayanan kesehatan yang baik setidaknya terdapat 13 (tiga belas) macam, yaitu tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), terpadu (*integrated*), berkesinambungan (*continue*), adil/merata (*equity*), mandiri (*sustainable*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*acceptable*), dapat dicapai (*accessible*), dapat dijangkau (*affordable*), efektif (*effective*), efisien (*efficient*), serta bermutu (*quality*)”.

Permenkes No 75 Tahun 2014 menyatakan bahwa dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus memiliki kriteria-kriteria sebagai berikut:

- 1) Pelayanan kesehatan secara menyeluruh meliputi kegiatan *kuratif* (pengobatan), *preventif* (pencegahan), *promotif* (peningkatan kesehatan) dan *rehabilitatif* (pemulihan kesehatan).
- 2) Yang dilayani adalah perorangan, kelompok dan masyarakat secara menyeluruh.
- 3) Memiliki tanggung jawab terhadap usaha-usaha pokok kesehatan yang ada dalam wilayahnya dan diintegrasikan dalam satu kesatuan yang utuh.
- 4) Memiliki kemampuan dan fasilitas yang berbeda-beda berdasarkan usaha-usaha pokok kesehatan yang harus diselenggarakannya.

Sehubungan dengan hal diatas sebagai bagian dari pelayanan publik, maka pelayanan kesehatan harus memenuhi kriteria. Menurut Muninjaya, (2011: 23-24) kriteria tersebut antara lain :

1. Pelayanan kesehatan harus tersedia untuk melayani seluruh masyarakat disuatu wilayah dan dilaksanakan secara komprehensif mulai dari upaya pelayanan yang bersifat *preventif* (pencegahan), *promotif* (peningkatan kesehatan), *kuratif* (pengobatan), dan *rehabilitative* (pemulihan kesehatan).
2. Pelayanan kesehatan harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat disuatu wilayah. Kebutuhan masyarakat diukur dari pola penyakit yang berkembang di daerah tersebut.
3. Pelayanan kesehatan disuatu daerah harus berlangsung untuk jangka waktu lama dan dilaksanakan secara berkesinambungan.
4. Pelayanan kesehatan harus diterima oleh masyarakat dan memperhatikan aspek sosial, budaya, dan ekonomi masyarakat.
5. Biaya atau tarif pelayanan kesehatan harus terjangkau oleh masyarakat umum.
6. Pelayanan kesehatan harus dikelola secara efisien.
7. Pelayanan kesehatan yang diakses masyarakat harus terjaga mutunya.

Dari uraian diatas menunjukkan bahwa setiap masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan, untuk itu pemerintah harus mampu mengelolah pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara profesional dengan penuh tanggung jawab, agar kebutuhan masyarakat dapat terpenuhi. Lebih lanjut Muninjaya (2011: 3) menyatakan bahwa :

“Pelayanan kesehatan berbeda dengan pelayanan jasa pada umumnya, pelayanan kesehatan memiliki keistimewaan, dimana jasa yang dihasilkan oleh intitusi penyedia pelayanan kesehatan dikonsumsi oleh pasien sebagai pengguna layanan dalam waktu yang bersamaan saat produk tersebut dihasilkan”.

Kebutuhan pasien baru dapat diketahui setelah dilakukan serangkaian kegiatan atau pemeriksaan baru kemudian dapat ditentukan apa yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Jadi pelayanan kesehatan akan diproduksi bila ada permintaan dari pihak pengguna jasa pelayanan (pasien) atau akan ditunjukkan pelayanannya pada saat terjadinya permintaan oleh pasien atau keluarganya.

Menurut Azwar (1996:65) terdapat beberapa macam bentuk dan jenis pelayanan kesehatan, namun jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan atas dua yaitu :

- a. Pelayanan Kedokteran: Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*Medical Services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat: Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

Stratifikasi pelayanan kesehatan menurut Azwar (1996:72) dikelompokkan menjadi tiga macam yakni:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health service*) adalah pelayanan kesehatan bersifat pokok (*basic health service*), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan (*ambulatory/out patient services*).
- b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua, yang dimaksud pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah (*secondary health services*) adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap (*in patient services*) dan untuk menyelenggarakannya telah dibutuhkan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.
- c. Pelayanan kesehatan tingkat tiga, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan kesehatan tingkat tiga (*tertiary health services*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga spesialis.

Dari uraian diatas menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang paripurna dan integratif dilakukan dalam rangka memelihara kesehatan,

pencegahan penyakit, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan. Dan dilaksanakan secara berjenjang mulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama, sarana kesehatan rujukan skunder dan sarana kesehatan rujukan tersier.

#### **4. Konsep Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)**

##### **a. Pengertian Puskesmas**

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Depkes RI bahwa Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja (Effendi, 2009:4).

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. (PMK No.75 Tahun 2014) Puskesmas merupakan suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada

masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas adalah pelayanan menyeluruh yang meliputi pelayanan *kuratif* (pengobatan), *preventif* (pencegahan), *promotif* (peningkatan kesehatan) dan juga upaya *rehabilitatif* (pemulihan kesehatan).

### **b. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas**

Adapun prinsip dari penyelenggaraan puskesmas meliputi (PMK No.75 Tahun 2015) adalah :

- a. Paradigma Sehat  
Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b. Pertanggungjawaban Wilayah  
Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c. Kemandirian Masyarakat  
Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- d. Pemerataan  
Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.
- e. Teknologi Tepat Guna  
Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.
- f. Keterpaduan dan Kestinambungan  
Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.



### c. Fungsi Puskesmas

Puskesmas memiliki wilayah kerja yang meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografi dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas. Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling. Khusus untuk kota besar dengan jumlah penduduk satu juta jiwa atau lebih, wilayah kerja Puskesmas dapat meliputi satu kelurahan. Puskesmas di ibukota kecamatan dengan jumlah penduduk 150.000 jiwa atau lebih, merupakan Puskesmas Pembina yang berfungsi sebagai pusat rujukan bagi Puskesmas Kelurahan dan juga mempunyai fungsi koordinasi (Effendi, 2009:10).

Menurut Trihono, (2005:7) ada 3 (tiga) fungsi Puskesmas yaitu:

- 1) Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang berarti puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan.
- 2) Pusat pemberdayaan masyarakat berarti puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan.
- 3) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama berarti Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan

tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Menurut Effendi (2009:23) ada beberapa proses dalam melaksanakan fungsi tersebut yaitu merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri, memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien, memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat, bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program puskesmas. Puskesmas sesuai dengan fungsinya berkewajiban mengupayakan, menyediakan, dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 menegaskan adanya dua fungsi Puskesmas sebagai berikut.

1. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama, yakni kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.
2. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama, yakni kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Dalam menyelenggarakan fungsinya sebagai penyelenggara UKM tingkat pertama maka Puskesmasberwenang untuk:(Permenkes 75 tahun 2014)

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisa masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan masyarakat.
- b. Melaksanakan advokasi dan soialisasi kebijakan kesehatan.
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait.
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan.
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Sedangkan dalam menyelenggarakan fungsi sebagai penyelenggara UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya, maka puskesmas berwenang untuk : (Permenkes 75 tahun 2014)

- a. Menyenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu.
- b. Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
- c. Menyenggarakan pelayanan keseshatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- d. Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung.
- e. Menyenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerjasama inter dan antar profesi.
- f. Melaksanakan rekam medis
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan.
- h. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan.

- i. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- j. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan

Fungsi UKM dan UKP harus seimbang, agar upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat tercapai. UKP saja dengan program JKN yang diikuti oleh seluruh rakyatpun belum cukup untuk mengangkat derajat kesehatan masyarakat. Memang rakyat merasa senang karena setiap kali sakit mendapat pelayanan kesehatan gratis, tetapi derajat kesehatan tidak akan naik selama UKM tidak dikerjakan.

Penguatan UKM di Puskesmas mutlak diperlukan, yang mencakup dua macam UKM, yaitu UKM esensial dan UKM pengembangan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014, Puskesmas wajib melaksanakan UKM esensial yang meliputi:

1. Pelayanan promosi kesehatan.
2. Pelayanan kesehatan lingkungan.
3. Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana.
4. Pelayanan gizi.
5. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit (baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular).

Puskesmas dapat menambah pelayanannya dengan melaksanakan UKM pengembangan bila UKM esensial telah dapat dilaksanakan. (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 39 tahun 2016 :44-45), pelaksanaan UKM tidaklah mudah, karena terdapat tiga kegiatan utama berikut yang harus dilakukan:

1. Mengupayakan agar pembangunan semua sektor berwawasan kesehatan. Pembangunan di sektor lain harus memperhitungkan kesehatan, yakni mendukung atau minimal tidak merugikan kesehatan. Wujud kegiatannya adalah dengan mengembangkan konsep institusi sehat seperti sekolah sehat, pesantren sehat,

- masjid sehat, pasar sehat, warung sehat, kantor sehat, dan lain-lain.
2. Memberdayakan masyarakat, yakni mengorganisasikan gerakan atau peran serta masyarakat untuk pembangunan kesehatan, yang berupa berbagai bentuk UKBM seperti Posyandu, Posbindu Penyakit Tidak Menular, UKS, Saka Bhakti Husada (SBH), Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), dan lain-lain.
  3. Memberdayakan keluarga, yakni menggugah partisipasi segenap keluarga (sebagai kelompok masyarakat terkecil) untuk berperilaku hidup sehat, mencegah jangan sampai sakit, bahkan meningkatkan derajat kesehatannya. Pendekatan keluarga inilah yang diuraikan dalam pedoman ini, karena memberdayakan masyarakat saja tidaklah cukup.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dalam menjalankan perannya sebagai penanggung jawab wilayah, Puskesmas memiliki dua upaya yang harus dilaksanakan secara seimbang, yakni UKP dengan pendekatan JKN dan Penguatan Pelayanan Kesehatan, serta UKM dengan pendekatan pemberdayaan keluarga, pemberdayaan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan. Kedua upaya tersebut secara sinergis akan menuju kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat di wilayah kerja Puskesmas. Kesimpulan tersebut dapat disajikan dalam gambar 1 berikut:

Gambar 1  
UKM dan UKP di Puskesmas menuju Keluarga Sehat



Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 39 Tahun 2016 : 45 )

Dalam rangka meningkatkan aksesibilitas pelayanan, (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 39 tahun 2016 :46) Puskesmas didukung oleh jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan. Jaringan pelayanan Puskesmas mencakup fasilitas berikut:

1. Puskesmas pembantu yang memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas.
2. Puskesmas keliling yang memberikan pelayanan kesehatan yang sifatnya bergerak (mobile), untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas yang belum terjangkau oleh pelayanan dalam gedung Puskesmas.
3. Bidan desa yang ditempatkan dan bertempat tinggal pada satu desa dalam wilayah kerja Puskesmas.

Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan adalah klinik, rumah sakit, apotek, laboratorium, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Puskesmas dapat berkoordinasi dan memberikan instruksi langsung kepada jaringannya dalam melaksanakan peran dan fungsinya. Puskesmas menjalankan peran dan fungsinya agar dapat melaksanakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam mencapai tujuan menuju Indonesia Sehat.

## **5. Manajemen Puskesmas**

Untuk terselenggaranya berbagai upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang sesuai dengan azas penyelenggaraan puskesmas perlu ditunjang oleh manajemen puskesmas yang baik. Manajemen Puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan luaran

puskesmas yang efektif dan efisien. Rangkaian kegiatan sistematis yang dilaksanakan oleh puskesmas membentuk fungsi-fungsi manajemen. Ada tiga fungsi manajemen puskesmas yang dikenal yakni Perencanaan, Pelaksanaan dan Pengendalian serta Pengawasan dan Pertanggungjawaban. Semua fungsi manajemen tersebut harus dilaksanakan secara terkait dan berkesinambungan. Penerapan manajemen Puskesmas secara operasional dilaksanakan melalui kegiatan; (Modul pelatihan Manajemen Puskesmas, 2009;19)

1. Perencanaan tahunan Puskesmas
2. Lokakarya Mini Puskesmas Bulanan dan Tribulanan
3. Penilaian Kinerja Puskesmas

#### **a. Perencanaan Puskesmas**

Perencanaan Puskesmas disusun untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada diwilayah kerjanya, baik upaya kesehatan wajib, upaya kesehatan pengembangan maupun upaya kesehatan penunjang. Perencanaan disusun untuk kebutuhan satu tahun agar puskesmas mampu melaksanakannya secara efisien, efektif dan dipertanggungjawabkan.

Tahapan perencanaan Tingkat Puskesmas melalui kegiatan:  
Modul Pelatihan Manajemen Puskesmas (2009:4)

1. Mengumpulkan, mengolah dan menganalisa data Puskesmas
2. Menetapkan target program Puskesmas
3. Menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK)
4. Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Pengumpulan dan analisa data di puskesmas terdiri dari data-data essential di Puskesmas baik data umum maupun data khusus. Metode pengumpulan data terdiri dari penentuan sumber data, pengisian format pengumpulan data Kegiatan analisa data dilakukan dengan koreksi data untuk menjamin keakuratan dan kualitas data, pengolahan data terdiri dari kegiatan untuk meneliti kelengkapan dan kebenaran data. Selanjutnya data yang sudah diperoleh dikoreksi.

Penetapan target program puskesmas dapat ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Barru dan dapat ditentukan sendiri oleh Puskesmas sesuai dengan ketersediaan sumber daya yang tersedia di Puskesmas.

Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) terdiri dari identifikasi masalah, menetapkan urutan prioritas masalah, merumuskan masalah dan mencari akar penyebab masalah, menetapkan cara-cara pemecahan masalah'

Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dilakukan dengan mempelajari alokasi kegiatan dan biaya yang telah disetujui, Membandingkan alokasi kegiatan yang disetujui dengan rencana RUK, menyusun rancangan awal, mengadakan lokakaryamini tahunan, dan membuat RPK yang telah disusun dalam bentuk matriks.

#### **b. Lokakarya Mini**

Lokakarya mini di puskesmas dapat dibedakan menjadi 2 hal, yaitu lokakarya mini bulanan dan lokakarya mini tribulanan, dimana tujuan dari dua macam lokakarya mini ini berbeda satu sama



lainya. Lokakarya mini bulanan adalah suatu kegiatan pertemuan intern puskesmas dalam rangka pemantauan hasil kerja petugas puskesmas dengan cara membandingkan rencana kerja bulan lalu dari setiap petugas dengan hasil kegiatannya dan membandingkan cakupan kegiatan dari daerah binaan dengan targetnya serta tersusunnya rencana kerja bulan berikutnya. Lokakarya mini tribulanan dilakukan dalam rangka mengkaji hasil kegiatan kerjasama lintas sektor dan tersusunnya rencana kerja tribulan berikutnya

### **c. Penilaian Kinerja**

Keberhasilan pelaksanaan manajemen Puskesmas ditentukan oleh konsistensi dan kepatuhan para pelaksana di puskesmas dalam melaksanakan kegiatan yang sudah direncanakan pada perencanaan Puskesmas. Penilaian kinerja Puskesmas merupakan rangkaian kegiatan manajemen Puskesmas untuk menilai bagaimana kemampuan pencapaian terhadap target yang telah ditetapkan dalam rencana. Dengan dilakukannya penilaian kinerja puskesmas diharapkan masalah-masalah yang timbul dapat diselesaikan atau paling tidak dapat dikurangi'

Penilaian kinerja secara umum kegiatan mengumpulkan data dan informasi yang bersifat faktual, signifikan dan relevan yang selanjutnya melakukan proses mengukur dengan cara membandingkan hasil yang dicapai dengan target atau rencana yang telah ditetapkan, serta melakukan analisis terhadap informasi yang didapat secara sistematis,

obyektif dan terdokumentasi, dan diakhiri dengan melakukan proses pengambilan keputusan.

## **6. Penilaian Kinerja Puskesmas**

Puskesmas merupakan ujung tombak terdepan dalam pembangunan kesehatan, mempunyai peran cukup besar dalam upaya mencapai tujuan pembanguinan kesehatan. Penilaian kinerja puskesmas adalah suatu upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja/prestasi puskesmas (Departemen Kesehatan RI, 2006:2). Pelaksanaan penilaian dimulai dari tingkat Puskesmas, sebagai instrumen mawas diri karena setiap puskesmas melakukan penilaian kinerjanya secara mandiri, kemudian dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan verifikasi hasilnya. Adapun aspek penilaian meliputi hasil pencapaian cakupan dan manajemen kegiatan termasuk mutu pelayanan. Berdasarkan hasil verifikasi, dinas kesehatan kabupaten/kota bersama Puskesmas sesuai dengan pencapaian kinerja (Departemen Kesehatan RI, 2006 : 2).

### **a. Tujuan dan Manfaat Penilaian Kinerja Puskesmas**

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2006:2) menjelaskan bahwa tujuan dan manfaat penilaian kinerja puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Tujuan
  - a. Tujuan Umum  
Tercapainya tingkat kinerja puskesmas yang berkualitas secara optimal dalam mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan Kabupaten/Kota
  - b. Tujuan khusus

1. Mendapatkan gambaran tingkat pencapaian hasil cakupan dan mutu kegiatan serta manajemen Puskesmas pada akhir tahun kegiatan.
  2. Mengetahui tingkat kinerja puskesmas pada akhir tahun berdasarkan urutan peningkatan kategori kelompok puskesmas
  3. Mendapatkan informasi analisis kinerja puskesmas dan bahan masukan dalam penyusunan rencana kegiatan puskesmas dan dinas kesehatan Kabupaten/Kota untuk tahun yang akan datang.
2. Manfaat Penilaian Kinerja Puskesmas ;
- a. Puskesmas mengetahui tingkat pencapaian (prestasi) kunjungan dibandingkan dengan target yang harus dicapainya
  - b. Puskesmas dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerjanya berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja Puskesmas (*out put dan out come*).
  - c. Puskesmas dan Dinas kesehatan kabupaten/kota dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya.
  - d. Dinas kesehatan kabupaten/kota dapat menetapkan dan dukungan kebutuhan sumberdaya puskesmas dan urgensi pembinaan Puskesmas.

### **b. Ruang Lingkup Penilaian Kinerja Puskesmas**

Ruang lingkup penilaian kinerja puskesmas meliputi penilaian pencapaian hasil/pelaksanaan pelayanan kesehatan, manajemen puskesmas dan mutu pelayanan. (Kementerian Kesehatan RI,2006:3)

Sesuai UU No.32 tahun 2004 tentang Pemerintahan di daerah, maka Kabupaten/ kota dapat menetapkan dan mengembangkan jenis program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang sudah diukur dengan kemampuan sumberdaya termasuk ketersediaan dan kompetensi tenaga pelaksanaannya, dengan tetap memperhatikan arahan dan kebijakan tingkat propinsi dan pusat, yang dilandasi oleh kepentingan daerah dan nasional termasuk *consensus*

global/kesepakatan dunia. Dengan pendekatan demikian maka penilaian pelaksanaan kegiatan untuk masing-masing Puskesmas kemungkinan tidak lagi sama di seluruh Puskesmas, melainkan hanya berdasarkan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas yang bersangkutan.

Secara garis besar lingkup penilaian kinerja puskesmas tersebut berdasarkan pada upaya-upaya Puskesmas dalam menyelenggarakan :

1. Pelayanan kesehatan yang meliputi :
  - a. Upaya Kesehatan Wajib sesuai dengan kebijakan nasional, dimana penetapan jenis pelayanannya disusun oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.
  - b. Upaya Kesehatan Pengembangan antara lain penambahan upaya kesehatan atau penerapan pendekatan baru (inovasi) upaya kesehatan dalam pelaksanaan pengembangan program kesehatan yang dilaksanakan di Puskesmas.
2. Pelaksanaan manajemen Puskesmas dalam penyelenggaraan kegiatan, meliputi :
  - a. Proses penyusunan perencanaan, pelaksanaan lokakarya mini dan pelaksanaan penilaian kinerja.
  - b. Manajemen sumber daya termasuk manajemen alat, obat, keuangan, dan lain-lain.
3. Mutu Pelayanan Puskesmas, meliputi :
  - a. Penilaian input pelayanan berdasarkan standar yang diteetapkan.

- b. Penilaian proses pelayanan dengan menilai tingkat kepatuhan terhadap standar pelayanan yang telah ditetapkan.
- c. Penilaian output pelayanan berdasarkan upaya kesehatan yang diselenggarakan. Dimana masing-masing program / kegiatan mempunyai indikator mutu tersendiri, sebagai contoh angka drop out pengobatan pada program penanggulangan TBC.
- d. Penilaian outcome pelayanan antara lain melalui pengukuran tingkat kepuasan pengguna jasa pelayanan Puskesmas.

Kegiatan pelayanan yang dilaksanakan di Puskesmas belum semua dapat dinilai tingkat mutunya, baik dalam aspek input, proses, output maupun outcomenya, karena indikator dan mekanisme untuk penilaiannya belum ditentukan. Sehingga secara keseluruhan tidak akan diukur dalam penilaian kinerja, akan tetapi dipilih beberapa indikator yang sudah ada standar penilaiannya.

Komponen input sumberdaya dan lingkungan tidak termasuk dalam variabel penilaian, akan tetapi kedua komponen tersebut dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam proses penyusunan rencana dan penetapan besar target Puskesmas. Selanjutnya dalam melakukan analisa permasalahan/ kesenjangan kegiatan puskesmas, maka komponen input sumberdaya dan lingkungan dipergunakan sebagai bahan pertimbangan baik dalam mencari penyebab masalah maupun penetapan alternatif pemecahan masalah.

## B. Hasil Penelitian Yang Relevan

Beberapa penelitian yang terkait dengan kinerja penyelenggaraan organisasi publik.

**Tabel 5**  
**Hasil Penelitian Yang Relevan**

<b>No</b>	<b>Nama Peneliti</b>	<b>Judul</b>	<b>Jenis Rancangan Penelitian</b>	<b>Hasil Penelitian</b>
1.	Wahyu Kuncoro Program Studi Magister Ilmu Politik Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang	Studi Evaluasi Pelayanan Publik Dan Kualitas Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo	Pendekatan kualitatif dipergunakan untuk mengetahui kinerja pelayanan di Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo	Hasil analisis penelitian ini menunjukkan bahwa Sinkronisasi Perda Pelayanan Publik ke dalam kebijakan internal RSUD Dr. Soetomo berjalan cukup baik, sehingga kinerja pelayanan di Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo memenuhi standar pelayanan dengan kategori baik.
2.	Nurmah Semil	Analisis Kinerja Pelayanan Publik Instansi Pemerintah (Studi Kasus Di Kantor Pertanahan Kota Semarang)	Pendekatan Kualitatif untuk mengetahui kinerja pelayanan dipublik pada Instansi Pemerintah (Kantor Pertanahan Kota Semarang)	Pengukuran kinerja pelayanan publik Kantor Pertanahan Kota Semarang ini didasarkan atas 9 indikator yang dirinci menjadi 26 item (sub indikator). Temuan hasil penelitian menunjukkan bahwa 5 Indikator yang tergolong bagus adalah : Keterbukaan; Kemudahan; Profesionalisme petugas; Saranadan fasilitas pelayanan; Keamanan. 4 Indikator yang tergolong tidakbagus adalah : Kepastian; Keadilan; Kompensasi; Sistem Penanganan Keluhan.
3.	Armediana Sukmarwati,	Analisis Kinerja Pegawai Di Kecamatan	Pendekatan kualitatif untuk mengetahui kinerja	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja pegawai kecamatan gunung pati

		Gunungpati Kota Semarang	pegawai di Kecamatan Gunungpati Kota Semarang	termasuk unggul, terlihat dari tingkat kemampuan, keahlian, persepsi, attitude, personality, pembelajaran, motivasi, sumber daya, kepemimpinan, job design, kesesuaian peraturan pemerintah dengan penilaian kinerja, format penilaian kinerja di kecamatan gunungpati kota semarang.
--	--	--------------------------------	---	---

### C. Deskripsi Fokus Penelitian

Ruang lingkup penilaian kinerja Puskesmas meliputi penilaian pencapaian hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan, pelaksanaan manajemen Puskesmas, dan mutu pelayanan kesehatan. (Departemen Kesehatan RI, 2006:3). Penilaian kinerja puskesmas ini dilakukan untuk menilai seberapa efektif pelayanan kesehatan disediakan. Pada penelitian ini akan mengetahui dan menganalisis pencapaian hasil kinerja Puskesmas Madello pada 2 komponen yaitu Pelaksanaan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan manajemen Puskesmas. Adapun definisi konsep penelitian ini akan diuraikan sebagai berikut:

1. Kinerja Puskesmas adalah Kinerja puskesmas berdasarkan Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI 2006 pada Puskesmas Madello Kabupaten Barru.
2. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas Madello yang

terdiri dari upaya kesehatan masyarakat essential, melalui pelayanan : Promosi Kesehatan, Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana, Kesehatan lingkungan, pencegahan dan pengendalian penyakit, Gizi, dan upaya kesehatan perorangan yaitu rawat jalan dan rawat inap. Kinerja dilihat dari pencapaian pada target output program, sedangkan tolak ukur kinerja/standar kinerja yang dipakai adalah berdasarkan standar kinerja pada masing-masing program, berdasarkan SPM (Standar Pelayanan Minimal ) dan standar Renstra Kementerian kesehatan.

3. Pelaksanaan Manajemen Puskesmas adalah kegiatan manajemen yang dilaksanakan di Puskesmas Madello. Dalam hal ini manajemen operasional puskesmas yang terdiri dari:
  - a. Perencanaan Tingkat Puskesmas Adalah proses penyusunan rencana kegiatan Puskesmas pada tahun yang akan datang yg dilakukan secara sistematis untuk mengatasi masalah atau sebagian masalah kesehatan di wilayah kerjanya. Adapun pada penelitian ini akan melihat mekanisme kegiatan yang dilakukan adalah:
    - 1) Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)
    - 2) Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)
  - b. Lokakarya mini puskesmas adalah kegiatan pertemuan yang dilakukan dalam rangka penggalangan kerjasama baik lintas program maupun lintas sektor. Kegiatan dimaksudkan untuk menjamin pelaksanaan kegiatan terlaksana sesuai dengan



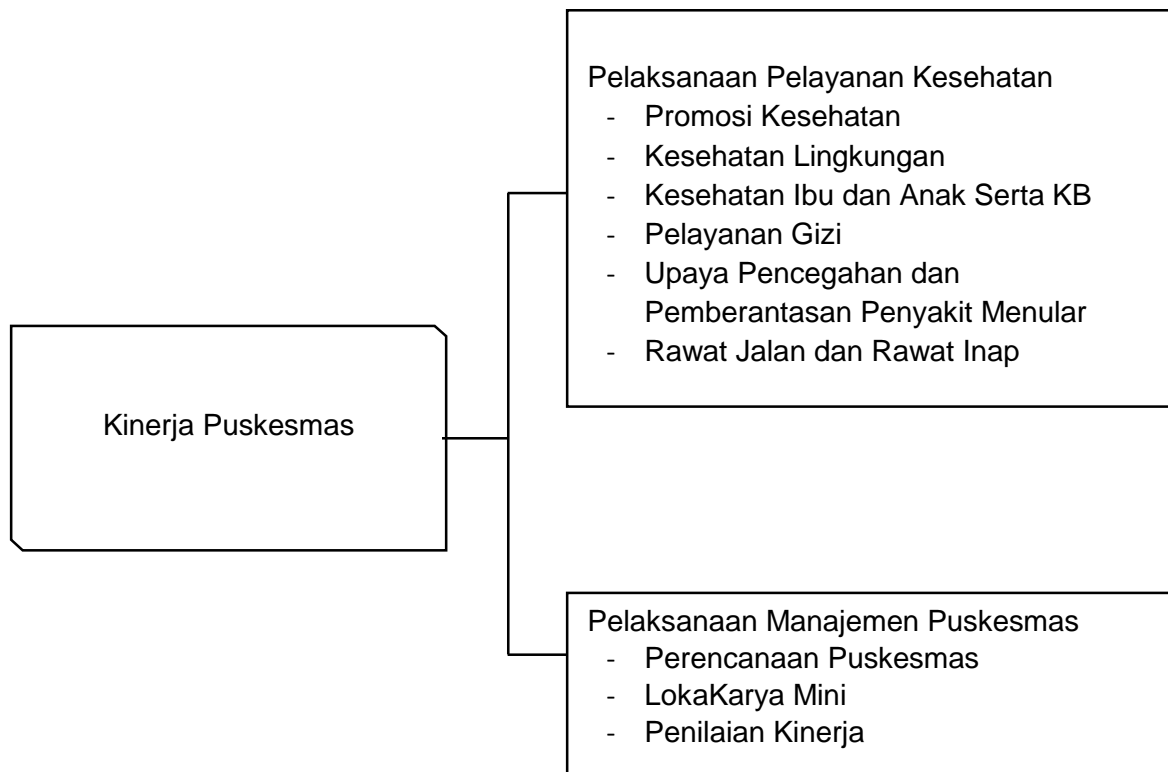
rencana .Pada penelitian ini akan melihat pelaksanaan lokakarya mini bulanan (program) dan lokakarya mini tribulanan (lintas sektor).

- c. Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu upaya yang dilakukan puskesmas untuk menilai hasil kinerja/prestasi puskesmas. Pada penelitian ini akan melihat mekanisme pelaksanaan penilaian kinerja tahunan puskesmas

#### **D. Model Penelitian**

Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI (2006;7) menegaskan bahwa ruang lingkup penilaian kinerja Puskesmas seyogyanya mewakili/mempresentasikan pada fungsi dan azas upaya pelayanan Puskesmas beserta jaringannya. Penilaian kinerja Puskesmas dilakukan untuk menentukan seberapa efektif pelayanan Puskesmas disediakan. Ruang lingkup penilaian kinerja Puskesmas dikelompokkan dalam tiga komponen yaitu pelaksanaan pelayanan kesehatan, pelaksanaan manajemen Puskesmas dan manajemen mutu Puskesmas (Depkes RI, 2006;3).Berdasar pada teori dan konsep diatas, maka penelitian ini menggunakan model berpikir sebagai berikut :

**Gambar 2**  
**Model Berpikir**



### **E. Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru dilihat dari komponen pelaksanaan pelayanan kesehatan?
2. Bagaimana kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru dilihat dari komponen pelaksanaan manajemen Puskesmas?

## **BAB III**

### **DESAIN DAN PROSEDUR PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan Penelitian Kualitatif**

Berdasarkan pada permasalahan yang diteliti, metode penelitian adalah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Adapun yang dimaksud dengan penelitian kualitatif yaitu penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian secara holistik dan dengan cara deskripsi. Jenis penelitian deskriptif kualitatif yang digunakan pada penelitian ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru.

#### **B. Desain Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada Puskesmas Madello Kabupaten Barru, kegiatan penelitian ini dilakukan selama 2 bulan setelah selesai di proposalkan. Adapun langkah awal pada penelitian ini adalah menentukan objek kajian, penulis menyiapkan pedoman wawancara yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang disesuaikan dengan pedoman penilaian kinerja puskesmas, Departemen Kesehatan RI 2006 yang digunakan dalam penelitian ini yang disesuaikan dengan pokok permasalahan dalam penelitian ini. Pokok permasalahan ini dapat berkembang sehingga penulis menemukan informasi lain yang berhubungan dengan pokok permasalahan tersebut selama wawancara berlangsung.

### C. Unit Analisis dan Sumber Data

Unit analisis pada penelitian ini adalah keseluruhan objek yang berkaitan dengan fokus penelitian, dalam hal ini pada Puskesmas Madello Kabupaten Barru. Pemilihan narasumber pada penelitian ini adalah pihak-pihak yang dianggap memahami masalah yang diteliti, semua data yang diperoleh langsung ke lokasi penelitian berupa observasi, wawancara dan dokumentasi, dengan tujuan untuk mengetahui kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru, yang akan diwawancarai secara mendalam. Adapun yang menjadi informan dalam penelitian ini yaitu sebanyak 10 (Sepuluh) orang sebagai berikut:

**Tabel 6**  
**Daftar Informan Penelitian**

Kedudukan	Jumlah
Plt Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Barru	1 Orang
Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dasar dan SDK	1 Orang
Kepala Puskesmas Madello	1 Orang
Kepala Bagian Tata Usaha	1 Orang
Pengelola Pelayanan Promosi Kesehatan	1 Orang
Pengelola Pelayanan Kesehatan Lingkungan	1 Orang
Pengelola Pelayanan KIA dan KB	1 Orang
Pengelola Pelayanan Gizi	1 Orang
Pengelola Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	1 Orang
Penanggungjawab Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap	1 Orang

#### **D. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

Adapun Jenis data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Data primer, yaitu data yang diperoleh dari responden secara langsung. Pengumpulan data primer dilakukan melalui 2 cara yakni :

a) Wawancara

Interview (wawancara), yaitu melakukan wawancara langsung terhadap sejumlah informan kunci guna memperoleh data dan informasi yang dibutuhkan untuk mengetahui Kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru.

b) Observasi, dilakukan dengan cara pengamatan dari dekat, tentang obyek yang sementara diteliti. Dalam hal ini penulis akan mengamati langsung proses pelayanan kesehatan yang terjadi di lapangan.

2. Data sekunder, yaitu telaah Dokumen, dimana data yang dikumpulkan dari Puskesmas Madello Kabupaten Barru.

Pengumpulan data sekunder dilakukan melalui study kepustakaan dan dokumentasi yakni mempelajari informasi-informasi pada kepustakaan tentang kebijakan, teori-teori dan konsep ilmiah yang berkaitan dengan masalah penelitian yang akan diteliti. Di samping itu, untuk memperoleh data melalui berbagai dokumen atau arsip-arsip seperti buku, peraturan-peraturan dan bahan-bahan tertulis

lainnya yang berkaitan dengan masalah yang sedang diteliti dalam rangka mendukung hasil penelitian.

### **E. Teknik Pengolahan Data dan Analisis Data**

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif, dengan lebih banyak bersifat uraian dari hasil wawancara dan studi dokumentasi. Data yang telah diperoleh akan dianalisis secara kualitatif serta diuraikan dalam bentuk deskriptif. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan langkah-langkah seperti yang dikemukakan oleh Bungin (2003:70), yaitu sebagai berikut:

1. Pengumpulan Data (*data Collection*) Pengumpulan data merupakan bagian integral dari kegiatan analisis data. Kegiatan pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan menggunakan wawancara dan studi dokumentasi.
2. Reduksi Data (*data reduction*) suatu proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi dilakukan sejak pengumpulan data dimulai dengan membuat ringkasan, mengkode, menelusur tema, membuat gugus-gugus, menulis memo dan sebagainya dengan maksud menyisihkan data/informasi yang tidak relevan.
3. Display Data

Display data adalah pendeskripsian sekumpulan informasi tersusun yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan

pengambilan tindakan. Penyajian data kualitatif disajikan dalam bentuk teks naratif. Penyajiannya juga dapat berbentuk matrik, diagram, tabel dan bagan.

4. Verifikasi dan Penegasan Kesimpulan (*conclusion drawing and verification*) merupakan kegiatan akhir dari analisis data. Penarikan kesimpulan berupa kegiatan interpretasi, yaitu menemukan makna data yang telah disajikan. Selanjutnya data yang telah dianalisis, dijelaskan dan dimaknai dalam bentuk kata-kata untuk mendeskripsikan fakta yang ada di lapangan, pemaknaan atau untuk menjawab pertanyaan penelitian yang kemudian diambil intisarinya saja.

Berdasarkan keterangan di atas, maka setiap tahap dalam proses tersebut dilakukan untuk mendapatkan keabsahan data dengan menelaah seluruh data yang ada dari berbagai sumber yang telah didapat dari lapangan dan dokumen pribadi, dokumen resmi, gambar, foto dan sebagainya melalui metode wawancara yang didukung dengan studi dokumentasi.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **1. Keadaan Geografi**

Puskesmas Madello adalah merupakan Puskesmas yang berada di dalam Kecamatan Balusu yang terletak di Desa Madello. Puskesmas Madello mempunyai wilayah kerja dengan luas wilayah 112,18 km<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk 19.042 jiwa. Wilayah puskesmas Madello terbagi dalam 1 (satu) Kelurahan dan 5 (lima) Desa yang terdiri dari 3 lingkungan dan 24 Dusun, dengan batas-batas wilayah yang meliputi:

- Sebelah Utara : Desa Ajjakkang Kec.Soppeng Riaja
- Sebelah Timur : Kabupaten Soppeng
- Sebelah Selatan : Desa Siawung Kec.Barru
- Sebelah Barat : Selat Makassar

Puskesmas Madello secara administratif membawahi 1 kelurahan dan 5 Desa yang terdiri dari:

- Desa Madello
- Desa Binuang
- Kelurahan Takkalasi
- Desa Balusu
- Desa Lampoko
- Desa Kamiri



**Tabel 7**  
**Luas wilayah kerja Puskesmas Madello Kecamatan Balusu**  
**Kabupaten Barru Tahun 2016**

No	Desa/Kelurahan	Luas ( Ha)
1	Kelurahan Takkalasi	1.380 Ha
2	Desa Madello	1.69 Ha
3	Desa Binuang	836 Ha
4	Desa Balusu	2.275,Ha
5	Desa lampoko	823 Ha
6	Desa Kamiri	4.735 Ha
Jumlah		112,18 KM <sup>2</sup>

Sumber: Kantor Camat Balusu Tahun 2017

Berdasarkan tabel 7 menunjukkan bahwa Desa Kamiri memiliki daerah yang paling luas yaitu 4.735 Ha. Sedangkan yang paling kecil luasnya adalah Desa Lampoko yang memiliki luas 823 Ha.

## 2. Kondisi Demografi

Kondisi Demografi Kecamatan Balusu sebagai wilayah kerja Puskesmas Madello digambarkan pada tabel-tabel sebagai berikut :

**Tabel 8**  
**Distribusi jumlah Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas**  
**Madello Kecamatan Balusu Kabupaten Barru**

No	Kel/Desa	Laki-laki (jiwa)	Perempuan (Jiwa)	Jumlah (Jiwa)
1	Madello	2.084	2.131	4.215
2	Binuang	1.089	1.161	2.250
3	Takkalasi	2.292	2.400	4.692
4	Kamiri	1.011	1.019	2.030
5	Balusu	1.175	1.293	2.468
6	Lampoko	1.285	1.367	2.652
Jumlah		8.936	9.371	18.307

Sumber: Kantor Camat Balusu Tahun 2017

Berdasarkan tabel 8 tersebut menunjukkan bahwa jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Madello sebanyak 18.307 jiwa. Yang terdiri dari laki-laki sebanyak 8.936 jiwa dan perempuan sebanyak 9.371 jiwa. Kelurahan/Desa dengan jumlah penduduk terbanyak pada Kelurahan Takkalasi dengan jumlah penduduk sebanyak 4.692 jiwa dan Desa Kamiri dengan jumlah penduduk paling sedikit yaitu 2.030 jiwa.

**Tabel 9**  
**Status Pendidikan Masyarakat di Wilayah Kerja**  
**Puskesmas Madello Kecamatan Balusu**

No	Kel/Desa	T. Tamat SD (Jiwa)	Tamat SD-SLTP (jiwa)	Tamat SLTA (jiwa)	AK/S 1 (jiwa)
1	Madello	223	594	312	101
2	Binuang	72	454	313	52
3	Takkalasi	91	758	332	164
4	Kamiri	203	385	47	14
5	Balusu	99	512	133	70
6	Lampoko	97	529	158	43
Jumlah		785	3.232	1295	444

*Sumber : Profil Puskesmas Madello Tahun 2016*

Berdasarkan tabel 9 tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Madello Kecamatan Balusu bervariasi dari setiap penduduk di wilayah kerja Puskesmas Madello. Tingkat pendidikan masyarakat yang paling banyak adalah tamat Sekolah Dasar (SD) yaitu sebanyak 3232 orang sedangkan paling kurang adalah tingkat Akademi/Sarjana sebanyak 444 orang.

Tabel 10

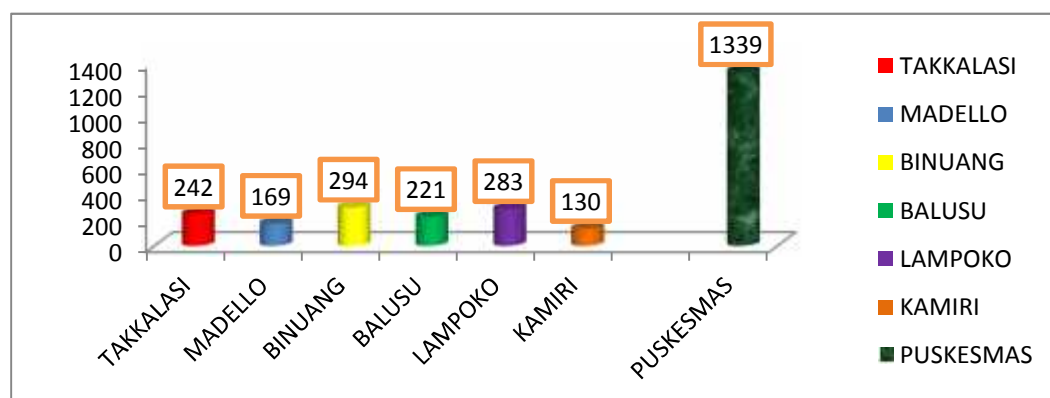
**Status Pekerjaan Masyarakat di Wilayah Kerja  
Puskesmas Madello Kecamatan Balusu**

No	Kel/Desa	Petani	Nelayan	Perajin	Pedagan g/ buruh	PN S	Swasta	Lain - Lain
1	Madello	424	466	57	272	54	92	738
2	Binuang	228	3	0	50	55	34	483
3	Takkalasi	443	413	50	150	172	150	253
4	Kamiri	380	13	76	25	12	10	0
5	Balusu	236	0	21	72	50	15	320
6	Lampoko	265	59	10	270	34	29	308
Jumlah		1.976	954	214	839	377	330	

Sumber : Profil Puskesmas Madello Tahun 2016

Berdasarkan tabel 10 menunjukkan bahwa jenis pekerjaan masyarakat di Wilayah kerja Puskesmas Madello terbanyak sebagai petani yaitu 1.976 orang dan paling sedikit sebagai pengrajin yaitu 214 orang. Sedangkan kondisi keluarga miskin di wilayah Puskesmas Madello tergambar pada grafik berikut:

**Grafik 1**  
**Distribusi Jumlah keluarga Miskin di wilayah Kerja Puskesmas  
Madello Kecamatan Balusu Kab.Barru Tahun 2016**



Sumber: Profil Puskesmas Madello Tahun 2016

Berdasarkan grafik 1 di atas menunjukkan bahwa jumlah keluarga miskin di wilayah kerja puskesmas Madello sebanyak 1399 KK, terbanyak berada di Desa Binuang yaitu 294 KK dan paling sedikit berada di Desa Kamiri yaitu 130 KK.

### **3. Gambaran Singkat Sektor Kesehatan**

Kesehatan masyarakat di wilayah Puskesmas Madello yang ingin dicapai oleh segenap komponen masyarakat melalui pembangunan Kesehatan di Kecamatan Balusu khususnya di wilayah kerja Puskesmas Madello, dimana visi Puskesmas Madello adalah “Terwujudnya Kecamatan Balusu Sehat Berkualitas”. Di dalam mewujudkan visi tersebut di atas maka ada beberapa misi yang harus dilakukan yaitu:

1. Menciptakan lingkungan yang sehat, perilaku hidup sehat, pelayanan kesehatan bermutu dan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal.
2. Menyelenggarakan pelayanan administrasi yang bermutu dan mendukung pelayanan tugas
3. Meningkatkan SDM petugas kesehatan yang ramah, profesional, bertanggung jawab dan berbudaya, siap memberikan pelayanan terbaik.
4. Melaksanakan koordinasi lintas sektor dan lintas program.

Adapun keadaan ketenagaan Puskesmas Madello sebagai berikut :

**Tabel 11**  
**KEADAAN KETENAGAAN DI UPTD KESEHATAN PUSKESMAS**  
**MADELLO**  
**TAHUN 2016**

<b>NO</b>	<b>JENIS KETENAGAAN</b>	<b>JUMLAH</b>	<b>KETERANGAN</b>
1	Kepala Puskemas	1 orang	
2	Dokter Umum	2 orang	
3	Dokter Gigi	-	Kekurangan 1 org
4	Perawat	15 orang	
5	Perawat Gigi	1 orang	
6	Bidan Puskesmas	4 orang	
7	Bidan Desa	6 orang	
8	Apoterker/S1.Farmasi	1 orang	
9	Asisten Apoteker	-	
10	Anaisis Farmasi	-	
11	Kesehatan Masyarakat	4 orang	
12	Sanitarian	1 orang	
13	Gizi	2 orang	
14	Analisis Laboratorium Kesehatan	1 orang	
15	Tehnis Medis	-	
16	Pekarya	1 orang	
17	Tenaga Non Kesehatan	1 orang	
18	Petugas Pustu	3 orang	
	<b>Total</b>	<b>43 orang</b>	

*Sumber: Hasil olahan Data Sekunder 2016*

Berdasarkan data tabel 11 diatas, dapat diketahui bahwa jumlah pegawai di Puskesmas Madello sebanyak 43 orang menempati 14 formasi ketenagaan, namun belum tersedia yakni dokter gigi, asisten apoteker, analisis farmasi dan teknis medis.

## **B. Deskripsi Hasil Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi serta telaah dokumen tentang Analisis Kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru.

### **1. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan**

Puskesmas Madello merupakan unit organisasi fungsional Dinas Kesehatan Kabupaten Barru yang bertanggung jawab memberikan pelayanan kepada masyarakat melalui upaya Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (UKM) dan penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan.

Sebagai lembaga yang mempunyai misi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Puskesmas Madello berperan dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Kepercayaan yang diberikan masyarakat dan pemerintah terhadap Puskesmas Madello adalah sebuah kehormatan sekaligus amanat dan tugas berat yang harus dipikul dengan sungguh-sungguh dan sepenuh hati, lebih-lebih dengan perkembangan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan maka puskesmas dituntut untuk lebih keras lagi dalam berusaha meningkatkan profesionalisme bekerja khususnya memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat

Kinerja suatu organisasi/instansi pemerintah dapat dikatakan berhasil jika terdapat bukti-bukti atau indikator-indikator atau ukuran keberhasilan yang mengarah pada pencapaian misi organisasi. Pada penelitian ini kinerja puskesmas Madello dari komponem pelaksanaan

pelayanan kesehatan dilihat dari tingkat cakupan/pencapaian pelaksanaan pelayanan upaya kesehatan masyarakat (UKM) esensial/wajib yang terdiri dari Pelayanan Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana, Perbaikan Gizi dan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dan upaya kesehatan perorangan (UKP).

#### a. Pelayanan Promosi Kesehatan

Kinerja pelayanan Promosi Kesehatan diketahui melalui kombinasi observasi, telaah dokumen dan wawancara mendalam. Kegiatan observasi dilakukan dengan melihat dan memeriksa dokumen perencanaan kegiatan dalam bentuk Perencanaan, dan laporan kinerja. Selain itu dokumentasi kegiatan juga dalam bentuk foto –foto kegiatan juga nampak ada di Puskesmas Madello khususnya di bagian promosi kesehatan. Selanjutnya dari dokumen laporan kinerja tersebut, dilakukan telaah capaian kinerja program promosi kesehatan. Hasil telaah dokumen yang didapatkan sebagai berikut:

**Tabel 12**  
**Capaian Indikator Program Promosi Kesehatan Puskesmas Madello**  
**Kecamatan Balusu Tahun 2016**

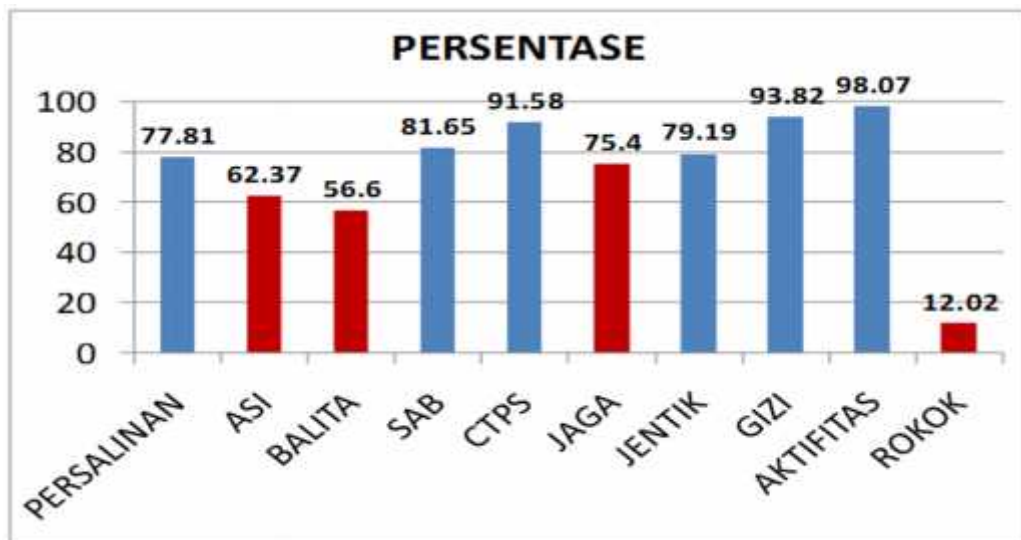
No	Indikator	Capaian	Target
1	PHBS Rumah Tangga	48,3%	100 %
2	PHBS Sekolah	80 %	100%
3	Penyuluhan Kesmas	60 %	100 %
4	Partisipasi Kader	70 %	100%

*Sumber: Pengelola Promosi Kesehatan, 2016*

Berdasarkan tabel 12 di atas terlihat bahwa pencapaian indikator program promosi kesehatan masih dibawah standar. Indikator PHBS

Rumah tangga merupakan indikator yang capaiannya paling rendah yaitu 48,3% dari target 100%.sedangkan capaian paling tinggi yaitu indikator PHBS sekolah dengan capaian 80%. Adapun rekapitulasi pencapaian dapat dilihat pada grafik berikut ini:

**Grafik 2**  
**Rekapitulasi Pencapaian Indikator PHBS Rumah Tangga**  
**Di Puskesmas Madello 2016**



Sumber: Promkes PKM Madello 2016

Berdasarkan grafik 2 hasil rekapitulasi pencapaian indikator PHBS rumah tangga diatas terlihat bahwa dari 12 indikatornya, indikator kebiasaan tidak merokok didalam rumah paling rendah capaiannya yaitu 12,02%, artinya sebagian besar (lebih dari 80%) masyarakat merokok di dalam rumah. Sedangkan indikator capaian yang paling tinggi yaitu indikator melakukan kegiatan aktivitas fisik. Selanjutnya, untuk mengetahui lebih mendalam tentang faktor-faktor penyebab, aktivitas program promosi kesehatan dan lain - lain, maka peneliti melakukan wawancara dengan Petugas Promosi Kesehatan Puskesmas Madello pada (8 Juni 2017), berikut kutipan wawancara “Kalau



program promosi kesehatan dari 4 target tidak ada yang tercapai targetnya“.

Berdasarkan penjelasan tersebut diketahui bahwa bahwa semua indikator capaian program promosi kesehatan yang terdiri dari 4 (empat) indikator kinerja, semuanya tidak tercapai.

Kemudian untuk mengetahui faktor- faktor yang menyebabkan capaian indikator program promosi kesehatan tidak mencapai target, maka dilakukan wawancara kepada Pengelola Program Promosi Puskesmas Madello Hj. Suarni SKM, (wawancara, 8 Juni 2017) :

“Partisipasi teman-teman program yang lain juga bisa membantu dalam kegiatan promkes jangan cuma tenaga promkes juga yang diterjunkan untuk kegiatan penyuluhan dan pendampingan. Selama ini promkes saja yang terlibat maunya kan eeeh program lain juga harus dilibatkan, selama ini penyuluhan sendiri-sendiri macam kegiatan di posyandu itu peningkatan D/S selama inikan cuma promkes yang terlibat langsung dalam pembinaan kadernya (Sistim Informasi Posyandu), maunya ada keterlibatan tenaga gizi, KIA selama ini cuma promkes saja. Selain itu saya rasa karena faktor kekurangan tenaga kemudian sarana alat transportasi, dana juga dana BOK tahun 2016 serasa tidak cukup kalau 2017 ini sudah ada peningkatan. Bisa juga karena faktor ada daerah pegunungan, tenaga kita kan tenaga perempuan“.

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui bahwa ada beberapa faktor penyebab tidak tercapainya target kinerja program promosi kesehatan yaitu : kurangnya keterlibatan lintas program dan lintas sektor, kemampuan tenaga yang tidak dapat mencakup semua sasaran, keterbatasan anggaran dan fasilitas. Minimnya sarana transportasi sebagai salah satu bentuk fasilitas juga sebagai salah satu kendala dalam pencapaian target program Promosi Kesehatan seperti diungkapkan oleh Kepala Puskesmas Madello Muhiddin, S, Sos,

(wawancara, 24 Juni 2017): “Kalau masalah motornya, saya kira cuma petugas TB Paru/Kusta, lansia yang belum punya motor petugas Promkes juga tapi dijanji ini tahun (2017).”

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa dari 4 (empat) indikator kinerja Program Promosi Kesehatan, ada satu indikator yang paling rendah cakupan atau capaiannya yaitu Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga. Hal ini disebabkan selain karena faktor-faktor yang telah dijelaskan di atas, juga karena memang proses perubahan perilaku dari masyarakat yang memerlukan waktu yang cukup lama bahkan cenderung sulit berubah dalam waktu singkat. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara dengan Hj. Suarni SKM (8Juni 2017); “Memang sulit masyarakat berubah perilakunya sekejapitu, butuh proses karena perubahan perilaku itu tidak spontan, tapi lama prosesnya bu.”

Hal serupa juga dikatakan oleh Kepala Puskesmas Madello, (wawancara, 24 Juni 2017): “Satu juga kendala bu, masyarakat itu tidak gampang mengikuti ajakan kita, sulit berubah langsung butuh proses”

Hasil penelitian lainnya juga menunjukkan bahwa dari seluruh indikator PHBS Rumah Tangga tersebut, indikator tidak merokok di dalam rumah merupakan indikator yang capaiannya sangat rendah. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor yaitu : kebiasaan masyarakat yang sudah lama sulit berubah karena mereka merasakan ada manfaat dari merokok seperti lebih semangat bekerja, lebih fokus/konsentrasi

dan merasa jantan, pengetahuan dan kesadaran akan pentingnya kesehatan yang rendah, sosialisasi yang kurang sementara iklan rokok sering mereka lihat, disamping keterbatasan petugas dalam melakukan pembinaan ke setiap rumah karena faktor biaya dan fasilitas seperti kendaraan operasional. Hal-hal tersebut terungkap dari hasil wawancara dengan Pengelola Program Promosi Puskesmas Madello Hj. Suarni SKM, (8 Juni 2017);

“Memang masalah merokok ini masalah yang cukup serius, sulit diubah karena sudah menjadi kebiasaan dari dulu, mereka tidak sadar bahaya merokok ke keluarga mereka biasa ada masyarakat marah kalau dilarang merokok, karena mereka katanya merasa ada manfaatnya misalnya kuat berpikir, konsentrasi, kuat kerja katanya. Saya juga sebagai petugas tidak bisa mendatangi semua sasaran apalagi tidak ada kendaraan khusus, apalagi saya wanita kasian.”

Berdasarkan penjelasan tersebut diketahui bahwa masalah merokok di Desa Madello merupakan masalah yang cukup serius, sulit diubah karena sudah menjadi kebiasaan dari dulu, mereka tidak sadar bahaya merokok ke keluarga mereka bahkan ada masyarakat marah jika dilarang merokok.

#### **b. Pelayanan Kesehatan Lingkungan**

Hasil penelitian pada fokus program kesehatan lingkungan juga menggunakan observasi, telaah dokumen dan wawancara mendalam. Observasi dilakukan untuk melihat dan memastikan adanya kegiatan – kegiatan dalam program kesehatan lingkungan, mengamati dokumen perencanaan dan memastikan adanya rencana kegiatan dalam program kesehatan lingkungan. Hasil observasi menunjukkan bahwa program kesehatan lingkungan di Puskesmas merupakan kegiatan

yang bersinergi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Barru dan terdapat dalam Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) Madello. Begitu pula kegiatan-kegiatannya di luar gedung seperti pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dan pendataan kesehatan lingkungan. Selanjutnya, telaah dokumen dilakukan untuk melihat dan menganalisis capaian-capaian kinerja program kesehatan lingkungan ini. Hasil telaah dokumen ditampilkan pada tabel dibawah ini :

**Tabel 13**  
**Capaian indikator Program Kesehatan Lingkungan Puskesmas**  
**Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016**

No	INDIKATOR	CAPAIAN	TARGET
1	TFU/TTU memenuhi syarat	98, %	52 %
2	TPM memenuhi syarat	0 %	14 %
3	Desa/kel melaksanakan STBM	89 %	100%
4	Persentase sarana air minum di lakukan pengawasan	43%	35%

*Sumber: Pengelola Kesehatan Lingkungan, 2016*

Dari hasil telaah dokumen yang dilakukan peneliti didapatkan bahwa capaian kegiatan program kesehatan lingkungan ada yang sudah sesuai target ada juga masih dibawah target. Indikator Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) memenuhi syarat merupakan indikator yang capaiannya paling rendah yaitu 0% sementara kegiatan program yang paling tinggi capaiannya adalah Desa/Kel melaksanakan STBM dengan capaian 89%.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan pelaksanaan program-program kesehatan lingkungan di Puskesmas Madello sudah

dilaksanakan, tetapi pelaksanaan kegiatan yang dilakukan di lapangan kadang tidak sesuai dengan jadwal yang telah dibuat, dan tidak semua target tidak yang hendak dicapai. Hal ini terungkap dari wawancara dengan Pengelola Pelayanan Kesehatan Lingkungan Suryani Jamaluddin SKM, (14 Juni 2017); “Kalau terlaksananya, semua kegiatan terlaksana tapi kalau berbicara soal sesuai jadwal, ada yang terlaksana sesuai jadwal ada juga yang tidak. Capaian kinerja program kesehatan lingkungan yang tidak tercapai adalah Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang tidak memenuhi syarat sebesar 0%. TPM meliputi rumah makan, warung, industri makanan seperti tempat pembuatan tempe dan lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan adanya faktor-faktor penyebab tidak tercapainya indikator program kesehatan lingkungan tersebut. Penyebabnya adalah belum kuatnya kerja sama lintas program dan lintas sektor dalam pembinaan, pengelola rumah makan juga memang tidak mau berusaha memperbaiki kualitas usahanya. Hal ini terkait dengan pemahaman dan kesadaran pentingnya warung/rumah makan yang sehat untuk kepentingan kesehatan pelanggan/konsumen. Hal ini terungkap dari hasil wawancara dengan Pengelola Pelayanan Kesehatan Lingkungan Suryani Jamaluddin SKM, (14 Juni 2017);

“Sementara tidak mencapai target, desa tidak ikut andil dalam kegiatan itu kalau masalah TPM (Tempat Pengolah Makanan) tidak mencapai target karena memang yang pengelola rumah makan tidak mau, tidak menyadari pentingnya kesehatan untuk konsumen tidak berusahasudah diberi teguran tetap saja seperti itu kondisinya”.

Sedangkan faktor-faktor penyebab beberapa indikator pelayanan kesehatan lingkungan yang mencapai target, disebabkan karena partisipasi pemerintah desa yang cukup tinggi sehingga berhasil mencapai atau melebihi target kinerja yang telah ditetapkan. Selain pemerintah keterlibatan pemerintah desa, kerja sama dengan lintas program juga cukup bagus sehingga pembinaan dilakukan secara bersama-sama. Hal ini terungkap dari hasil wawancara dengan Pengelola Pelayanan Kesehatan Lingkungan Suryani Jamaluddin SKM, (14 Juni 2017);

“Pencapaian jaga (jamban keluarga) salah satu desa dapat tercapai target karena memang partisipasinya atau keikutsertaannya pemerintah desa itu tinggi sehingga kerjasama antar orang didesa dan pemegang program saling terkait sehingga berjalan lancar itu kegiatan program.”

Berdasarkan penjelasan tersebut diketahui bahwa Pencapaian jamban keluarga (jaga) salah satu desa dapat tercapai target karena memang partisipasinya atau keikutsertaannya pemerintah desa itu tinggi.

### **c. Pelayanan Program Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga**

#### **Berencana**

Hasil observasi dan telaah dokumen menunjukkan cakupan indikator program kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Madello tahun 2016, yang merupakan alat untuk mengevaluasi keadaan status kesehatan ibu dan anak. Pada umumnya indikator belum mencapai target jika dibandingkan dengan standar minimal bidang kesehatan ibu dan anak. Seperti yang ditampilkan pada tabel berikut ini:

**Tabel 14**  
**Capaian Indikator Program Kesehatan Ibu, Anak dan KB**  
**Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016**

No	Indikator	Capaian	Target
1	K1	98,6%	100%
2	K4	86,2%	100%
3	Persalinan	83%	100%
4	KN1	83,3%	100%
5	Komplikasi	65,4%	100%
6	Kunjungan Balita	74,8%	85%
7	KB	64,9%	75%
8	KF 3	77,3%	100%
9	KN Lengkap	78,8%	100%
10	Kunjungan Bayi	85,4%	85%
11	Resti Masyarakat	20%	15%
12	MTBS	-	Belum Dilaksanakan
13	Neonatus Resti Yang ditangani	127%	100%

*Sumber: Pengelola Kesehatan Ibu, Anak dan KB, 2016*

Berdasarkan tabel tersebut terlihat capaian indikator Program Kesehatan Ibu, Anak dan KB Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016, K1 mencapai 98,6 %, K4 sebesar 86,2% dan selanjutnya, adapun yang mencapai target; Kunjungan Bayi 85,4 % dari target 85%, Resti Masyarakat 20% dari target 15%.

Diakui oleh informan bahwa masih banyak indikator kinerja tidak tercapai sesuai target kinerja yang telah ditetapkan. Hal ini terungkap dari hasil wawancara dengan informan bahwa indikator-indikator kinerja program Kesehatan Ibu, Anak dan KB seperti tersebut di atas masih ada yang tidak mencapai target, seperti kutipan wawancara dengan

Pengelola Pelayanan KIA dan KB Puskesmas MadelloBidan Satria,  
(19Juni 2017):

“Kalau pencapaian target program KIA tahun lalu 2016 itu kurang tidak semua sampai 100%, tapi K1 itu capaiannya 98% artinya tinggal sedikit, kalau yang resti tercapai kan dia 15% dari keseluruhan, bisa dikatakan bagus”.

Dalam hal pelaksanaan kegiatan program Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Madello sudah dilakukan namun pelaksanaannya tidak sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Pelaksanaan kegiatan terpaksa dimundurkan karena terkendala dengan dana yang belum ada. Misalnya pelaksanaan kegiatan kelas ibu hamil tidak dilakukan tepat waktu karena dana yang belum cair pada saat jadwal yang telah direncanakan, seperti kutipan wawancara dengan Pengelola Pelayanan KIA dan KB Puskesmas MadelloBidan Satria, (9 Juni 2017);

“Semua sebenarnya, eeh terlaksana cuma tidak sesuai jadwal karena dana yang turun tidak sesuai dengan jadwal jadi pelaksanaan kegiatan mundur juga. Kalau pelaksanaan posyandu tetap berjalan sesuai jadwal tapi kalau misalnya yang contohnya KIA misalnya eeeh anu kelas ibu hamil tidak sesuai jadwal itu karena kita tidak bisa laksanakan kalau tidak ada biaya”.

Dari hasil wawancara ditemukan bahwa beberapa kegiatan Program KIA tidak mencapai target disebabkan karena sarasannya terlalu tinggi dimana penentuan sasaran ini menggunakan angka proyeksi bukan data riil. Selain sasaran yang terlalu tinggi penyebab lainnya karena kurang aktifnya bidan desa ke lapangan dalam menemukan sasaran ibu hamil. Seperti diungkapkan Pengelola Pelayanan KIA dan KB Puskesmas MadelloBidan Satria, (9 Juni 2017);



“Yang mempengaruhi sebenarnya faktor proyeksi. Jadi kita ndak bisa karena terlalu tinggi proyeksinya jadi otomatis kalau K1nya tidak tercapai maka lainnya juga tidak tercapai., semestinya data riil yang dipakai sekarang tapi ini sudah peraturan jadi ini yang dipakai., juga dipengaruhi oleh petugas yang tidak melakukan jemput bola jadi bisa saja ada sasaran yang lolos“.

Hasil wawancara mendalam selanjutnya didapatkan gambaran bahwa penyebab lain sehingga K1 tidak mencapai target disebabkan karena masih adanya ibu hamil yang masih malu untuk memeriksakan kehamilannya bila umur kehamilannya masih muda dan baru memeriksakan kehamilannya bilamana usia kehamilan sudah memasuki 4 bulan keatas. Dengan kondisi seperti itu maka otomatis K1 tidak dapat, sebagaimana diketahui bahwa terhitung sebagai K1 bilamana ibu hamil memeriksakan kehamilannya pada 3 bulan pertama usia kehamilan. Lebih lanjut ditambahkan oleh Pengelola Pelayanan KIA dan KB Puskesmas MadelloBidan Satria, (14 Juni 2017) bahwa:

“Penyebab lainnya sehingga K1 tidak mencapai target juga karena adanya K1 akses. Maksudnya begini kadang ada ibu hamil yang masih malu datang ke puskesmas bila kehamilan masih muda nanti pada usia kehamilan 4 bulan keatas baru ke Puskesmas jadi otomatis juga K1tidak dapat”.

Berdasarkan penjelasan tersebut diketahui bahwa penyebab lain sehingga K1 tidak mencapai target disebabkan karena masih adanya ibu hamil yang masih malu untuk memeriksakan kehamilannya bila umur kehamilannya masih muda dan baru memeriksakan kehamilannya bilamana usia kehamilan sudah memasuki 4 bulan ke atas.

#### d. Pelayanan Gizi

Pelaksanaan program kegiatan tersebut di Puskesmas Madello dapat dikatakan masih belum efektif karena beberapa program belum mencapai target. Dari 6 (enam) indikator capain hanya 2 (dua) yang mencapai target yaitu pemberian vitamin A dan Garam Beryodium. Hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa masih lebih banyak indikator kinerja program Gizi yang belum tercapai, seperti yang ditunjukkan pada tabel berikut :

**Tabel 15**  
**Capaian Indikator Program Perbaikan Gizi Puskesmas Madello**  
**Kecamatan Balusu Tahun 2016**

NO	INDIKATOR	CAPAIAN (%)	TARGET (%)
1	D/S	75	100
2	Vitamin A	90	85
3	Garam Beryodium	98%	98%
4	Asi Eksklusif	42%	77%
5	IMD	41%	100%
6	Fe Bumil	85%	100%

*Sumber: Puskesmas Madello, 2016*

Telaah dokumen di atas menunjukkan cakupan indikator program upaya perbaikan gizi masyarakat di Puskesmas Madello tahun 2016, belum mencapai target jika dibandingkan dengan target program. Dari 6 (enam) indikator program hanya 2 (dua) yang mencapai target yaitu pemberian vitamin A 90% (dari target 85%) dan Garam Beryodium 98% (dari target 98%). Hal ini juga terungkap dari hasil wawancara informan

yang mengungkapkan banyaknya indikator kinerja program gizi yang belum tercapai, seperti yang diungkapkan oleh Pengelola Pelayanan Gizi Asriani, AMG, (14 Juni 2017);

“Tercapai semua itu D/S yang belum mencapai target. Yang mencapai target Vitamin A, monitoring garam beryodium. Vitamin A tercapai karena kerjasama dengan kader dan ada juga sweepingnya, meskipun ada yang belum juga”.

Walaupun kegiatan – kegiatan dalam program berjalan sesuai rencana dan jadwal namun kenyataannya indikator kinerja masih banyak yang belum dicapai. Kegiatan-kegiatan program dalam upaya perbaikan gizi di Puskesmas Madello ada yang dilakukan harian, bulanan, semesteran (6 bulan sekali) dan tahunan (setahun sekali) serta beberapa kegiatan investigasi dan intervensi yang dilakukan setiap saat jika ditemukan masalah gizi misalnya ditemukan adanya kasus gizi buruk. Kegiatan program Perbaikan Gizi Masyarakat dapat dilakukan dalam maupun di luar gedung Puskesmas. Pelaksanaan kegiatan dilakukan sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan, seperti ungkapan oleh Pengelola Pelayanan Gizi Puskesmas Madello Asriani, AMG(14 Juni 2017); “iye, terlaksana semua ji sesuai dengan jadwal yang telah dibuat.”

Faktor yang menyebabkan indikator program tidak tercapai karena kurangnya kerjasama dengan lintas sektor dan masyarakat dalam pelaksanaan program. Seperti halnya kunjungan balita ke Posyandu masih sedikit karena kurangnya partisipasi ibu-ibu membawa balita mereka ke posyandu, seperti ungkapan oleh Pengelola Pelayanan Gizi Puskesmas Madello Asriani, (14 Juni 2017);

“Itu juga partisipasi ibu-ibu yang kurang ke posyandu begitupun juga kerjasama dengan lintas sektor. Biasanya kalau lengkap imunisasinya malasmi bawa anaknya ke posyandu. Biasanya juga ada swipping, kita ke rumahnya tapi itu mukulihat kalau sudahmi begitu tambah malasmi pergi karena bilangmi na datangmi rumah ta, jadi tambah malasmi. Ada kegiatan inovasi dilakukan berupa arisan balita tetapi kalau sudah naik arisannya tidak datangmi lagi”.

Hal yang sama diungkapkan pula oleh Kepala Puskesmas Madello bahwa rendahnya capaian D/S selain disebabkan karena faktor kurangnya kerjasama dengan lintas sektor dan rendahnya partisipasi masyarakat juga disebabkan karena kurangnya informasi-informasi dari petugas, seperti yang diungkapkan sebagai berikut: (wawancara, 21 Juni 2017);

“Yang paling saya lihat dari gizi kunjungan balitanya. Kita sebenarnya sudah berusaha bagaimana caranya pencapaian itu bisa mencapai target tapi kendalanya juga dari masyarakat yang kurang menyadari pentingnya anak balitanya ditimbang, ada juga kemungkinan dari petugas kurang memberikan informasi-informasi mengenai apa itu gunanya kita timbang anaknya. Yang kedua saya lihat PKK kurang berPartisipasi itu walaupun sudah disampaikan pada pemerintah setempat”

Selain melakukan telaah dokumen, dilakukan juga observasi untuk memastikan keberadaan kegiatan yang sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan di dalam Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP). Hasil observasi pada pelaksanaan salah satu kegiatan di program Gizi Masyarakat di Puskesmas Madello seperti pada gambar dibawah ini:

**Gambar 3**  
**Kegiatan Posyandu Delima Desa Binuang**



*Sumber : Data Primer, 2017*

Dari hasil observasi kegiatan di Posyandu Delima diketahui bahwa jumlah sasaran atau balita yang ada di wilayah Posyandu Delima sebanyak 54 anak, jumlah balita yang datang/hadir ditimbang 39 anak dan jumlah balita yang tidak datang 15 anak. Hal ini memperlihatkan bahwa cakupan kunjungan Posyandu masih kurang atau partisipasi masyarakat membawa balita ke Posyandu masih rendah. Dari informasi tersebut diketahui bahwa dari seluruh Posyandu di wilayah kerja Puskesmas Madello Posyandu Delima merupakan posyandu yang paling tinggi kunjungannya. Lebih lanjut diungkapkan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas Madello kepada masyarakat sudah dilakukan dengan bekerjasama dengan lintas sektor tetapi masih kurang maksimal. Sebagaimana hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Madello, Muhiddin, S, Sos, (21 Juni 2017);

“Artinya kerjasama dengan lintas sektor jalan tapi kayaknya belum maksimal, kelihatannya cuma kami kesehatan yang jalan betul nah kalau cuma kita yang jalan tanpa adanya dukungan dari pemerintah saya kira kurang maksimal juga. Jadi memang harus ada kerjasamanya dengan pemerintah”

Berdasarkan penjelasan tersebut diketahui bahwa cakupan kunjungan Posyandu masih kurang atau partisipasi masyarakat membawa balita ke Posyandu masih rendah, meskipun sudah dilakukan dengan bekerjasama dengan lintas sektor tetapi masih kurang maksimal.

#### **e. Pelayanan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit**

Salah satu pokok program kesehatan adalah pencegahan dan pengendalian penyakit dengan salah satu sasaran yang hendak dicapai adalah menurunnya angka kesakitan. Indikator kinerja Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit yang dilaksanakan di Puskesmas Madello masih ada yang belum mencapai target misalnya penemuan suspect penderita. Hal ini dapat dilihat dari telaah dokumen sebagai berikut :

**Tabel 16**  
**Capaian Indikator Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Tahun 2016**

<b>NO</b>	<b>INDIKATOR</b>	<b>CAPAIAN (%)</b>	<b>TARGET (%)</b>
1	Penemuan Suspect BTA (+)	14	40
2	Pengawas Minum Obat (PMO)	100	100

*Sumber: Puskesmas Madello, 2016*

Selanjutnya, hasil wawancara mendalam dengan informan juga mengungkapkan adanya indikator Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit khususnya penyakit TB Paru yang belum mencapai target kinerja, seperti hasil wawancara dengan Pengelola

Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit TB Paru,  
Muhammad Rais,SKM, (20 Juni 2017);

“Target ada yang tercapai ada juga yang tidak, yang tercapai PMO,danyang tidak tercapai penemuan suspek kadang tidak sesuai dengan jumlah suspek yang ditemukan dengan target yang harus didapat, sehingga belum tuntas.”

Hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa faktor penyebab tidak tercapainya capaian kinerja tersebut adalah masih kurangnya peran lintas sektor dan masyarakat misalnya dalam penemuan kasus dimana sangat jarang ada laporan dari masyarakat padahal sosialisasi sudah dilakukan tentang gejala-gejala umum penyakit (misalnya TB Kusta) dan jika mereka mendapatkan gejala-gejala tersebut untuk segera melaporkan ke Petugas Program di Puskesmas Madello.

Selain itu, adanya keterbatasan petugas kesehatan menjangkau semua wilayah kerja Puskesmas karena medan yang cukup berat yaitu daerah pegunungan yang sulit dilewati kendaraan roda empat atau roda dua, sehingga partisipasi lintas sektor dan masyarakat sangat dibutuhkan. Nampaknya, faktor geografis juga cukup berpengaruh, dimana agak sulit bagi petugas untuk menfollow up pasien. Disamping sumber daya manusia (SDM) yang masih kurang ditambah dengan dana yang masih minim untuk pelaksanaan program. Hal-hal tersebut terungkap dari hasil wawancara dengan Pengelola Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit TB Paru,Muhammmad Rais (20 Juni 2017);

“Peran lintas sektor saya rasa kurang minimal aparat-aparat desa diluar sana membantu, jangan petugas puskesmas pi yang dapatki karena kerjanya memang begitu jarang sekali ditemukan oleh masyarakat yang lebih condong petugasnya. Tapi terkadang memang kami melakukan sosialisasi dalam artian kami mengundang kader-kader kesehatan posyandu, dari mulut ke mulutlah yang kami harapkan ada informasi minimal yang ditekankan pada kader bila menemukan ada batuk selama 2 minggu segera melaporkan ke petugas nanti petugas yang datang tetapi ini kurang sekali didapatkan laporan dari kader”.

Berdasarkan penjelasan tersebut diketahui bahwa masih kurangnya peran lintas sektor dan masyarakat misalnya dalam penemuan kasus dimana sangat jarang ada laporan dari masyarakat padahal sosialisasi sudah dilakukan tentang gejala-gejala umum penyakit, dan faktor lain menurut Pengelola Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit TB Paru, Muhammad Rais (20 Juni 2017);

“Saya rasa lebih condong ke faktor geografis karena di maklumi juga untuk penduduk atau warga yang berada di pegunungan sana yang jauh aksesnya dari sini terkendalanya disitu, karena kita tahu pemeriksaan BTA paling lambat misalnya dalam pemeriksaan follow up keduanya itu harus seminggu kendalanya yang jarak tempuh kecamatan ke puskesmas yang susah. Seandainya misalnya setiap pelayanan kesehatan pustu dan polindes bisa melakukan pembacaan BTA serasa saya tidak ada masalah yang menjadi masalah haruspi petugas analisis yang melaksanakan sementara petugas analisis di tempat kita hanya sendiri. Dana saya juga rasanya kurang untuk penambahan tenaga dan penambahan biaya operasional untuk daerah-daerah yang jauh seperti itu tadi”

Berdasarkan penjelasan tersebut diketahui bahwa petugas sangat mengharapkan adanya keterlibatan lintas sektor dan masyarakat sebagai perpanjangan tangan menangkap dan mengidentifikasi secara dini kasus – kasus penyakit menular yang muncul di tengah-tengah masyarakat. Untuk melakukan upaya pemberantasan penyakit menular, penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit dan keracunan,



serta penanggulangan penyakit tidak menular diperlukan suatu sistem surveilans penyakit yang mampu memberikan dukungan upaya program dalam wilayah kerja Puskesmas Madello, dukungan kerjasama antar lintas program dan lintas sektormenurut Pengelolah Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit TB Paru, Muhammad Rais, (20 Juni 2017);

“Saya rasa memang perlu kerjasama dengan lintas sektor terutama juga dengan lintas program. Pengelolah/teman-teman pengelolah program lain perlu membantu saya petugas TB nya artinya jangan semata-mata hanya programnya yang dibawakan misalnya Promkes.Kalau menurut hemat saya bagusnya mungkin perlu untuk pelatihan tiap tenaga kesehatan di desa bukan hanya petugas TB tetapi yang dilatih termasuk juga bidan, Pustu minimal memfiksasi artinya memudahkan sputum difiksasi. Bagaimana cara dilatih difiksasi di tempat mereka nanti dikumpul sekali seminggu baru dibawa ke Puskesmas untuk dilakukan pewarnaan dan pembacaan.”

Berdasarkan wawancara tersebut diketahui bahwa dalam rangka untuk melakukan upaya pemberantasan penyakit menular, penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit dan keracunan, serta penanggulangan penyakit tidak menular diperlukan suatu sistem surveilans penyakit yang mampu memberikan dukungan upaya program dalam wilayah kerja Puskesmas Madello, dukungan kerjasama antar lintas program dan lintas sektor.

#### **f. Pelayanan Rawat Jalan dan Inap**

Hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa cakupan pelaksanaan pelayanan kesehatan program pengobatan yaitu rawat jalan dan rawat inap ma mengalami penurunan kunjungan dari tahun sebelumnya. Hal itu dapat dilihat dari tabel dibawah ini :

**Tabel 17**  
**Kondisi Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap**  
**Puskesmas Madello Tahun 2016**

No	Kunjungan	2015	2016
1	Rawat Jalan	16854	11510
2	Rawat Inap	378	301

*Sumber: SP2TP Puskesmas Madello Tahun, 2016*

Pada Tabel 17 terlihat jumlah kunjungan rawat jalan pada tahun 2015 sebanyak 16.854 kunjungan dan terjadi penurunan pada tahun 2016 menjadi 11.510 kunjungan. Sedangkan kunjungan rawat inap pada tahun 2015 sebanyak 378 kunjungan dan mengalami penurunan pada tahun 2016 menjadi 301 kunjungan.

Adapun gambaran capaian indikator kinerja pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 18**  
**Capaian Indikator Rawat Jalan dan Rawat Inap**  
**Puskesmas Madello Tahun 2016**

No.	Indikator	Capaian	Target
1	Cakupan Rawat Jalan	21 %	15 %
2	Cakupan Rawat Inap	1,58%	1,5%

*Sumber: SP2TP Puskesmas Madello Tahun,2016*

Dari hasil telaah dokumen didapatkan bahwa walaupun secara absolut jumlah kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap Puskesmas Madello sedikit mengalami penurunan jumlah kunjungan, tetapi target kinerja tetap tercapai yaitu 15 % untuk pelayanan rawat jalan dan 1,5 % untuk target pelayanan rawat inap. Penyebab menurunnya kunjungan pasien karena adanya rehabilitasi gedung puskesmas yang akan

mengurangi kenyamanan pasien untuk datang memeriksakan kesehatannya. Selain itu kebutuhan masyarakat akan pelayanan pengobatan masih standar dalam arti bahwa bagi masyarakat yang penting mereka mendapatkan pelayanan medis bila berkunjung ke Puskesmas dan bisa sembuh. Hal-hal tersebut terungkap dari wawancara dengan Penanggung Jawab Klinik Rawat Jalan dan Rawat Inap dr. Amis Rifai, (21 Juni 2017);

“Oh begitukah, mungkin itu hari karena bercerai berai mungkin bisa jadi karena kita rehab gedung tapi kalau pasien perasaan saya samaji dari hari ke hari, walaupun mungkin terjadi penurunan jumlah. Kalau pencapaian target saya kurang tahu, tapi kalau kunjungan. Keadaan pasien saya rasa samaji dari hari ke hari. Saya lihat masyarakat kita juga tidak perlu hal-hal pemeriksaan yang bagaimana-bagaimana cukup dengan begitu yang penting kita periksa dengan baik pada intinya mereka datang mau sembuh apapun yang kita lakukan jadinya kita harus pintar-pintar”.

Untuk persediaan obat di Puskesmas kebutuhan obat yang sering dipakai dalam jumlah besar kadang belum terpenuhi karena stock obat yang sudah habis, seperti kutipan wawancara dengan Pengelola Pelayanan Rawat Jalan dan rawat inap dr. Amis Rifai, (21 Juni 2017);

“Menurut saya hubungan antar itu seperti antara Apotik dengan Poliklinik, terus apotik sendiri dengan induknya di gudang farmasi. Kalau misalnya obat A dengan jumlah besaran sekian biasa mungkin tidak terpenuhi atau lain yang diampra lain yang datang”.

Dari hasil wawancara tersebut diatas diketahui bahwa walaupun cakupan rawat jalan dan rawat inap dikatakan sudah efektif, tetapi permasalahan yang biasa terjadi misalnya kurangnya koordinasi antara apotik puskesmas dengan induknya yaitu gudang farmasi. Dimana

kadangkala jumlah obat tidak cukup dan kadang juga lain yang diampra lain yang datang atau didistribusi ke puskesmas.

Dari hasil wawancara dengan informan baik dari pengelola pelaksana upaya kesehatan masyarakat essensial maupun dari pelaksana upaya kesehatan perorangan terkait dengan pencapaian indikator program didapatkan gambaran bahwa capaian dari program upaya kesehatan masyarakat masih banyak yang belum mencapai target. Untuk mendapat informasi lebih jelas tentang kondisi tersebut maka peneliti melakukan konfirmasi dengan wawancara dengan Pelaksana Tugas Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, Drs. H. Udding, sebagai berikut, (25 Juni 2017);

“Ini banyak variabel yang berpengaruh didalam pencapaian target-target yang telah kita sepakati. Oleh karena itu di dinas kesehatan ini saya selalu mendorong kepada semua bidang dan kasi untuk secara aktif memberi bimbingan kepada Puskesmas agar supaya target-target yang telah kita sepakati dapat terwujud. Mungkin juga ditingkat Puskesmas siap tenaga, alat, dana tetapi kurang bimbingan, kurang pendampingan dari dinas saya kira itu penting sehingga kedepan kalau itu terus menerus dilakukan saya kira indikator-indikator yang telah disepakati. Memang didalam pelaksanaannya tidak semudah membalikkan telapak tangan sebab banyak hal yang harus kita lakukan tapi kita berharap kedepan Puskesmas dan Dinas Kesehatan terjalin hubungan yang harmonis.”

Dari hasil wawancara didapatkan informasi bahwa faktor yang berpengaruh terhadap banyaknya target kinerja yang tidak tercapai pada puskesmas Madello disebabkan karena kurangnya bimbingan atau pendampingan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Barru.

Faktor lain yang berpengaruh terhadap banyaknya target kinerja yang tidak tercapai pada puskesmas Madello, selanjutnya diungkapkan

oleh Pelaksana Tugas Kepala Dinas Kesehatan Kab. Barru, Drs.

H.Udding(25Juni 2017):

“Salah satu faktor atau variabel yang sangat menentukan juga menurut hemat saya dan berdasarkan aturan yang berlaku utamanya didalam perekrutan tenaga atau Kepala Puskesmas, kalau tidak salah ada aturan permenkes 48 kalau tidak salah tentang standar ketenagaan di Puskesmas. Kita harus menyadari masih ada tenaga tidak sesuai standar, seperti halnya kepala puskesmas masih ada yang tidak sesuai kompetensi....salah satunya itu kepala puskesmas madello dan bahkan beberapa waktu lalu kami dari Dinas Kesehatan tidak tinggal diam berusaha secara maksimal membuat telaah staf tentang kondisi ketenagaan kita di Puskesmas dan untuk itu kita sudah sampaikan kepada bapak bupati dan telah mendisposisi kepada Badan Kepegawaian Daerah, sisa hasilnya kita tunggu. Itu yang pertama kualitas, yang kedua penyebaran ketenagaan. Di kabupaten Barru ini penyebaran tenaga kesehatan menumpuk di daerah perkotaan sementara di wilayah-wilayah terpencil itu kurang. Juga itu sudah kita masukkan dalam telaah staf bahkan kami di dinas kesehatan telah menghitung analisis beban kerja tenaga di Puskesmas dan usul untuk mutasi telah disampaikan kepada bapak bupati dan sudah didisposisi ke BKD, sisa eksekusinya di BKD. Kalau semuanya sudah dipenuhi saya kira untuk mewujudkan satu kinerja yang maksimal tidak susah dibutuhkan, karena saya yakin dan percaya semua kegiatan yang dilaksanakan di Puskesmas kan yang kendalikan manusia. Kalau manusia tidak berkualitas, manusia yang kurang apa yang bisa kita hasilkan, seperti itu.”

Berdasarkan informasi diatas didapatkan pula bahwa penyebab lain sehingga terjadi kondisi seperti itu disebabkan karena sumber daya manusia dalam hal ini tenaga kesehatan. Permasalahan disebabkan selain jumlahnya yang kurang juga karena persebarannya yang tidak merata serta kompetensi tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan standar salah satunya Kepala Puskesmas Madello.

Untuk mengetahui lebih lanjut beberapa indikator kinerja pada Puskesmas Madello belum mencapai target maka dilakukan konfirmasi kepada Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan SDK Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, Hj.A.Marolah,SKM.M.Kes(27 Juni 2017);

“Kalau masalah kinerja di Puskesmas, saya kira sangat ditentukan oleh pimpinan yang ada di Puskesmas. Karena kepala puskesmas itu yang akan menggerakkan semua upaya kesehatan yang ada di Puskesmas. Kelihatannya di puskesmas itu program itu dilaksanakan asal dilaksanakan saja. Kegiatan itu dilaksanakan sekedar untuk menggugurkan kewajiban saja artinya setelah kegiatan itu dilaksanakan selesaimi juga artinya tidak dinilai apakah kegiatan itu efektif atau tidak.”

Dari hasil wawancara diatas diketahui bahwa salah satu faktor yang juga berpengaruh terhadap pencapaian target kinerja di Puskesmas Madello sangat ditentukan oleh pimpinan atau dalam hal ini adalah kepala puskesmas karena kepala puskesmaslah yang sangat berperan dalam menggerakkan semua kegiatan yang ada.

## **2. Pelaksanaan Manajemen Puskesmas**

Bahwa untuk melaksanakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dengan baik maka dibutuhkan manajemen puskesmas yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan agar menghasilkan kinerja puskesmas yang efektif dan efisien. Pelaksanaan Manajemen Puskesmas dalam penelitian ini dalam hal Penerapan Manajemen Operasional Puskesmas Madello melalui kegiatan penyusunan RUK dan RPK, Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas dan Penilaian Kinerja.

### **a. Penyusunan RUK dan RPK**

Perencanaan tingkat puskesmas disusun untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada di wilayah kerja puskesmas. Langkah-langkah perencanaan yang harus dilakukan puskesmas adalah sebagai berikut : Menyusun usulan kegiatan dalam bentuk RUK, mengajukan usulan kegiatan ke Dinas Kesehatan Kabupaten setelah itu menyusun rencana pelaksanaan kegiatan dalam bentuk RPK. Langkah idealnya perencanaan puskesmas harus sesuai tahapan atau siklus manajemen puskesmas yang berkualitas dimana mekanisme perencanaan harus mengikuti perencanaan daerah dan lahir dari hasil analisis kesehatan masyarakat maupun analisis kebutuhan masyarakat. Untuk mengetahui kegiatan Perencanaan Puskesmas Madello peneliti melakukan wawancara kepada informan terkait waktu penyusunan RUK, hasil wawancara dengan pengelola manajemen puskesmas Mansur, SKM,(22 Juni 2017);

“Penyusunan RUK dan RPK biasanya molor seperti tahun lalu, itukan semestinya RPK itu diselesaikan ditahun sebelumnya dengan RUK tapi karena ini kemarin lambat sampai biasa bulan tiga. RUK tahun lalu itu 2016 dibuat di januari 2016 sementara di 2017 ini RUKnya baru Januari kita buat”.

Dari hasil wawancara diatas didapatkan informasi bahwa Penyusunan RUK di Puskesmas Madello terlambat disusun. Hal ini diihat dari penyusunan RUK 2016 baru disusun di januari 2016 begitupula RUK 2017 baru disusun dibulan januari 2017.Sedangkan untuk mengetahui hal-hal yang menyebabkan sehingga penyusunan RUK terlambat maka peneliti melakukan wawancara dengan pengelola manajemen Puskesmas, Mansur, SKM, sebagai berikut, (22 Juni 2017)

“Salah satu kendalanya itu karena biasa juga memang ada tim yang terlambat memasukan data analisisnya. RUK tahun lalu itu 2016 dibuat di januari 2016 sementara di 2017 ini RUK nya baru januari kita buat”.

Selanjutnya mengenai tahap penyusunan RUK di Puskesmas Madello tergambar melalui wawancara dengan pengelola manajemen Puskesmas, Mansur, SKM, (22 Juni 2017);

“Mengenai tahap penyusunannya samaji seperti tahun-tahun sebelumnya di mulai dengan pengumpulan data, mengolah data, setelah diolah dianalisis, setelah dianalisis dibuatkanmi prioritas masalah, setelah ada prioritas masalah dibuatkanmi rencana tindak lanjut, setelah ada RTL itulah dirapatkan kembali sama teman-teman bahwa inilah yang akan kita laksanakan”.

Berdasarkan wawancara tersebut diatas didapatkan informasi bahwa RUK Puskesmas Madello disusun secara bersama-sama dalam lingkup internal puskesmas saja, di mulai dengan pengumpulan data, pengolahan data, analisis data dan pembuatan prioritas masalah, kemudian pembuatan rencana tindak lanjut.

Dari hasil telaah dokumen Perencanaan Tingkat Puskesmas terlihat bahwa bahan penyusunan RUK hanya didapat dari hasil identifikasi dan analisis situasi masalah kesehatan berdasarkan pencapaian kinerja dengan target standar pelayanan minimal dan melalu Survei Mawas Diri (SPM) dan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) program promosi kesehatan saja. Untuk mengetahui faktor-faktor penyebab sehingga penyusunan RUK Puskesmas Madello tidak terlaksana sesuai dengan jadwal. Maka peneliti melakukan wawancara kepada responden, adapun kutipan hasil wawancara dengan Pengelola Manajemen, Mansur, SKM, sebagai berikut, ( 22 Juni 2017);



“Salah satu kendalanya itu karena biasa juga memang ada teman yang terlambat kasi masuk data dan analisisnya. Begitupun biasanya saya lihat juga terutama tim dulu karena kadang biasa yang kemarin kita salah mempersepsikan bahwa data dalam menyusun RUK 2016, data yang kita olah data tahun 2015 semestinya itu data 2014 memang yang kita olah supaya tidak terlambat. Jadi hal itu yang mempengaruhi kenapa molor, karena data 2015 yang diolah sehingga nanti di januari masuk semua data. Seandainya data 2014 diolah pasti tidak molor“

Berdasarkan hasil wawancara diatas diketahui bahwa penyusunan RUK Puskesmas Madello tidak terlaksana sesuai dengan jadwal disebabkan karena keterlambatan pengelolah program memasukkan data dan hasil analisisnya. Selain itu juga karena kesalahan persepsi tim perencana tentang jadwal penyusunan RUK itu sendiri. Dimana idealnya penyusunan draft RUK tahun 2016 harus dimulai diproses di januari 2015 dengan menggunakan data tahun 2014. Sedangkan di Puskesmas Madello data yang dipakai untuk penyusunan RUK memakai data tahun 2015.

Selanjutnya keterlambatan penyusunan RUK juga disebabkan oleh faktor lain. Sebagaimana kutipan hasil wawancara dengan pengelola manajemen puskesmas, Mansur, SKM sebagai berikut, (22 Juni 2017);

“Biasanya karena rata-rata kita susun RUK dan RPK adalah dana BOK jadi biasanya nanti kita menunggu informasi dari dinas. Kadang juga biasanya dinas itu nanti bulan januari baru ada informasi bahwa silahkan menyusun POA nya berarti pada saat itulah kita susun, artinya kita menunggu, menunggu, menunggu dari dinas.”

Berdasarkan informasi tersebut diketahui bahwa RUK dan RPK yang disusun puskesmas Madello hanya berasal dari dana BOK saja. Sementara itu kepastian dana yang dikelola puskesmas untuk

penyelenggaraan kegiatan biasanya menunggu informasi dari dinas kesehatan kab. Barru dan biasanya puskesmas baru mendapatkan informasi pada bulan januari-pebruari. Sehingga puskesmas baru menyusun RUK pada bulan itu juga. Dengan demikian dengan keterlambatan waktu penyusunan RUK maka dengan sendirinya penyusunan RPK juga mengalami keterlambatan.

#### **b. Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas**

Secara umum tujuan lokakarya tribulanan lintas sektoral untuk mengkaji hasil kegiatan kerja sama lintas sektoral dan tersusunnya rencana kerja tribulan berikutnya. Sedangkan tujuan khusus antara lain untuk membahas masalah dan hambatan dan untuk merumuskan mekanisme/rencana kerja lintas sektoral yang baru untuk tribulan yang akan datang. Gambaran pelaksanaan Lokakarya mini puskesmas didapat dari hasil wawancara dengan responden, observasi dan telaah dokumen. Untuk mengetahui pelaksanaan lokakarya mini bulanan peneliti melakukan wawancara dengan pengelola manajemen Puskesmas, Mansur, SKM (24 Juni 2017);

“Kalau Lokarya Mini Puskesmas yaa.... selama ini setiap bulan tapi kadang juga lambat tapi tidak semuanya. Itu biasanya disebabkan karena ada faktor ada kegiatan kepala puskesmas di luar yang bertepatan sehingga diundur eeeh hanya terlaksana 10 bulan karena yang 2 bulan biasanya dipakai pra lintas sektor.”

Berdasarkan informasi tersebut diketahui bahwa pelaksanaan lokakarya Mini Bulanan Puskesmas Madello terlaksana selama 10 kali pada tahun 2016. Pelaksanaan Lokakarya Mini kadang terlambat dilaksanakan jika ada kegiatan kepala puskesmas yang bertepatan

dengan pelaksanaan kegiatan. Hal ini sesuai dengan hasil telaah dokumen dengan melihat notulen kegiatan pertemuan terlihat bahwa pelaksanaan lokakarya mini bulanan puskesmas tidak terlaksana pada bulan juni dan Nopember. Untuk mengetahui pelaksanaan Lokakarya Mini Tribulanan atau Lokakarya Mini Lintas sektor, peneliti melakukan wawancara dengan pengelola manajemen puskesmas, Mansur, SKM. Berikut kutipannya, ( 24 Juni 2017);

“Kalau pelaksanaan lokakaryamini tribulanan tahun lalu itu dilaksanakan 2 kali di Kantor camat, cuma biasanya itu rata-rata yang punya pengambil kebijakan hanya sebgaiian besar yang datang rata-rata banyak diwakili misalnya pak desa, ada beberapa desa hanya diwakili oleh stafnya sehingga dalam hal mengambil kebijakan biasanya agak ragu karena hanya staf beda memang kalau pengambil kebijakan yang datang.”

Dari hasil wawancara diatas tergambar bahwa pelaksanaan lokakarya mini tribulanan atau lintas sektor Puskesmas Madello hanya 2 kali yang semestinya harus dilaksanakan setiap triwulan artinya 4 kali dalam setahun. Selain itu pada pelaksanaan kegiatan itu peserta dari lintas sektor dalam hal ini pengambil kebijakan kurang yang datang sebagian besar hanya diwakili oleh stafnya.

Dari hasil telaah dokumen diketahui bahwa pelaksanaan lokakarya Tri Bulanan atau Lokmin Lintas Sektor terlaksana pada bulan September dan November yang berarti juga pelaksanaannya hanya 2 kali setahun dengan selang waktu 1 bulan. Dari hasil telaah dokumen diketahui juga bahwa peserta Lintas sektor kurang yang datang. Dari hasil observasi peneliti seperti ditampilkan pada gambar 2, pelaksanaan lokakarya mini pada bulan juni 2017 terlihat bahwa

peserta Lokmin lintas sektor sangat kurang yang hadir. Peserta dari lintas sektor hanya berasal dari Polsek, Babinsa dan KUA. Sementara kepala desa yang hadir hanya Kepala Desa Kamiri dan Lampoko sementara desa yang lainnya hanya diwakili oleh stafnya.

**Gambar 4**  
**Pelaksanaan Lokakarya Mini di Puskesmas Madello**



*Sumber : Data Primer, 2017*

Untuk mengetahui hal-hal yang mempengaruhi sehingga pelaksanaan lokakarya mini lintas sektor tidak terlaksana sebagaimana mestinya. Peneliti melakukan wawancara dengan pengelola manajemen puskesmas, Mansur, SKM (24 Juni 2017);

“Sebenarnya ada 2 pertimbangan, masalahnya kita terpaut dengan masalah anggaran yang kurang. Kayak ini tahun biaya manajemen dipatok 2 % berarti harus ada beberapa memang yang harus dikurangi volumenya karena itu terkait dengan penganggarnya. Yang kedua yang itu tadi salah satu kita punya alasan bahwa adanya perwakilan-perwakilan sehingga kita menganggap walaupun beberapa kali tapi kalau hanya perwakilan-perwakilan hanya buang-buang dana saja”.

Dari hasil wawancara diatas diketahui bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi lokakarya mini tidak berjalan maksimal karena dana

pelaksanaan yang kurang serta peserta yang di undang kurang yang hadir khususnya dari lintas sektor dan walaupun hadir hanya diwakili oleh stafnya sehingga susah untuk membuat kesepakatan karena mesti konsultasi dengan atasan dulu.

### **c. Penilaian Kinerja Puskesmas**

Pelaksanaan penilaian kinerja puskesmas meliputi serangkaian kegiatan yang dimulai sejak awal tahun anggaran pada saat penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan puskesmas. Selanjutnya dilakukan pengumpulan data yang dipantau dan dibahas melalui forum lokakarya mini baik bulanan dengan lintas program di dalam puskesmas maupun lokakarya mini tribulanan yang melibatkan lintas sektor di kecamatan.

Penilaian kinerja Puskesmas Madello meliputi Puskesmas dan jaringannya yaitu Puskesmas, Puskesmas Pembantu, BidanDesaserta berbagai UKBM dan upaya pemberdayaan masyarakat lainnya. Sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan kabupaten Barru, maka pada proses pelaksanaannya tetap di bawah bimbingan dan pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten Barru. Penilaian kinerja Puskesmas adalah suatu upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas. Pelaksanaan penilaian dimulai dari tingkat Puskesmas Madello sebagai instrumen mawas diri karena setiap Puskesmas melakukan penilaian kerjanya secara mandiri.

Untuk mengetahui pelaksanaan penilaian kinerja di Puskesmas Madello peneliti melakukan wawancara dengan pengelola manajemen

puskesmas, Mansur, SKM sebagai berikut, (24 Juni 2017);:

“Oh iya, mekanisme penilaian kinerja tetap yang kayak kemarin-kemarin. Kita lakukan. Mengumpulkan dulu data baru menganalisis setelah itu buat perencanaan dalam bentuk RUK. Tahun 2016 kita lakukan penilaian kinerja, penilaian kinerjanya dilakukan diawal tahun berjalan. Cuma itu tahun 2016 kayaknya belum kita laporkan ke Dinas Kesehatan tetapi untuk teman-teman kita sudah kasih, biasanya memang lambat.”

Berdasarkan hasil wawancara diatas diketahui bahwa mekanisme penilaian kinerja dimulai dengan pengumpulan data, menganalisa data kemudian menyusun RUK. Untuk tahun 2016 penilaian kinerja dilakukan diawal tahun berjalan tetapi belum dilaporkan ke Dinas kesehatan Kabupaten Barru.

Untuk mengetahui keterlambatan pelaksanaan penilaian kinerja di Puskesmas Madello, peneliti melakukan wawancara dengan pengelola manajemen puskesmas, Mansur, SKM (24 Juni 2017);

“Penilaian kinerja terlambat dilaksanakan biasanya diawal Januari, ini molor sampai di bulan 4. Kemarin itu molor karena faktor adanya beberapa data lambat kita akses dari pemegang program. Kemudian kenapa itu biasa lambat itu juga karena tidak ada indikator kinerja dari Dinas Kesehatan Kabupaten Barru. Seperti pada tahun 2011 s/d 2015 memang ada indikator yang di SK kan oleh kepala Dinas Kesehatan. Kalau untuk tahun 2016 s/d 2021 tidak ada indikator dari Dinas Kesehatan, jadi kadang indikator tahun sebelumnya kita gunakan lagi. Kami juga setengah mati kayaknya ada beberapa pengelolah program memang tidak tahu indikatornya berapa memang yang harus dicapai pada satu tahun itu.”

Berdasarkan penjelasan tersebut diketahui bahwa keterlambatan pelaksanaan penilaian kinerja di Puskesmas Madello, karena faktor adanya beberapa data lambat kita akses dari pemegang program.

Kemudian juga karena tidak ada indikator kinerja dari Dinas Kesehatan Kabupaten Barru. Demikian dikatakan oleh pengelola manajemen puskesmas, Mansur, SKM (24 Juni 2017);

”Memang lambat karena kita start dibulan Januari kita nilai tetapi lambat ada beberapa kendala, biasanya beberapa pemegang program terlambat memasukkan data-datanya cuma kalau ke masyarakat dalam bentuk lokakarya mini lintas sektor tidak ada tembusan-tembusan ke desa. Artinya itu itu penilaian kinerja sebagai acuan untuk menyusun perencanaan puskesmas untuk ke masyarakat belum. “

Berdasarkan informasi diatas diketahui bahwa ketelambatan penyusunan laporan kinerja disebabkan karena pemegang program kadang terlambat memasukkan data-datanya. Laporan kinerja akhir tahun belum disampaikan kepada Dinas Kesehatan dan ke masyarakat, laporan kinerja hanya disampaikan pada saat lokmin lintas sektor. Pelaksanaan kinerja pada akhir tahun dibuat dalam rangka membuat perencanaan puskesmas tahun berikutnya bukan dalam rangka pertanggungjawaban hasil/pencapaian kinerja organisasi.

Untuk mengetahui pelaksanaan Manajemen Puskesmas di Puskesmas Madello maka peneliti melakukan konfirmasi kepada Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan SDK Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, Hj. Andi Marolah,SKM.M.Kes, adapun hasil wawancara sebagai berikut, (27Juni 2017)

“Sebetulnya itu kami dari Bidang Pelayanan Kesehatan dan SDK sudah melakukan langkah-langkah supaya bagaimana manajemen puskesmas itu diterapkan di puskesmas. Yang kami sudah lakukan itu yaitu memfasilitasi semua kepala puskesmas untuk mengikuti pelatihan manajemen puskesmas di tingkat propinsi.Dan saya tahu bahwa semua kepala puskesmas itu sudah mengikuti kegiatan tersebut. Tetapi pada kenyataannya

penerapan manajemen puskesmas tidak berjalan sesuai siklus manajemen yang berkualitas, mulai dari perencanaannya melalui penyusunan RUK dan RPK, monitoring kegiatan melalui pelaksanaan lokakarya mini puskesmas sampai pada kegiatan evaluasi melalui penilaian kinerja.”.

Berdasarkan hasil wawancara informan diketahui bahwa Bidang Yankes dan SDK yang bertanggung jawab dalam penerapan manajemen di puskesmas telah melakukan langkah-langkah diantaranya telah memfasilitasi semua kepala puskesmas untuk mengikuti pelatihan manajemen ditingkat propinsi dan dari hasil wawancara juga diketahui bahwa 12 kepala puskesmas telah mengikuti pelatihan manajemen puskesmas. Tetapi pada kenyataannya walaupun sudah mengikuti pelatihan tetapi penerapan manajemen puskesmas belum terlaksana dengan baik.

## **C. PEMBAHASAN**

### **1. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan merupakan satu hal yang sangat penting artinya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan dilaksanakan sebagai bentuk implementasi dari program-program kesehatan atau upaya-upaya kesehatan yaitu upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Jenis-jenis pelayanan kesehatan tersebut meliputi : pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana, pelayanan gizi, pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit, serta pelayanan rawat jalan dan rawat inap.



Dari hasil penelitian didapatkan bahwa masih banyak indikator dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat yang belum mencapai target. Hal ini berarti bahwa kinerja pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat belum efektif. Penyebab atau determinan tidak efektifnya pelayanan kesehatan bervariasi pada setiap jenis pelayanan, namun ada juga yang sama penyebabnya. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa belum efektifnya pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat disebabkan oleh beberapa faktor sebagai berikut:

1). Kurangnya Kerja Sama Lintas Program

Kurangnya kerja sama atau keterlibatan lintas program menjadi penyebab atau determinan tidak maksimalnya pencapaian kinerja pada pelayanan promosi kesehatan, pelayanan gizi, kesehatan lingkungan, Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana serta pencegahan dan pengendalian penyakit.

Pencapaian target indikator Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) puskesmas Madello belum efektif salah satu penyebabnya karena masih kurangnya kerjasama lintas program. Hal ini juga berarti bahwa dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan tidak menerapkan azas keterpaduan yang merupakan salah satu azas penyelenggaraan Puskesmas (Depkes RI, : 2009).

Hal ini juga berarti bahwa Puskesmas Madello dalam penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat esensial belum menerapkan prinsip penyelenggaraan Puskesmas sesuai dengan Permenkes 75 tahun 2014 secara maksimal bahwa dalam

melaksanakan pelayanan kesehatan, maka Puskesmas harus memperhatikan prinsip keterpaduan dan kesinambungan, dalam hal ini mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), lintas program dan lintas sektor. Penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat esensial dan pengembangan di Puskesmas harus menerapkan azas penyelenggaraan Puskesmas secara terpadu. Penyelenggaraan azas keterpaduan dalam penyelenggaraan upaya puskesmas sangat penting karena akan mengatasi keterbatasan sumber daya serta diperolehnya hasil yang optimal. Penyelenggaraan azas keterpaduan jika mungkin sejak dari tahap perencanaan.

Keterpaduan lintas program adalah keterpaduan internal Puskesmas yang bertujuan agar seluruh petugas mempunyai rasa memiliki dan motivasi yang tinggi dalam melaksanakan seluruh kegiatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas secara terintegrasi. Seluruh komponen Puskesmas harus memiliki kesadaran bahwa Puskesmas merupakan satu sistem dan mereka adalah subsistemnya.

Sebagai suatu sistem maka masing-masing pengelola program harus mempunyai kemampuan untuk melihat hubungan masalah antara satu program dengan program lainnya, atau antara masalah utama dengan factor penyebab dan latar belakangnya masing-masing, agar strategi dan langkah penyelesaiannya

dapat dirumuskan secara tepat, berurutan sesuai dengan prioritas secara terpadu dalam Tim kerja (*team work*). Permasalahan di suatu program bisa saja terjadi akibat/dampak dari program lainnya, sehingga yang harus diselesaikan masalahnya lebih dahulu adalah program sebagai penyebab. Pelayanan kesehatan seharusnya dapat dilaksanakan secara terintegrasi dalam satu pelaksanaan.

Penyelenggaraan azas keterpaduan hendaknya harus dilaksanakan pada tahap perencanaan. Tahap penyusunan RUK dan RPK dilaksanakan melalui pendekatan keterpaduan lintas program dan lintas sektor dalam lingkup siklus kehidupan. Keterpaduan penting untuk dilaksanakan mengingat adanya keterbatasan sumber daya di Puskesmas. Dengan keterpaduan tidak akan terjadi *missed opportunity*, kegiatan Puskesmas dapat terselenggara secara efisien, efektif, bermutu, dan target prioritas yang ditetapkan pada perencanaan lima tahunan dapat tercapai. Sebagai contoh keterpaduan lintas program antara lain:

- a) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS): Keterpaduan dengan P2M, Gizi, Promosi Kesehatan, Pengobatan.
- b) Upaya Kesehatan Sekolah (UKS): Keterpaduan kesehatan lingkungan dengan promosi kesehatan, pengobatan, kesehatan gigi, kesehatan reproduksi remaja, kesehatan olah raga dan kesehatan jiwa.

- c) Puskesmas keliling: keterpaduan pengobatan dengan KIA, Gizi, promosi kesehatan dan kesehatan gigi.
- d) Posyandu: Keterpaduan KIA dengan KB, Gizi, P2M, kesehatan Jiwa dan promosi kesehatan.

## 2). Kurangnya Kerjasama Lintas Sektor

Kurangnya kerja sama lintas sektor merupakan salah satu penyebab tidak terwujudnya target kinerja pelayanan kesehatan di Puskesmas Madello. Kurangnya kerja sama atau keterlibatan lintas sektor ini terutama pada pelayanan promosi kesehatan, gizi, kesehatan lingkungan, serta pencegahan dan pengendalian penyakit.

Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak dapat dilakukan oleh sektor kesehatan sendiri, program kesehatan perlu didukung oleh sektor diluar kesehatan. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa keterlibatan lintas sektor dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di puskesmas Madello belum maksimal dan tentu hal ini sangat mempengaruhi kinerja upaya kesehatan masyarakat esensial.

Masalah kesehatan termasuk kejadian kesakitan dan kematian yang terjadi dimasyarakat disebabkan oleh banyak faktor, penyebab utamanya diluar faktor kesehatan. Penyebab masalah kesehatan dapat disebabkan antara lain oleh faktor lingkungan (termasuk sosial-ekonomi-budaya), perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan, keadaan demografi dan faktor keturunan. Oleh karena

itu untuk memecahkan masalah kesehatan dibutuhkan kerjasama antara sektor kesehatan dengan sektor-sektor lain yang terkait dengan penyebab terjadinya masalah kesehatan. Untuk menumbuhkan semangat kerjasama antar sektor yang terkait dalam pembangunan kesehatan diperlukan upaya penggalangan dan peningkatan kerjasama lintas sektoral, agar diperoleh hasil yang optimal. Kepala Puskesmas Madello dan jajarannya harus mampu membangun komunikasi dan mengkoordinasikan program di internal Puskesmas dan eksternal Puskesmas dengan mitra lintas sektor.

Masalah kesehatan adalah masalah yang multi dimensi, yakni banyak sekali faktor penentu (determinannya). Sebagian besar faktor penentu tersebut bahkan berada di luar jangkauan (tugas dan wewenang) sektor kesehatan. Misalnya salah satu faktor yang cukup besar pengaruhnya terhadap angka kematian ibu melahirkan adalah karena banyaknya terjadi pernikahan dan kehamilan dalam usia yang masih sangat muda. Untuk itu diperlukan pengaturan agar tidak terjadi pernikahan dalam usia yang terlalu muda. Penyusunan dan penerbitan peraturan tentang hal ini jelas berada diluar tugas dan wewenang sektor kesehatan. Sehubungan dengan hal tersebut, disadari bahwa keberhasilan penyelenggaraan upaya kesehatan sangat ditentukan oleh sektor lain diluar sektor kesehatan (lintas sektor).

Kecendrungan format kelembagaan pelayanan publik menjadi semakin meninggalkan kaidah-kaidah organisasi konvensional. Ciri pertama, pelayanan publik harus dilayani oleh beberapa organisasi atau tidak menjadi hak eksklusif satu dinas daerah saja. Misalnya pelayanan kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan tetapi juga menjadi tanggungjawab Dinas Pekerjaan Umum yang bertugas membangun prasarana jalan menuju Rumah Sakit atau Puskesmas. .

### 3). Keterbatasan Sumber Daya Manusia

Keterbatasan sumber daya berupa tenaga, anggaran dan fasilitas juga merupakan salah satu penyebab tidak tercapainya target kinerja program. Pelayanan yang tidak tercapai target kinerja disebabkan oleh keterbatasan sumber daya manusia adalah kesehatan lingkungan, Kesehatan Ibu dan Anak serta pencegahan dan pengendalian penyakit.

Sebagaimana diketahui bahwa kinerja organisasi dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya sebagai input yang akan dikelola menghasilkan output ataupun outcome. Pada aspek sumber daya manusia misalnya, sikap staf pelayanan, kepemimpinan, perencanaan, pengorganisasian dan pengendalian. Kinerja sumberdaya manusia organisasi provider menjadi faktor utama di dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik. Demikian pula faktor anggaran atau biaya untuk membiayai aktivitas organisasi dan program-programnya merupakan salah satu faktor yang sangat

menentukan tercapainya tujuan dan hasil organisasi yang diharapkan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari segi jumlah/kuantitas tenaga kesehatan pada Puskesmas Madello sesuai standar ketenagaan Permenkes 75 Tahun 2016 sudah sesuai walaupun dari beberapa program masih kurang. Dimana Puskesmas Madello sebagai Puskesmas kategori Puskesmas Rawat Inap dengan karakteristik wilayah pedesaan maka minimal jumlah tenaga kesehatannya 27 orang. Dan bila dilihat dari standar kompetensinya masih ada yang belum sesuai salah satunya adalah Kepala Puskesmas itu sendiri. Sesuai Permenkes 75 tahun 2014 Kepala Puskesmas merupakan seorang tenaga kesehatan dengan kriteria:

- a) Tingkat pendidikan paling rendah sarjana S1 Kesmas dan mempunyaikompetensi manajemen kesehatan masyarakat;
- b) Masa kerja di Puskesmas minimal 2 tahun;
- c) Telah mengikuti pelatihan manajemen Puskesmas

Jika ditinjau dari berbagai sumber daya yang dibutuhkan oleh suatu organisasi, peranan staf adalah penting. Mudah dipahami karena tercapai atau tidaknya tujuan organisasi, pada dasarnya ditentukan oleh staf yakni manusia dan atau orang per orang yang akan melaksanakan kegiatan organisasi tersebut.

Secara umum disebutkan, apabila manusia, orang perorang dan ataupun anggota organisasi mau bekerja, berinisiatif dan

berdedikasi, dapatlah diharapkan terlaksananya berbagai kegiatan yang telah digariskan, yang apabila berhasil dipertahankan, pada gilirannya akan besar peranannya dalam menjamin tercapainya tujuan organisasi.

Karena pentingnya staf sebagai sumber daya manusia, maka seorang yang dipercayakan memimpin organisasi, harus dapat mencari, menempatkan, melatih dan mengembangkan kemampuan sumber daya manusia yang ada dalam organisasi, sedemikian rupa sehingga dapat diserahkan tanggung jawab dalam melaksanakan kegiatan organisasi.

#### 4). Keterbatasan Sarana/fasilitas

Keterbatasan sarana/fasilitas penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat di Puskesmas Madello merupakan salah satu kendala yang dihadapi beberapa pemegang program. Sarana yang dimaksud tersebut adalah sarana kendaraan operasional berupa kendaraan roda dua. Hal ini sangat mempengaruhi kinerja program mengingat bahwa kegiatan UKM dilakukan diluar gedung Puskesmas dengan wilayah yang kerja yang luas. Program yang terpengaruh akibat keterbatasan fasilitas adalah program promosi kesehatan serta program pencegahan dan pengendalian penyakit.

Faktor sarana pelayanan meliputi sarana kerja dan fasilitas pelayanan yang harus memadai. Faktor ini menurut Supranto



(2007) disebut sebagai “ Dimensi Mutu Bidang Pendukung Staf” yang keberadaannya sangat menentukan kualitas suatu pelayanan.

#### 5). Keterbatasan Anggaran

Faktor sumber daya lainnya yang sangat berpengaruh terhadap pencapaian indikator pelayanan kesehatan di Puskesmas Madello adalah faktor ketersediaan dana. Harapan dengan sistem pemerintahan desentralistik/diotonomikan berbagai urusan maka pelayanan akan menjadi semakin baik, Karena dari segi perencanaan, pembiayaan, dan pengawasan akan lebih efisien. Harapan ini memang tidak salah, akan tetapi tidak semuanya benar, karena pada kenyataannya daerah dibenturkan pada permasalahan anggaran biaya untuk melaksanakan Standar Pelayanan Minimal. Bagi daerah yang tergolong surplus hal tersebut tidak menjadi persoalan, tetapi bagi daerah yang mempunyai Pendapatan Asli Daerah (PAD) kecil hal tersebut merupakan permasalahan yang memerlukan pemecahan yang serius. Terbatasnya anggaran pemerintah daerah dapat menjadi penghalang untuk melaksanakan SPM.

Hal demikian pula terjadi pada Puskesmas Madello sebagai UPTD Dinas Kesehatan Kabupaten Barru pencapaian tujuan organisasi belum efektif dengan melihat beberapa indikator-indikator tidak mencapai target. Salah satu penyebabnya karena tidak adanya dana APBD yang dialokasikan untuk kegiatan operasional upaya kesehatan masyarakat. Sebagaimana diketahui

bahwa anggaran operasional hanya berasal dari dana BOK saja. Dimana dana tersebut seharusnya menjadi dana pendamping APBD tetapi justru menjadi sumber pendanaan yang utama dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di puskesmas madello. Program - program yang dianggap kurang anggarannya adalah pelayanan promosi kesehatan dan pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

#### 6). Rendahnya Partisipasi Masyarakat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa salah satu hambatan pencapaian target kinerja adalah rendahnya partisipasi masyarakat masyarakat. Partisipasi masyarakat yang rendah ini berpengaruh terhadap tidak tercapainya target kinerja program kesehatan ibu dan anak, program gizi, serta program pencegahan dan penanggulangan penyakit. Padahal partisipasi masyarakat merupakan salah satu kunci utama keberhasilan upaya kesehatan. Partisipasi masyarakat sangat terkait dengan perilaku mereka yang dilatar belakangi pengetahuan, kesadaran dan kemampuan mereka berpartisipasi dalam bidang kesehatan. Diantara empat faktor yang mempengaruhi status kesehatan, maka faktor perilaku merupakan salah satu faktor utama yang berpengaruh.

Partisipasi masyarakat yang rendah dapat dilihat pada kegiatan - kegiatan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) seperti kunjungan masyarakat ke posyandu yang masih rendah. Hal ini juga berarti bahwa penerapan azas

penyelenggaraan puskesmas yaitu pemberdayaan masyarakat (Kepmenkes No 128 tahun 2009 ) dan prinsip penyelenggaraan puskesmas yaitu kemandirian masyarakat (Permenkes No 75 Tahun 2014) pada puskesmas Madello belum maksimal dilakukan. Begitupula penerapan fungsi puskesmas sebagai penyelenggara UKM tingkat pertama belum maksimal terselenggara dimana salah satu kewenangannya yaitu menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat dan bekerjasama dengan sektor lain terkait.

Sebagaimana diketahui bahwa penerapan azas pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di puskesmas dilakukan melalui pembentukan dan pembinaan UKBM. Upaya kesehatan berbasis masyarakat sangat tergantung pada partisipasi dan keterlibatan masyarakat (*community engagement*), serta upaya terpadu antara masyarakat dengan elemen-elemen dalam pemerintahan.

Partisipasi dan keterlibatan masyarakat (*community engagement*) dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sangat penting dan diperlukan. Riset dalam dua dekade belakangan ini menunjukkan fakta bahwa perilaku sosial dan faktor-faktor non kesehatan besar perannya dalam derajat kesehatan individu maupun kelompok masyarakat. Riset juga menunjukkan bahwa masyarakat dapat memperbaiki atau meningkatkan derajat

kesehatannya (misalnya menurunkan angka kematian, meningkatkan usia harapan hidup, menurunkan angka kejadian DBD, diare atau mengurangi risiko diabetes) bila setiap individu anggota masyarakat secara aktif bekerja sama melakukan perubahan perilaku menjadi lebih sehat.

Masalah kesehatan adalah masalah yang multi dimensi, yakni banyak sekali faktor penentu (determinannya). Sebagian besar faktor penentu tersebut bahkan berada di luar jangkauan (tugas dan wewenang) sektor kesehatan. Misalnya salah satu faktor yang cukup besar pengaruhnya terhadap angka kematian ibu melahirkan adalah karena banyaknya terjadi pernikahan dan kehamilan dalam usia yang masih sangat muda. Untuk itu diperlukan pengaturan agar tidak terjadi pernikahan dalam usia yang terlalu muda. Penyusunan dan penerbitan peraturan tentang hal ini jelas berada diluar tugas dan wewenang sektor kesehatan. Sehubungan dengan hal tersebut , disadari bahwa keberhasilan penyelenggaraan upaya kesehatan sangat ditentukan oleh sektor lain diluar sektor kesehatan (lintas sektor)

Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan sangat penting sebagaimana juga dijelaskan dalam UU Nomor 36

Tahun 2009 tentang kesehatan sebagai berikut :

- a. Dari hasil kajian ternyata 70% sumber daya pembangunan nasional berasal dari kontribusi/partisipasi masyarakat.
- b. Pemberdayaan masyarakat/partisipasi masyarakat berazaskan gotong royong, merupakan budaya masyarakat Indonesia yang perlu dilestarikan;

- c. Perilaku masyarakat merupakan faktor penyebab utama terjadinya permasalahan kesehatan, oleh sebab itu masyarakat sendirilah yang dapat menyelesaikan masalah tersebut dengan pendampingan/bimbingan pemerintah;
- d. Pemerintah mempunyai keterbatasan sumber daya dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang semakin kompleks di masyarakat, sedangkan masyarakat mempunyai potensi yang cukup besar untuk dapat dimobilisasi dalam upaya pencegahan di wilayahnya; 5) Potensi yang dimiliki masyarakat diantaranya meliputi *community leadership, community organization, community financing, community material, community knowledge, community technologi, community decision making proses*, dalam upaya peningkatan kesehatan, potensi tersebut perlu dioptimalkan; 6) Upaya pencegahan lebih efektif dan efisien dibanding upaya pengobatan, dan masyarakat juga mempunyai kemampuan untuk melakukan upaya pencegahan apabila dilakukan upaya pemberdayaan masyarakat terutama untuk ber-perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Pengalaman menunjukkan bahwa peran serta publik dalam setiap proses perencanaan pembangunan dapat memberikan keyakinan kepada kita bahwa, warga masyarakat sebagai entitas politik, ekonomi, sosial, dan budaya tidak hanya dapat dipersepsikan semata-mata sebagai obyek pembangunan. Akan tetapi, juga entitas yang perlu mendapat ruang yang cukup bebas sebagai subyek pembangunan itu sendiri, (Sinambela dkk, 2006)

Selanjutnya Sinambela, dkk (2006) mengungkapkan bahwa peran serta publik juga tidak hanya diartikan sebagai instrument untuk mensosialisasikan program pemerintah dan pembangunan, melainkan sebagai upaya sadar untuk melibatkan masyarakat dalam konteks penentuan kebijakan publik. Itulah sebabnya, perkuatan otonomi daerah (dengan demokratisasi) harus terus digalakkan untuk semakin mendekatkan peran serta warga

masyarakat dalam setiap proses penentuan kebijakan atau program pembangunan.

Oleh karena itu, partisipasi publik dalam proses pemerintahan dan pembangunan perlu ditegaskan sebagai upaya yang paling efektif dalam konteks penciptaan *good governance*, karena didalamnya ada pelibatan seluruh stakeholders, pemberian legitimasi, transparansi, nilai keadilan sosial dan akuntabilitas.

#### 7). Kebijakan Penggunaan Angka Proyeksi

Kebijakan penggunaan angka proyeksi terutama berpengaruh kepada tidak tercapainya kinerja program kesehatan ibu dan anak yang disebabkan target hanya diperkirakan atau diproyeksikan tinggi sehingga sulit dicapai. Hal ini dirasakan oleh para pelaku atau pelaksana program kesehatan Ibu dan Anak yang merasakan sulit mencapai target yang telah ditetapkan.

Ruang lingkup pelayanan publik dilakukan oleh birokrat level bawah menjangkau wilayah pelayanan yang luas dan bersifat padat karya (*labor-intensive*). Birokrat level bawah seringkali menimbulkan kontroversi dalam pelaksanaan tugasnya. Pertama birokrat level bawah sering menghadapi perbedaan dan kesenjangan antara peraturan dan kondisi lapangan, sehingga harus mengambil keputusan yang sesuai dengan kondisi lapangan. Keputusan-keputusan yang diambil birokrat level bawah disebut oleh Lipsky (2010)

Menurut Wijayanti (2008) bahwa ada dua kemungkinan penyebab terjadinya penyimpangan dari standar, yakni

- a. Pelaksana (karyawan) yang tidak mampu menyesuaikan dirinya dengan standar,
- b. Standar yang ditetapkan terlalu berat untuk dipenuhi oleh pelaksana

Karena itu tindakan perbaikan juga perlu dilakukan dengan memandang kedua arah: standard dan pelaksana. Tindakan perbaikan, dengan demikian berupa :

- Perubahan standar (lebih dilonggarkan)
- Perubahan metode-metode kerja
- Perubahan perintah-perintah dan instruksi kerja
- Perubahan kebijakan perusahaan secara total
- Perubahan susunan tenaga kerja, dan lain-lain

#### 8). Kurangnya Bimbingan dan Pembinaan

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa kurangnya bimbingan dan pembinaan dari atasan langsung ataupun pejabat yang lebih tinggi dialami oleh petugas Puskesmas Madello. Kurangnya bimbingan dari jajaran pimpinan baik yang berasal dari Puskesmas maupun dari Dinas Kesehatan Barru merupakan salah satu penyebab masih belum efektifnya pelaksanaan program pelayanan kesehatan di Puskesmas Madello. Peran Dinas Kesehatan Kabupaten Barru sebagai pembina Puskesmas memang sangat penting artinya bagi pencapaian hasil puskesmas.

Kedudukan organisasi Puskesmas dalam sistem kesehatan kabupaten/kota adalah sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan kabupaten/kota diwilayah kerjanya. Tata kerja Puskesmas adalah sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dengan demikian secara teknis dan Administrasi Puskesmas bertanggungjawab membina serta memberikan bantuan administratif dan teknis kepada Puskesmas.

Bimbingan dari Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota sangat penting dilakukan. Bimbingan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat dilaksanakan dengan mengirim petugas ke Puskesmas guna membantu memecahkan masalah-masalah yang dihadapi puskesmas. Bimbingan juga dapat dilakukan dengan mempersilahkan Puskesmas yang menghadapi masalah yang penting untuk berkonsultasi ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota diluar jadwal yang telah ditetapkan.

#### 9). Kepemimpinan Yang Tidak Efektif

Kepemimpinan dalam suatu organisasi merupakan intidarisuatu manajemen di organisasi tersebut. Kepemimpinan yang efektif akan berdampak positif bagi organisasi yang bersangkutan. Tujuan dan hasil dapat dicapai secara maksimal bila kepemimpinan ini berjalan sebagaimana mestinya, dimana mampu mengelola sumber daya organisasi dengan baik sesuai kebutuhan



organisasi. Begitupula dalam lingkup Dinas Kesehatan Barru sebagai suatu organisasi pelayanan publik sangat membutuhkan kepemimpinan yang efektif.

Seiring dengan tuntutan masyarakat yang semakin meningkat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, seorang Pimpinan Puskesmas dituntut harus mampu menjadi seorang pemimpin yang dapat menggerakkan kekuatan sumber daya manusia dan sumber daya yang lain yang ada di Puskesmas dan wilayahnya. Sehingga Puskesmas sebagai institusi pelayanan dasar yang memeberikan pelayanan langsung kepada masyarakat dapat memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat di wilayahnya.

Seorang pemimpin diharapkan memiliki kecakapan teknis maupun manajerial yang profesional. Kecakapan teknis tersebut sesuai dengan bidangnya, sedangkan kecakapan manajerial menuntut perannya dalam memimpin orang lain. Keterampilan tersebut terpancar dalam tindakannya seperti menyeleksi, mendidik, memotivasi, mengembangkan sampai dengan memutuskan hubungan kerja. Kepemimpinan yang efektif akan mendorong bawahan untuk mengubah upaya menjadi kinerja. Pemimpin dalam organisasi yang berubah selalu berhadapan dengan pilihan terhadap gaya kepemimpinan yang mana yang tepat dan sesuai untuk diterapkan di organisasi. Fungsi kunci seorang pemimpin adalah membangun visi organisasi dan

mengkomunikasikan kepada bawahan. Pemimpin menunjukkan kemampuannya sebagai pemimpin dimasa depan bahwa dia mampu bergerak maju dan bertindak berani walaupun ia tidak memiliki semua jawaban atas ketidakpastian yang terjadi. Pemimpin bahkan tidak hanya memahami kompleksitas isu-isu bisnis, tetapi juga diharapkan membantu orang lain dalam menangani ketidakpastian dan mendampingi mereka dalam menjalani proses kegiatan.(DR.David S. Well.et, 2006).

Sedangkan dari hasil penelitian pada Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan rawat jalan dan rawat inap didapatkan bahwa masih terbilang efektif, hal ini di tandai dengan tercapainya target kinerja. Hal ini mengindikasikan juga bahwa pemanfaatan fasilitas kesehatan dalam hal ini puskesmas Madello oleh masyarakat masih bagus.

Pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh masyarakat yang masih bagus, hal ini dipengaruhi karena pada kondisi saat ini Puskesmas Madello dapat dikatakan sebagai pemberi layanan tunggal di wilayah kerjanya.Dimana tidak ada fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan dan kesehatan lainnya. Selain itu lokasi puskesmas juga tidak banyak mengalami perubahan berarti yang dialami masyarakatnya yang pada gilirannya membuat masyarakat menuntut terlalu banyak akan pelayanan kesehatan. Pada saat ini puskesmasseolah “memonopoli” pelayanan kesehatan perorangan dan kesehatan masyarakat. Jadi walaupun pelayanan yang

diberikan minimal (bahkan sangat minimal), sepanjang tetap dilakukan secara bertanggung-jawab sesuai standar kualitas, masyarakat akan merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan dan tanggapan masyarakat pengguna pelayanan puskesmas akan tetap “OK” saja, dalam arti hampir tidak ada penolakan dari para pengguna jasa, karena memang tidak ada lagi fasilitas lain yang memberikan pelayanan, sementara puskesmas sudah melayaninya dengan baik dan dapat memenuhi kebutuhan masyarakat.

Selain itu karakteristik masyarakat di wilayah kerja puskesmas Madello dilihat dari aspek mata pencaharian atau pekerjaan mayoritas sebagai petani dan bila dilihat dari aspek atau tingkat pendidikan maka mayoritas terdistribusi pada tingkat pendidikan lulus SD-SMP. Dengan karakteristik masyarakat seperti itu turut mempengaruhi pemanfaatan terhadap sarana pelayanan serta kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Dampak yang diharapkan dari pelaksanaan pembangunan kesehatan adalah makin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Menurut Azwar (1996) bahwa peningkatan derajat kesehatan masyarakat akan dapat dicapai apabila kebutuhan (needs) dan tuntutan (demands) perseorangan, keluarga, kelompok dan atau masyarakat terhadap kesehatan, pelayanan kedokteran serta lingkungan yang sehat dapat terpenuhi. Kebutuhan dan tuntutan ini adalah sesuatu yang terdapat pada pihak pemakai jasa.

Layanan yang customized merupakan layanan yang berorientasi pada pelanggan (people centred), yang dengan beragamnya kondisi masyarakat tidak akan sama, terutama pada masyarakat yang heterogen. Tuntutan masyarakat pengguna jasa pada pelayanan kesehatan yang bermutu dan memuaskan, akan dibentuk oleh :

- a. Tingkat perkembangan masyarakat dari aspek: tingkat pendidikan dan kondisi kehidupan sosial-ekonomi, sosial-budaya, dan sosial-spiritualnya.
- b. Ada tidaknya alternatif untuk mencari fasilitas pelayanan kesehatan lain yang mampu dijangkau.

Dengan kemampuan menyesuaikan diri pada situasi yang beragam, puskesmas akan dimanfaatkan oleh masyarakat, terutama di wilayah kerja tanggung jawabnya, maupun masyarakat yang dapat menjangkau pelayanannya. Hal ini penting ketika model pembiayaan pelayanan kesehatan perseorangan melalui SJSN diterapkan, dengan puskesmas sebagai salah satu *Gate Keeper*-nya.

Tuntutan kesehatan (health demands) pada dasarnya bersifat subyektif. Oleh karena itu pemenuhan tuntutan kesehatan tersebut hanya bersifat fakultatif. Dengan perkataan lain terpenuhi atau tidaknya tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat tidak terlalu menentukan tercapai atau tidaknya kehendak untuk meningkatkan derajat kesehatan.

Karena tuntutan kesehatan bersifat subyektif, maka munculnya tuntutan kesehatan tersebut dipengaruhi oleh faktor-faktor yang bersifat subyektif pula. Jika diketahui bahwa kadar subjektivitas seseorang banyak dipengaruhi antara lain tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi, maka tidaklah sulit dipahami bahwa munculnya tuntutan kesehatan tersebut sangat tergantung dari tingkat pendidikan dan sosial ekonomi yang dimiliki.

Lebih lanjut karena tuntutan kesehatan ada kaitannya dengan tersedia atau tidaknya pelayanan kesehatan, maka dalam membicarakan tuntutan kesehatan tidak boleh pula melupakan berbagai kebijakan teknologi yang mempengaruhi tersedia atau tidaknya pelayanan kesehatan tersebut. Dengan perkataan lain dalam membicarakan tuntutan kesehatan, peranan kemajuan teknologi kedokteran tidak dapat diabaikan. Karena sesungguhnya sebagaimana yang dikemukakan oleh Sorokin (1979) bahwa kemajuan-kemajuan teknologi kedokteran dapat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tuntutan kesehatan.

Dari aspek pemanfaatan atau penggunaan barang, barang publik dan barang privat memiliki perbedaan. Pemanfaatan barang publik oleh konsumen dapat dinilai secara berbeda, tergantung pada kondisi pasar dan tingkat teknologi. Sebagai contoh, pelayanan kesehatan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas) dapat dipersepsikan sebagai pelayanan yang baik,

bilamana tingkat persaingan pelayanan kesehatan di suatu daerah tidak kompetitif. Artinya pelayanan kesehatan oleh pihak swasta tidak ada. Masyarakat sangat tergantung kepada pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah, karena tidak memiliki alternatif lain. Sebaliknya bilamana terdapat banyak pelayanan kesehatan swasta seperti rumah sakit atau klinik, maka masyarakat memiliki pilihan yang luas dan beragam.

Pasar pelayanan kesehatan yang kompetitif akan menimbulkan persaingan pelayanan antar lembaga kesehatan, baik antar rumah sakit pemerintah dengan swasta atau antar rumah sakit swasta. Persaingan tersebut akan menjangkau aspek penyediaan tenaga medis, fasilitas kesehatan, teknologi kesehatan, manajemen pelayanan, keamanan pelayanan dan lain sebagainya.

Persaingan antar penyedia pelayanan mendorong peningkatan efisiensi dan mutu pelayanan dengan harga lebih murah. Penilaian kinerja dari sisi pengguna jasa sangat penting karena birokrasi publik seringkali memiliki kewenangan monopoli sehingga para pengguna jasa tidak memiliki alternatif sumber pelayanan. Dalam pelayanan yang diselenggarakan oleh swasta, pengguna jasa memiliki pilihan sumber pelayanan sehingga penggunaan pelayanan bisa mencerminkan kepuasan terhadap pemberi layanan. Dalam pelayanan oleh birokrasi publik, penggunaan pelayanan oleh publik sering tidak ada hubungannya sama sekali dengan kepuasannya terhadap pelayanan.

## **Pelaksanaan Manajemen Puskesmas**

Pada prinsipnya, Manajemen Puskesmas adalah suatu rangkaian kegiatan yang sistematis, saling terkait dan berkesinambungan, efektif dan efisien, dalam rangka terselenggaranya berbagai upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat sesuai dengan penyelenggaraan puskesmas, agar menghasilkan luaran puskesmas secara optimal. Penerapan manajemen puskesmas secara operasional dilaksanakan melalui kegiatan: Perencanaan tahunan Puskesmas, Lokakarya Mini Puskesmas bulanan dan tribulanan dan evaluasi/penilaian kinerja puskesmas.

### **a. Perencanaan Puskesmas (Penyusunan RUK dan RPK)**

Keberadaan puskesmas dalam mengemban misi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat harus berfokus pada pelanggan. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa penyusunan RUK dan RPK pada Puskesmas Madello belum dilaksanakan berdasarkan mekanisme pelaksanaan manajemen yang berkualitas faktanya dilihat dari :

- a) waktu penyusunan RUK dan RPK program upaya kesehatan wajib/essensial dilaksanakan pada tahun berjalan yang semestinya penyusunan RUK dan RPK disusun satu tahun sebelumnya. Dengan demikian juga dengan sendirinya bahwa penyusunan perencanaannya tidak mengikuti siklus perencanaan Kabupaten.

b) Keterlibatan masyarakat dalam penyusunan RUK dan RPK Puskesmas belum terlalu maksimal dimana RUK dan RPK disusun tanpa keterlibatan masyarakat (BPP) dan tidak ada koordinasi dengan camat. dengan demikian bahwa RUK dan RPK belum terlalu mengakmoodir kebutuhan masyarakat. Identifikasi kebutuhan masyarakat hanya didapat dari hasil analisis kebutuhan masyarakat bersifat normatif saja yaitu berdasarkan hasil penilaian kinerja puskesmas dengan melihat kesenjangan hasil pencapaian dan target. Sedangkan keterlibatan masyarakat dalam penyusunan RUK dan RPK hanya didapat dari hasil Survey Mawas Diri (SMD) dan Musyawarah Masyarakat Desa program promosi kesehatan saja. Sementara Survey Mawas Diri dari program UKM wajib lainnya belum dilaksanakan.

Dari gambaran diatas diketahui bahwa penyelenggaraan azas Puskesmas yakni azas pertanggungjawaban wilayah belum maksimal diterapkan. Dalam menerapkan azas pertanggungjawaban wilayah salah satu hal yang perlu diperhatikan, yaitu Pertanggungjawaban atas wilayah kerja puskesmas, jadi sebagai tanggung jawab institusi, maka puskesmas bertanggungjawab dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Karena itu setiap penyelenggaraan upaya kesehatan dan kegiatannya, harus berorientasi pada pemenuhan kebutuhan masyarakat akan



pelayanan kesehatan serta mengantisipasi permasalahan kesehatan yang dihadapi.

Rencana disusun melalui pertemuan perencanaan tahunan Puskesmas yang dilaksanakan sesuai dengan siklus perencanaan kabupaten/kota dengan mengikutsertakan BPP serta dikoordinasi dengan camat. Rencana usulan kegiatan harus dilengkapi usulan pembiayaan untuk kebutuhan rutin, sarana, prasarana dan operasional puskesmas. RUK yang disusun merupakan RUK tahun mendatang (H+1). Persetujuan dibahas di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan diajukan ke DPRD untuk memperoleh persetujuan pembiayaan dan dukungan politis. Secara rinci RUK dijabarkan ke dalam rencana pelaksanaan kegiatan (RPK). Setelah mendapat persetujuan, selanjutnya diserahkan ke Puskesmas melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota maka disusun secara rinci rencana pelaksanaan kegiatan dengan menyesuaikan anggaran yang telah turun.

Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) harus memperhatikan berbagai kebijakan berlaku, baik kesepakatan global, nasional, maupun daerah tetapi juga harus sesuai dengan masalah yang ada sebagai hasil dan kajian data dan informasi yang tersedia di puskesmas. Dengan demikian bahwa setiap kegiatan-kegiatan dalam penyelenggaraan upaya puskesmas tidak hanya mengacu pada pedoman atau acuan yang sudah ditetapkan oleh kementerian kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, maupun Dinas

Kesehatan Kabupaten, tetapi puskesmas perlu mempertimbangkan masukan dari masyarakat melalui kajian maupun asupan dari lintas sektor puskesmas. Dalam hal ini harus memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat terutama sasaran program. Olehnya itu kegiatan identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat harus diupayakan sedemikian rupa oleh setiap instansi pemerintah yang berhubungan langsung dengan masyarakat, instansi atau unit kerja yang berada garis depan. Karena itu, setiap unit organisasi pelayanan harus mempunyai suatu manajemen pelayanan tertentu mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan sampai kepada pasca pelayanan. Pada dasarnya setiap instansi pemerintah yang berkaitan erat dengan pelayanan masyarakat selalu mempunyai unit perencanaan yang bertugas memformulasikan kebutuhan rakyat yang harus dipenuhi organisasi pelayanan tersebut. Mekanisme koordinasi perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian program pelayanan masyarakat ditetapkan pemerintah melalui *top-down-bottom-up planning model*. Namun dalam praktiknya, sering terjadi kesalahan identifikasi dan klasifikasi kebutuhan masyarakat oleh unit perencanaan pemerintah. Apa yang dibutuhkan rakyat tidak terpenuhi atau yang disediakan dan dilayani pemerintah berbeda dengan apa yang diinginkan masyarakat.

Semua rencana kegiatan baik tahunan maupun lima tahunan, selain mengacu pada kebijakan pembangunan kabupaten/kota harus juga disusun berdasarkan pada hasil analisis pada situasi saat itu (*evidencebase*) dan prediksi kedepan yang mungkin terjadi. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya puskesmas harus melaksanakan manajemen puskesmas secara efektif dan efisien.

Negara yang diwakili oleh pemerintah mengemban mandat publik untuk memenuhi kebutuhan publik. Prinsip kepuasan masyarakat dalam proses pelayanan jasa publik oleh pemerintah sebagai service provider sangat penting karena hanya dengan memenuhi kebutuhan pelanggan secara memuaskan, keberadaan pemerintah itu diakui dan mendapatkan legitimasi serta kepercayaan dari rakyatnya.

Mekanisme pelayanan harus menjamin terciptanya makna pemerintahan yang responsif, yakni sosok pemerintahan yang sensitif, akomodatif dan antisipatif terhadap kebutuhan, keinginan, aspirasi, kepentingan, cita-cita, harapan, motivasi, tuntutan dan keluhan rakyat serta bertanggung jawab kepada rakyat atas pelaksanaan tugasnya sebagai pengemban mandat kedaulatan rakyat, sebagai abdi Negara dan pelayan masyarakat. Dengan demikian, peran pemerintah sebagai aktor pelayanan diarahkan demi perwujudan suatu sosok pemerintahan yang responsive, akomodatif dan sensitif terhadap kebutuhan rakyatnya.

Menurut Chris Skelcher (2003) menggunakan konsep *need dan demand*, *equality* dan diskriminasi, ekonomi, efisiensi dan efektivitas dan *rationing*. Konsep *needs* (kebutuhan) dibedakan olehnya menjadi empat jenis, yaitu *expressed need*, *felt need*, *normative needs* dan *comparative needs*. Kebutuhan yang diekspresikan (*expressed need*) merupakan indikator dari identifikasi seseorang terhadap kebutuhannya pada pelayanan. Kebutuhan yang dirasakan (*felt need*) merupakan situasi, persepsi dan preferensi seseorang terhadap pelayanan. Kebutuhan normatif lebih merupakan kriteria standard yang dibuat oleh pemerintah terhadap kelas masyarakat tertentu. Kebutuhan normatif ini sedang diidentifikasi di Indonesia dengan penetapan Standard Pelayanan Minimal (SPM) semua sektor. Sedangkan kebutuhan komparatif merupakan kebutuhan yang disusun berdasarkan kriteria objektif dengan membandingkan provisi satu dengan yang lain yang distandarisasi sesuai dengan struktur demografis, profil ekonomi dan variabel - variabel relevan yang lain.

Mengenal kebutuhan dan tuntutan adalah penting dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Seyogyanyalah setiap upaya kesehatan yang dilaksanakan ditujukan untuk pemenuhan kebutuhan dan tuntutan masyarakat. Agar kebutuhan dan tuntutan dapat dipenuhi, tentu diperlukan keterampilan untuk menentukan kebutuhan dan tuntutan itu sendiri.

Osborn & Gabler ( 1995) mengemukakan adanya sejumlah kegiatan pelayanan untuk mengetahui kebutuhan masyarakat yang harus dilayani yakni:

“Survey pelanggan, tindak lanjut pelanggan, survey komunitas, kontak pelanggan, laporan kontak pelanggan, dewan pelanggan, kelompok focus, wawancara pelanggan, surat menyurat, pelatihan pelayanan pelanggan, uji pasar, jaminan mutu, inspektur, pejabat penyelidik keluhan, sistem pelacakan pengaduan, saluran telepon gratis dan kotak atau formulir saran.”

Sedangkan menurut Wirawan (2011). Ada enam teknik pendekatan dalam assessment kebutuhan yaitu :

- a) Mengumpulkan data statistik sekunder yang sudah ada. Menggunakan data statistic dari berbagai lembaga pemerintah dan perusahaan; berbagai sensus; laporan-laporan penelitian: problem-problem yang dikemukakan oleh masyarakat; mas media, para pakar, dan sebagainya. Data statistik tersebut diverifikasi dan dipergunakan untuk menyusun assesmen kebutuhan.
- b) Pendekatan survai. Melakukan survai dengan menggunakan sampel dari pupulasi anggota masyarakat mengenai problem, kondisi yang mereka alami, dan kebutuhan mereka inginkan. Data dikumpulkan melalui kuesioner, wawancara, survai telepon, dan email kuesioner.
- c) Forum masyarakat‘ Pertemuan masyarakat dilakukan di gedung pertemuan umum. Para anggota masyarakay yang hadir didorong untuk mengemukakan pendapatnya secara bebas. Mereka secara terbuka mengemukakan dan mendiskusikan semua kebutuhan masyarakat, dan prioritas kebutuhan yang harus dipenuhi.
- d) Wawancara kelompok fokus (*focus group*). Sekelompok anggota masyarakat yang dipilih berdasarkan keterampilan, pengetahuan, pengalaman, pandangan, dan posisi tertentu mereka. Mereka diwawancarai mengenai masalah, problem atau kebutuhan masyarakat. Untuk memperoleh informasi yang lebih rinci mereka didorong untuk berinteraksi satu sama lain dipimpin oleh fasilitator atau moderator.
- e) Pendekatan informan kunci (*key informant*). Para pemimpin masyarakat, pengambil keputusan, ilmuwan, tokoh lembaga swdaya masyarakat yang mempunyai pengetahuan mengenai apa yang dihadapi dan dibutuhkan oleh masyarakat dikumpulkan di tempat pertemuan. Mereka diwawancarai dan diminta untuk

mengisi kuesioner untuk menjangkau informasi mengenai pendapat dan pengalaman mereka tentang kebutuhan masyarakat dan apa yang harus dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

- f) Analisis (*content analysis*), yaitu menelaah berita, artikel, talkshow, berita disurat kabar, radio dan televise mengenai masalah, kebutuhan, dan solusi untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Umumnya assesmen kebutuhan dapat menggunakan sejumlah teknik tersebut di atas untuk mengumpulkan informasi mengenai kebutuhan tersebut.

Mengenal kebutuhan dan tuntutan adalah penting dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Seyogyanyalah setiap upaya kesehatan yang dilaksanakan ditujukan untuk pemenuhan kebutuhan dan tuntutan masyarakat. Agar kebutuhan dan tuntutan dapat dipenuhi, tentu diperlukan keterampilan untuk menentukan kebutuhan dan tuntutan itu sendiri.

#### **b. Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa pelaksanaan Lokakarya Mini bulanan dan tribulanan pada Puskesmas Madello belum berjalan efektif. Hal ini dapat dilihat dari frekwensi pelaksanaan kegiatan lokakaryamani tidak rutin sesuai semestinya, lokmin bulanan terlaksana hanya 10 kali yang semestinya rutin tiap bulan sedangkan lokmin tribulanan hanya terlaksana dua kali yang semestinya empat kali dalam satu tahun. Selain dari frekwensi pelaksanaan lokakaryamini yang tidak sesuai dengan standar yang semestinya, kegiatan-kegiatan utama pada forum Lokakarya Mini Puskesmas tidak terlaksana secara maksimal. Kegiatan analisis hasil surveilans dan pemantauan wilayah setempat (PWS) hanya fokus pada pelaksanaan upaya kesehatan wajib saja, sementara analisis pelaksanaan upaya kesehatan

pengembangan jarang dilakukan. Sementara kegiatan utama lainnya seperti sosialisasi informasi terkini program kesehatan jarang dilakukan. Sementara itu hasil/luaran dari pada pelaksanaan lokakaryamini tribulanan/lintas sektor yaitu adanya kesepakatan lintas sektor untuk pelaksanaan upaya kesehatan tidak terlaksana dengan baik karena kurangnya lintas sektor terkait yang hadir pada pelaksanaan lokakarya mini tribulanan dan kebanyakan hanya diwakili oleh para staf.

Dari uraian diatas dapat dikatakan bahwa pelaksanaan manajemen Puskesmas yaitu penerapan fungsi pelaksanaan dan penggerakan (P2) upaya kesehatan tidak berjalan dengan baik. Sebagaimana diketahui bahwa penggerakan upaya kesehatan di puskesmas salah satunya bisa dilaksanakan melalui forum lokakarya mini bulanan dan lokakarya mini tribulanan lintas sektor.

Penggerakan pelaksanaan program/kegiatan dapat dilakukan melalui berbagai cara, diantaranya adalah rapat dinas, pengarahan pada saat apel pegawai, pelaksanaan kegiatan dari setiap program sesuai penjadwalan pada Rencana Pelaksanaan Kegiatan bulanan, maupun dilakukan melalui forum yang dibentuk khusus untuk itu. Forum yang dibentuk khusus untuk melakukan penggerakan pelaksanaan program/kegiatan dinamakan forum Lokakarya Mini Puskesmas. Dalam rangka penggerakan dan pelaksanaan program/kegiatan, Kepala puskesmas dapat melakukan pengorganisasian ulang petugas di puskesmas dalam rangka penguatan dan pemantapan organisasi.

Kegiatan-kegiatan utama pada Forum Lokakarya Mini Puskesmas meliputi:

a. Analisis hasil surveilans dan pemantauan wilayah setempat.

Salah satu kegiatan utama dalam lokakarya mini yang terkait dengan manajemen program adalah pembahasan hasil surveilans atau pemantauan wilayah setempat status kesehatan masyarakat di wilayah kerja puskesmas. Dalam forum lokakaryamini, setiap pengelola upaya kesehatan di puskesmas memaparkan hasil surveilans dan pemantauan wilayah setempat untuk didiskusikan bersama lintas lintas pengelola program (pada lakakarya mini bulanan) dan lintas sektor (pada lokakarya mini tribulanan).

Hal-hal yang didiskusikan antara lain;

- a) Hasil pencapaian upaya kesehatan pada bulan sebelumnya
- b) Target pencapaian upaya kesehatan pada bulan berikutnya
- c) Identifikasi masalah dan akar masalah yang menjadi hambatan pada bulan sebelumnya
- d) Alternatif solusi untuk mengatasi tantangan yang ditemui
- e) Dukungan lintas program dan lintas sektor yang diharapkan untuk mencapai target program.
- f) Kegiatan inovasi atau *best practice* yang dilakukan puskesmas atau ditemukan di masyarakat terkait upaya kesehatan.

b. Sosialisasi Informasi Terkini

Forum lokakarya mini puskesmas juga seyogyanya dimanfaatkan untuk sosialisasi dan ajang berbagi informasi terkini



terkait program-program kesehatan masyarakat dan hasil pelaksanaan kegiatan pertemuan teknis atau pelatihan upaya kesehatan.

Luaran Lokakarya Mini Puskesmas:

- a) Pemahaman seluruh jajaran puskesmas dan jaringannya akan kebijakan dan program kesehatan terkini
- b) Kesepakatan lintas program dan/atau lintas sector untuk kesuksesan pelaksanaan upaya kesehatan (*who does what*)
- c) Rencana pelaksanaan kegiatan (*plan of action*) upaya kesehatan untuk bulan berikutnya.

Evaluasi proses meneliti dan menilai apakah intervensi atau layanan program telah dilaksanakan seperti yang direncanakan; apakah target populasi yang direncanakan telah dilayani. Evaluasi ini juga menilai mengenai strategi pelaksanaan program. Evaluasi proses dimulai ketika program mulai dilaksanakan. Faktor-faktor yang dinilai antara lain layanan dari program; pelaksanaan layanan; pemangku kepentingan (*stakeholder*) yang dilayani; sumber-sumber yang dipergunakan, pelaksanaan program dibandingkan dengan yang diharapkan dalam rencana; dan kinerja pelaksanaan program. Diidentifikasi juga dalam evaluasi proses perkembangan pengaruh dari program terhadap pemangku kepentingan program.

Evaluasi proses proses merupakan evaluasi formatif yang berfungsi mengukur kinerja program untuk mengontrol pelaksanaan program. Salah satu cakupannya adalah mengukur

apakah terjadi penyimpangan dalam pelaksanaan program. Jika terjadi penyimpangan dari yang direncanakan, diputuskan apa yang harus dilakukan untuk mengontrol ketimpangan dan mengembalikan pelaksanaan program ke treknya dalam pengertian: kinerja yang diharapkan, penggunaan *man, money, material, machine, dan method* yang dipergunakan untuk melaksanakan program.

Lokakarya mini bulanan bertujuan untuk menilai sampai seberapa jauh pencapaian dan hambatan-hambatan yang dijumpai oleh para pelaksana program/kegiatan pada bulan atau periode yang lalu sekaligus pemantauan terhadap pelaksanaan rencana kegiatan Puskesmas yang akan datang; sehingga dapat dibuat perencanaan ulang yang lebih baik dan sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai. Disamping itu, kita ketahui bersama bahwa keberhasilan pelaksanaan kegiatan Puskesmas memerlukan keterpaduan baik lintas program maupun lintas sektor. Lokakarya mini bulanan dilaksanakan pada setiap awal bulan. Keterpaduan lintas program adalah keterpaduan internal Puskesmas yang bertujuan agar seluruh petugas mempunyai rasa memiliki dan motivasi yang tinggi dalam melaksanakan seluruh kegiatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas secara terintegrasi. Seluruh komponen puskesmas harus memiliki kesadaran bahwa puskesmas merupakan satu sistem dan mereka adalah subsistemnya. Pengorganisasian internal Puskesmas sekaligus pemantauan

kegiatan dilaksanakan melalui Lokakarya mini Bulanan Puskesmas yang menghasilkan perencanaan ulang.

Di era akreditasi Puskesmas saat ini, peran lokakarya mini lintas sektor Puskesmas menjadi penting. Wadah ini menjadi sumber penting perencanaan dan penjaringan umpan balik pada Rencana Usulan maupun Rencana Pelaksanaan Kegiatan Puskesmas.

#### **b. Pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas**

Pengukuran kinerja atau hasil karya merupakan alat manajemen untuk menilai keberhasilan maupun kegagalan pelaksanaan strategi untuk mencapai tujuan dan sasaran organisasi yang bersangkutan. Pengukuran kinerja selalu perlu diperhitungkan kembali dengan visi dan misi organisasi serta tujuan dan sasaran organisasi.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa pelaksanaan Manajemen Puskesmas dari penerapan fungsi pengawasan dan pertanggungjawaban tidak terlaksana secara efektif. Hal ini dapat diketahui bahwa pelaporan penilaian kinerja tahun 2016 ini tidak dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Barru ataupun kepada pihak-pihak yang terkait lainnya. Selain itu penilaian kinerja dilakukan hanya dalam rangka untuk menyusun perencanaan tahun berikutnya bukan dalam rangka sebagai mekanisme pertanggungjawaban kepada pimpinan maupun kepada publik. Salah satu penyebab mekanisme pertanggungjawaban kepada publik atau masyarakat tidak berjalan karena selama ini tidak ada forum yang bermitra dengan puskesmas

sebagai bentuk keterwakilan masyarakat misalnya Badan Penyantun Puskesmas (BPP).

Menurut Depkes RI (2009) Fungsi Manajemen Puskesmas dalam hal ini pertanggungjawaban mekanismenya dilakukan dimana pada setiap akhir tahun anggaran, Kepala Puskesmas harus membuat laporan pertanggungjawaban tahunan yang mencakup pelaksanaan kegiatan, serta perolehan dan penggunaan berbagai sumberdaya termasuk keuangan. Laporan tersebut disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta pihak-pihak terkait, termasuk masyarakat melalui Badan Penyantun Puskesmas. Apabila terjadi penggantian Kepala Puskesmas, maka Kepala Puskesmas diwajibkan membuat laporan pertanggungjawaban masa jabatannya.

Akuntabilitas merupakan bentuk tanggung jawab pengelola Puskesmas dalam melaksanakan upaya puskesmas sesuai dengan rencana yang disusun. Akuntabilitas ditunjukkan dalam pencapaian kinerja dengan menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan. Pengelola Puskesmas mempunyai kewajiban untuk mempertanggungjawabkan pencapaian kinerja upaya Puskesmas.

Dalam era demokrasi dan perkembangan masyarakat yang lebih cerdas dan tanggap, tuntutan atas pelaksanaan tugas yang transparan dan dapat dipertanggung-gugatkan (*akuntabel*) terus meningkat. Oleh karenanya kegiatan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, harus dilaksanakan secara transparan, dapat dipertanggungjawabkan dan dipertanggung-gugatkan kepada

publik. Pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP) atau yang sejenis dapat menjadi mitra puskesmas dalam rangka pertanggungjawabkan dan pertanggunggugatan penyelenggara upaya kesehatan puskesmas kepada publik.

Adanya SPM dapat membantu penilaian kinerja atau LKP Kepala daerah secara lebih akurat dan terukur sehingga mengurangi terjadinya money politiks dan kesewenang-wenangan dalam menilai kinerja Pemda. Adanya SPM akan memperjelas tugas pokok di daerah erah dan akan merangsang terjadinya "*check and balance*" yang efektif antara eksekutif dan legislatif SPM dapat menjadi alat untuk meningkatkan akuntabilitas pemerintah daerah terhadap masyarakat. Masyarakat dapat mengukur sejauhmana pemerintah daerah dapat memenuhi kewajibannya untuk menyediakan pelayanan publik.

Dalam perkembangan ilmu administrasi publik, hubungan antar pejabat Negara dan warga Negara mulai dikenal konsep akuntabilitas (*accountability*). Hak publik atas informasi pelayanan publik merupakan ide pokok akuntabilitas organisasi atau birokrasi publik kepada publik. Secara tradisional konsep ini merupakan konsep yang lama. Secara tradisional, konsep akuntabilitas hanya dikenal sebagai akuntabilitas linier, artinya pertanggungjawaban birokrat kepada atasannya langsung. SPM dapat dijadikan alat ukur bagi kepala daerah untuk melakukan pengawasan internal untuk mengukur tingkat kinerja birokrasi daerah.

Dalam era demokrasi dan perkembangan masyarakat yang lebih cerdas dan tanggap, tuntutan atas pelaksanaan tugas yang transparan dan dapat dipertanggung-gugat (akuntabel) terus meningkat. Oleh karenanya kegiatan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan, harus dilaksanakan secara transparan, dapat dipertanggungjawabkan dan dipertanggungjawabkan kepada publik. Pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP) atau yang sejenis dapat menjadi mitra puskesmas dalam rangka pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan penyelenggaraan upaya kesehatan puskesmas kepada publik.

## **BAB V**

### **P E N U T U P**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kinerja Puskesmas Madello Kecamatan Balusu Kabupaten Barru yang diuraikan sebelumnya, maka disimpulkan sebagai berikut;

1. Kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru dilihat dari komponen pelaksanaan pelayanan kesehatan: Promosi kesehatan, KesehatanLingkungan, KesehatanIbu, Anak danKeluargaBerencana, gizi dan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit kurang baik, karena kurangnya keterpaduan lintas program, lintas sektor,rendahnya partisipasi masyarakat, kurangnya bimbingan dan pembinaan, keterbatasan sumberdaya seperti kendaraan operasional, anggaran, penempatan sumber daya manusia yangtidaksesuai dengan kompetensi, penggunaan angka proyeksi dan kepemimpinan yang tidakefektif. Sedangkan pelaksanaan pelayanan rawat jalan dan rawat inap sudah baik.
2. Kinerja Puskesmas Madello Kabupaten Barru dilihat dari komponen pelaksanaan manajemenPuskesmas kurang baik. Hal ini terlihat pada perencanaan mekanisme penyusunan Rencana Usulan Kegiatan dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan tidak mengikut isiklus manajemen yang berkualitas dimana tidak sesuai dengan waktu dan kebutuhan masyarakat karena karena kegiatan identifikasi kebutuhan masyarakat sangat kurang. Kegiatan

Lokakaryamini tidak terlaksana sesuai dengan frekuensi dan waktu baik bulanan (lintas program) maupun tribulanan (lintas sekor), serta partisipasi lintas sektor yang kurang. Ini berarti bahwa kegiatan pelaksanaan dan penggerakan upaya pelayanan kesehatan tidak berjalan maksimal, dan kurang menghasilkan rencana kegiatan yang kolaboratif dengan lintas program dan lintas sektor. Penilaian kinerja tidak dilaksanakan dengan konsisten sehingga mekanisme pengawasan dan pertanggungjawaban tidak terlaksana.

## **B. Saran – Saran**

Berdasarkan pada kesimpulan penelitian ini, maka peneliti menyarankan sebagai berikut :

1. Untuk meningkatkan kinerja pelaksanaan pelayanan kesehatan Puskesmas Madello harus menerapkan keterpaduan dan kesinambungan, kemandirian masyarakat, pemberdayaan masyarakat, menyusun target secara realistis dan melaksanakan tata kerja dengan membentuk forum yang berperan sebagai mitra puskesmas. Dinas kesehatan Kabupaten Barru untuk meningkatkan bimbingan dan pembinaan menambah anggaran dan kendaraan operasional serta menempatkan tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi.
2. Untuk meningkatkan kinerja manajemen Puskesmas, Puskemas Madello harus membuat perencanaan dengan menyusun RUK dan RPK sesuai waktu dan kebutuhan masyarakat. Melaksanakan Lokakarya Mini Puskesmas sesuai waktu dan frekuensi serta harus



melibatkan lebih banyak lintas sektor. Melaksanakan penilaian kinerja secara konsisten baik secara internal maupun eksternal dalam rangka akuntabilitas. Dinas Kesehatan Kabupaten Barru untuk melakukan peningkatan kapasitas puskesmas dengan melakukan pelatihan-pelatihan manajemen puskesmas.

## DAFTAR PUSTAKA

### A. Buku

Arif, Syaiful (Penyunting), 2010, **Reformasi Pelayanan Publik**, Malang, Averroes

Aswar, A, (1996), **Pengantar Administrasi Kesehatan**, Jakarta, Binarupa Aksara.

Bungin, Burhan, (2003), **Analisis Data Penelitian Kualitatif**. Jakarta, Raja Grafindo Persada

Danim, Sudarman, (2004), **Motivasi Kepemimpinan dan Efektivitas Kelompok**, Jakarta, Rineka Cipta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (2006), **Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas**, Jakarta, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (2009), **Modul Pelatihan Manajemen Puskesmas**, Makassar, Dinkes Sulawesi Selatan

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (2014), **Pedoman Pendampingan Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**, Jakarta, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar

Dessler, Gary, (2003), **Manajemen Sumber Daya**, *Edisi kesepuluh jilid 1*. Terjemahan Paramita Rahayu. Klaten : IntanSejati

Dharma, Surya, (2005), **Manajemen Kinerja**, Jakarta, Pustaka Pelajar

Dunn, William N. (2003), **Pengantar Analisis Kebijakan Publik**. Terjemahan Samodra Wibawa, dkk. Yogyakarta: Gajah Mada University Press

Effendi F. (2009), **Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktek dalam Keperawatan**. Jakarta, Salemba Medika

Fahmi, Irham, (2010), **Manajemen Kinerja Teori dan Aplikasi**, Bandung, Alfabeta

- Gaspers, Vincent, (2004), **Perencanaan Strategik Untuk Peningkatan Kinerja Sektor Publik**, Jakarta, PT GramediaPustakaUtama
- Gomes, Faustino Cardoso, (2001), **Manajemen Sumber Daya Manusia**. Yogyakarta, Andi Offset
- Hasibuan, Melayu.P, (2003), **Manajemen Sumber Daya Manusia**, Jakarta: PT.Bumi Aksara.
- Karyoto, (2016), **Dasar-Dasar Manajemen, Teori, Definisi dan Konsep**, Yogyakarta, CV. Andi Offset
- Kementerian Kesehatan RI, (2016), **Buku Pedoman Umum Program Indonesia Sehat**, Jakarta, Kementerian Kesehatan RI
- Mangkunegara Anwar PrabuA.A, (2007), **Manajemen Sumber Daya Manusia**, Bandung, Remaja Rosdakarya
- Mangkuprawiradan A.V. Hubeis, (2007), **Manajemen Mutu Sumber Daya Manusia**, Bogor, Ghalia Indonesia.
- Mahsun, Mohamad, (2012), **Pengukuran Kinerja Sektor Publik**, Yogyakarta, BPFE
- Moeheriono, (2009), **Pengukuran Kinerja Berbasis Kompetensi**, Bandung: Ghalia Indonesia
- Muninjaya, A.A. Gede, (2011), **Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan**, Jakarta, EGC.
- Nasucha, Chaizi , (2004), **ReformasiPelayanan Publik**, Jakarta, PT. Grasindo
- Napitupulu, Paimin, (2007), **Pelayanan Publik dan Customer Satisfaction**, Bandung, Alumni
- Ndraha, Taliziduhu (1989), **Konsep Administrasi dan Administrasi di Indonesia**. Jakarta, Bina Aksara
- Nurmandi, Achmad, (2010), **Manajemen Pelayanan Publik**, Yogyakarta, PT. Sinergi Visi Utama
- Pasolong, Harbani, (2007), **Teori Administrasi Publik**. Bandung Alfabeta

- Prawirosentono, Suyadi, (1999), **Kebijakan Kinerja Karyawan**, Yogyakarta, BPFE
- Robbins. P, Stephen (2002), **Prinsip-prinsip Perilaku Organisasi**, Jakarta, Erlangga
- (2003), **Teori Organisasi Struktur, Desain & Aplikasi**, Jakarta, Arcan
- RukyAchmad S. (2004), **Sistem Manajemen Kinerja**, Jakarta, PT. Gramedia Pustaka Utama
- Sedarmayanti, (2007),**Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja**, Bandung, MandarMaju.
- Simanjuntak, Payaman J, (2005), **Manajemen dan Evaluasi Kinerja**, Jakarta: FE UI.
- Sinambela, IijanPoltak, dkk, (2006), **Reformasi Pelayanan Publik**, Jakarta, PT. BumiAksara
- Sjafri Mangkuprawira, (2007), **Manajemen Mutu Sumber Daya, Manusia**.Bogor, Ghalia Indonesia
- Sondakh, (2013), **Mutu Pelayanan Kesehatan Dan Kebidanan**, Jakarta, Salemba Medika
- Suharto, Edi, (2005), **Analisis Kebijakan Publik : Panduan Praktis Mengkaji Masalah dan Kebijakan Sosial**, Bandung, Alfabeta
- Sulistiyani Ambar Teguh, (2003), **Manajemen Sumber Daya Manusia**, Yogyakarta, Graha Ilmu
- Suranto,A.W. (2005), **Komunikasi Perkantoran; Prinsip Komunikasi untuk Meningkatkan Kinerja Perkantoran**, Cetakan I. Yogyakarta, Media Wacana
- Suratman, (2014), **Komplik dan Efektivitas Organisasi**, Yogyakarta, Capiya Publishing
- Tjiptono, Fandidan Gregorius Candra, (2005), **Service, Quality, and Satisfaction**, Yogyakarta, Andi.
- Trihono, (2005), **Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat**, Jakarta, Sagung Seto

Wibowo, (2008), **Manajemen Kinerja**, Jakarta : PT. Raja Grafindon Persada

Wijayanri, Irene DianaSari, (2008), **Manajemen**, Jogjakarta : Mitra Cendekia Press

Wijayanto, Dian, (2012), **Pengantar Manajemen**, Jakarta, Gramedia

Wirawan, (2011), **Evaluasi Teori, Model, Standar, Aplikasi, Dan Profesi**, Jakarta, Raja Grafindo Indonesia

....., 2012; **Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia, Teori Aplikasi dan Penelitian**, Jakarta, Salemba Empat

Yusuf, Farida. (2000), **Evaluasi Program**, Jakarta: Rineka Cipta

## **B. Peraturan-Peraturan :**

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas

Kementerian Kesehatan RI, 2009, Sistem Kesehatan Nasional

Kebijakan Menteri Kesehatan No 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas

## **Dokumen lain :**

Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Barru Tahun 2014 - 2016

Laporan Tahunan Seksi KIA dan Gizi Tahun 2016

Laporan Tahunan Seksi P2P Tahun 2016

Laporan Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten  
Barru Tahun 2014-2016

Laporan Kunjungan Rawat Inap Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten  
Barru Tahun 2014-2016

Profil Kecamatan Balusu Tahun 2016

Profil Puskesmas Madello Tahun 2016

Lapaoran SP2TP Puskesmas Madello Tahun 2016

## Lampiran 1

### 1. Data Informan

Umur : ..... Tahun  
Jenis Kelamin : L/P  
Pendidikan Terakhir : SD/SLTP/SLTA/Dipl./S1/S2/S3  
Pekerjaan/Jabatan : .....  
Masa Kerja : .....

### Daftar Wawancara Informan

No	Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan
1	Menurut Bapak/Ibu, Apakah kegiatan-kegiatan yang rencanakan terlaksana sesuai jadwal/rencana?
2	Menurut Bapak/Ibu, Apakah pencapaian pelayanan kesehatan tercapai sesuai dengan target? YA/ TIDAK
3	Menurut Bapak/Ibu, Faktor-faktor apakah yang mempengaruhi sehingga pencapaian program tercapai sesuai dengan target?
4	Menurut Bapak/Ibu, Faktor-faktor apakah yang mempengaruhi sehingga menyebabkan banyak target-target yang tidak tercapai?
5	Menurut Bapak/Ibu, Langkah-langkah apa yang harus diambil supaya kedepan target program dapat tercapai?
	<b>Pelaksanaan Manajemen Puskesmas</b>
1	Menurut Bapak/Ibu, Bagaimanakah proses penyusunan RUK dan RPK di Puskesmas Madello
2	Menurut Bapak/Ibu, Apakah penyusunan RUK dan RPK terlaksana sesuai jadwal?
3	Menurut Bapak/Ibu, Hal-hal mempengaruhi proses penyusunan RUK dan RPK Puskesmas?
4	Menurut Bapak/Ibu, Apakah pelaksanaan lokakarya mini bulanan dan tribulan berjalan/terlaksana secara rutin?
5	Menurut Bapak/Ibu, Faktor-faktor apakah yang mempengaruhi sehingga pelaksanaan loka karya mini/penggalangan komitmen berjalan dengan baik?
6	Menurut Bapak/Ibu, Langkah-langkah apa yang harus dilakukan supaya kedepan pelaksanaan lokakarya mini/penggalangan komitmen berjalan

	dengan baik?
7	Menurut Bapak/Ibu, Bagaimana mekanisme pelaksanaan penilaian kinerja puskesmas dilakukan?
8	Menurut Bapak/Ibu, Bagaimana pemanfaatan data dan informasi penilaian kinerja puskesmas Madello?
9	Menurut Bapak/Ibu, Hal-hal apa saja yang perlu dilakukan supaya kegiatan penilaian kinerja puskesmas terlaksana dengan baik?



Lampiran 2

**MATRIKS HASILWAWANCARA**

Fokus	Studi Fokus	Sumber dan Waktu	Pertanyaan	Jawaban Informan
<b>Aspek Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Promosi Kesehatan</b>	Pengelola pelayanan promosi kesehatan: Hj. Suarni SKM  Waktu : 8 Juni 2017	Faktor- faktor yang menyebabkan capaian indikator program promosi kesehatan tidak mencapai target?	Partisipasi teman-teman program yang lain juga bisa membantu dalam kegiatan promkes jangan cuma tenaga promkes juga yang diterjunkan untuk kegiatan penyuluhan dan pendampingan. Selama ini promkes saja yang terlibat maunya kan eeeh program lain juga harus dilibatkan, selama ini penyuluhan sendiri-sendiri macam kegiatan di posyandu itu peningkatan D/S selama inikan cuma promkes yang terlibat langsung dalam pembinaan kadernya (Sistim Informasi Posyandu), maunya ada keterlibatan tenaga gizi, KIA selama ini cuma promkes saja. Selain itu saya rasa karena faktor kekurangan tenaga kemudian sarana alat transportasi, dana juga dana BOK tahun 2016 serasa tidak cukup kalau 2017 ini sudah ada peningkatan. Bisa juga karena faktor ada daerah pegunungan, tenaga kita kan tenaga perempuan
		Kepala Puskesmas Madello, Muhiddin, S, Sos  Waktu : 21 Juni 2017	Bagaimana dengan dukungan fasilitas kedaraan untuk promosi kesehatan?	Kalau masalah motornya, saya kira cuma petugas TB Paru/Kusta, lansia yang belum punya motor petugas Promkes juga tapi dijanji ini tahun (2017)

		<p>Pengelola pelayanan promosi kesehatan: Hj. Suarni SKM</p> <p>Waktu : 8 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana tanggapan ibu tentang perilaku hidup sehat masyarakat di lingkup Desa Madello?</p>	<p>Memang sulit masyarakat berubah perilakunya sekejap itu, butuh proses karena perubahan perilaku itu tidak spontan, tapi lama prosesnya bu</p>
		<p>Pengelola pelayanan promosi kesehatan: Hj. Suarni SKM</p> <p>Waktu : 8 Juni 2017</p>	<p>Selain faktor- faktor penyebab tersebut, apa lagi kendala sehingga capaian indikator program promosi kesehatan tidak mencapai target?</p>	<p>Memang masalah merokok ini masalah yang cukup serius, sulit diubah karena sudah menjadi kebiasaan dari dulu, mereka tidak sadar bahaya merokok ke keluarga mereka....biasa ada masyarakat marah kalau dilarang merokok, karena mereka katanya merasa ada manfaatnya misalnya kuat berpikir, konsentrasi, kuat kerja katanya. saya juga sebagai petugas tidak bisa mendatangi semua sasaran apalagi tidak ada kendaraan khusus, apalagi saya wanita kasian</p>
	<b>Kesehatan Lingkungan</b>	<p>Pengelola Pelayanan Kesehatan Lingkungan Suryani Jamaluddin SKM,</p> <p>Waktu : 14 Juni 2017</p>	<p>Apakah Pelaksanaan Program-Program Kesehatan Lingkungan di Puskesmas Madello sudah dilaksanakan?</p>	<p>Kalau terlaksananya, semua kegiatan terlaksana tapi kalau berbicara soal sesuai jadwal, ada yang terlaksana sesuai jadwal ada juga yang tidak</p>
		<p>Pengelola Pelayanan Kesehatan Lingkungan Suryani Jamaluddin SKM,</p> <p>Waktu : 14 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana dengan TPM (Tempat Pengelolah Makanan) tidak mencapai tercapai?</p>	<p>Sementara tidak mencapai target, desa tidak ikut andil dalam kegiatan itu kalau masalah TPM (Tempat Pengelolah Makanan) tidak mencapai target karena memang yang pengelola rumah makan tidak mau, tidak menyadari pentingnya kesehatan untuk konsumen tidak berusaha sudah diberi teguran tetap saja seperti itu kondisinya</p>

		<p>Pengelola Pelayanan Kesehatan Lingkungan Suryani Jamaluddin SKM,</p> <p>Waktu : 14 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana dengan pencapaian jamban keluarga di wilayah kerja Puskemas Madello?</p>	<p>Pencapaian jaga (jamban keluarga) salah satu desa dapat tercapai target karena memang partisipasinya atau keikutsertaannya pemerintah desa itu tinggi sehingga kerjasama antar orang di desa dan pemegang program saling terkait sehingga berjalan lancar itu kegiatan program.</p>
<p><b>Kesehatan Ibu dan Anak Serta KB</b></p>	<p>Pengelola Program KIA Puskemas MadelloBidan Satria,</p> <p>Waktu :9 Juni 2017</p>	<p>Bagimana pencapaian target program KIA tahun lalu 2016 di Puskesmas Madello?</p>	<p>Kalau pencapaian target program KIA tahun lalu 2016 itu eh kurang tidak semua sampai 100%, tapi K1 itu capaiannya 98% artinya tinggal sedikit, kalau yang resti tercapai kan dia 15% dari keseluruhan</p>	
	<p>Pengelola Program KIA Puskemas MadelloBidanSatria,</p> <p>Waktu :9 Juni 2017</p>	<p>Apakah semua progrm KIA berjalan sesuai dengan jadwalnya?</p>	<p>Semua sebenarnya, eeh terlaksana cuma tidak sesuai jadwal karena dana yang turun tidak sesuai dengan jadwal jadi pelaksanaan kegiatan mundur juga.Kalau pelaksanaan posyandu tetap berjalan sesuai jadwal tapi kalau misalnya yang contohnya KIA misalnya eeeh anu kelas ibu hamil tidak sesuai jadwal itu karena kita tidak bisa laksanakan kalau tidak ada biaya</p>	
	<p>Pengelola Program KIA Puskemas MadelloBidanSatria,</p> <p>Waktu :9 Juni 2017</p>	<p>Apa faktor yang mempengaruhi sehingga menyebabkan program KIA tidak tercapai?</p>	<p>Yang mempengaruhi sebenarnya faktor itu faktor proyeksi. Jadi kita ndak bisa karena terlalu tinggi proyeksinya jadi otomatis kalau K1nya tidak tercapai maka lainnya juga tidak tercapai., semestinya data riil yang dipakai sekarang tapi ini sudah peraturan jadi ini yang dipakai, juga dipengaruhi oleh petugas yang tidak melakukan jemput bola jadi bisa saja ada sasaran yang lolos.</p>	

		<p>Pengelola Program KIA Puskemas MadelloBidanSatria, Waktu :14 Juni 2017</p>	<p>Selain faktor sebelumnya, apakah masih ada penyebab lainnya sehingga program KIA dan KB tidak tercapai?</p>	<p>Penyebab lainnya sehingga K1 tidak mencapai target juga karena adanya K1 akses. Maksudnya begini kadang ada ibu hamil yang masih malu datang ke puskesmas bila kehamilan masih muda nanti pada usia kehamilan 4 bulan ke atas baru ke Puskesmas jadi otomatis juga K1 tidak dapat</p>
	<b>Pelayanan Gizi</b>	<p>Pengelola Pelayanan Gizi Asriani, AMG, Waktu :14 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana pencapaian target program pelayanan gizi di Puskesmas Madello?</p>	<p>Tercapai semua itu D/S yang belum mencapai target. Yang mencapai target Vitamin A, monitoring garam beryodium. Vitamin A tercapai karena kerjasama dengan kader dan ada juga sweepingnya, meskipun ada yang belum juga.</p>
		<p>Pengelola Pelayanan Gizi Asriani, AMG, Waktu :14 Juni 2017</p>	<p>Apakah semua program pelayanan gizi berjalan sesuai dengan jadwalnya?</p>	<p>Iya, terlaksana semua jika sesuai dengan jadwal yang telah dibuat.</p>
		<p>Pengelola Pelayanan Gizi Asriani, AMG, Waktu :14 Juni 2017</p>	<p>Apa faktor yang mempengaruhi program pelayanan gizi di Puskesmas Madello?</p>	<p>Itu jika partisipasi ibu-ibu yang kurang ke posyandu begitu pula kerja sama dengan lintas sektor. Biasanya kalau lengkap imunisasinya malasmi bawa anaknya ke posyandu. Biasanya juga ada swipping, kita ke rumahnya tapi itu mukulihat kalau sudah malasmi begitu tambah malasmi pergi karena bilang malasmi na datangmi rumah ta, jadi tambah malasmi. Ada kegiatan inovasi dilakukan berupa arisan balita tetapi kalau sudah naik arisannya tidak datangmi lagi</p>

		<p>Kepala Puskesmas Madello, Muhiddin, S, Sos</p> <p>Waktu : 24 Juni 2017</p>	<p>Apa saja upaya Puskesmas Madello untuk meningkatkan pelayanan gizi masyarakat?</p>	<p>Yang paling saya lihat dari gizi kunjungan balitanya. Kita sebenarnya sudah berusaha bagaimana caranya pencapaian itu bisa mencapai target tapi kendalanya juga dari masyarakat yang kurang menyadari pentingnya anak balitanya ditimbang, ada juga kemungkinan dari petugas kurang memberikan informasi-informasi mengenai apa itu gunanya kita timbang anaknya. Yang kedua saya lihat PKK kurang berpartisipasi itu walaupun kita sudah menyampaikan pada pemerintah setempat</p>
		<p>Kepala Puskesmas Madello, Muhiddin, S, Sos</p> <p>Waktu : 24 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana tanggapan Bapak mengenai penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas Madello dengan partisipasi lintas sektoral?</p>	<p>Artinya kerjasama dengan lintas sektor jalan tapi kayaknya belum maksimal, kelihatannya cuma kami kesehatan yang jalan betul nah kalau cuma kita yang jalan tanpa adanya dukungan dari pemerintah saya kira kurang maksimal juga. Jadi memang harus ada kerjasamanya dengan pemerintah</p>
	<p><b>Pelayanan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit</b></p>	<p>Pengelola Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit :Muhammad Rais,SKM, Waktu : 20 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Puskesmas Madello?</p>	<p>Target ada yang tercapai ada juga yang tidak, yang tercapai PMO, dan yang tidak tercapai penemuan suspek kadang tidak sesuai dengan jumlah suspek yang ditemukan dengan target yang harus didapat, sehingga belum tuntas.</p>

		<p>Pengelola Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit :Muhammad Rais,SKM</p> <p>Waktu : 20 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana peran dan partisipasi lintas sektoral pada Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Puskesmas Madello?</p>	<p>Peran lintas sektor saya rasa kurang minimal aparat-aparat desa diluar sana membantu, jangan petugas puskesmas pi yang dapatki karena kerjanya memang begitu jarang sekali ditemukan oleh masyarakat yang lebih condong petugasnya. Tapi terkadang memang kami melakukan sosialisasi dalam artian kami mengundang kader-kader kesehatan posyandu, dari mulut ke mulutlah yang kami harapkan ada informasi minimal yang ditekankan pada kader bila menemukan ada batuk selama 2 minggu segera melaporkan ke petugas nanti petugas yang datang tetapi ini kurang sekali didapatkan laporan dari kader</p>
		<p>Pengelola Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit : Muhammad Rais,SKM</p> <p>Waktu : 20 Juni 2017</p>	<p>Apa faktor yang mempengaruhi Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Puskesmas Madello?</p>	<p>Saya rasa lebih condong ke faktor geografis karena di maklumi juga untuk penduduk atau warga yang berada di pegunungan sana yang jauh aksesnya dari sini terkendalanya disitu, karena kita tahu pemeriksaan BTA paling lambat misalnya dalam pemeriksaan follow up keduanya itu harus seminggu kendalanya yang jarak tempuh kecamatan ke puskesmas yang susah. Seandainya misalnya setiap pelayanan kesehatan pustu dan polindes bisa melakukan pembacaan BTA serasa saya tidak ada masalah yang menjadi masalah haruspi petugas analisis yang melaksanakan sementara petugas analisis di tempat kita hanya sendiri. Dana saya juga rasanya kurang untuk penambahan tenaga dan penambahan biaya operasional untuk daerah-daerah yang jauh seperti itu tadi.</p>

		<p>Kepala Puskesmas Madello, Muhiddin, S, Sos</p> <p>Waktu : 24 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana tanggapan Bapak mengenai dukungan kerjasama antar lintas program dan lintas sektor pada pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Puskesmas Madello?</p>	<p>Saya rasa memang perlu kerjasama dengan lintas sektor terutama juga dengan lintas program. Pengelolah/teman-teman pengelolah program lain perlu membantu saya petugas TB nya artinya jangan semata-mata hanya programnya yang dibawakan misalnya promkes jangan promkes yang dibahas. Kalau menurut hemat saya bagusya mungkin perlu untuk pelatihan tiap tenaga kesehatan di desa bukan hanya petugas TB tetapi yang dilatih termasuk juga bidan, Pustu minimal memfiksasi artinya memudahkan sputum difiksasi. Bagaimana cara dilatih difiksasi di tempat mereka nanti dikumpul sekali seminggu baru dibawa ke puskesmas untuk dilakukan pewarnaan dan pembacaan</p>
	<p><b>Pelayanan Rawat Jalan dan Inap</b></p>	<p>Pengelolah Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap : dr. Amis Rifai</p> <p>Waktu :21 Juni 2017)</p>	<p>Bagaimana tanggapan dokter mengenai menurunnya kunjungan pelayanan rawat inap di Puskesmas Madello?</p>	<p>Oh begitukah, mungkin itu hari karena berceraai berai mungkin bisa jadi karena kita rehab gedung tapi kalau pasien perasaan saya samaji dari hari ke hari, walaupun mungkin terjadi penurunan jumlah. Kalau pencapaian target saya kurang tahu, tapi kalau kunjungan. Keadaan pasien saya rasa samaji dari hari ke hari. Saya lihat masyarakat kita juga tidak perlu hal-hal pemeriksaan yang bagaimana-bagaimana cukup dengan begitu yang penting kita periksa dengan baik pada intinya mereka datang mau sembuh apapun yang kita lakukan jadinya kita harus pintar-pintar</p>

		<p>Pengelola Pelayanan Rawat Jalan dan rawat inap :dr. Amis Rifai</p> <p>Waktu : 21 Juni 2017</p>	<p>Apa faktor penyebab persediaan obat di Puskesmas tidak terpenuhi?</p>	<p>Menurut saya hubungan antar itu seperti antara Apotik dengan Poliklinik, terus apotik sendiri dengan induknya di gudang farmasi. Kalau misalnya obat A dengan jumlah besaran sekian biasa mungkin tidak terpenuhi atau lain yang diampra lain yang datang</p>
<p><b>Aspek Pelaksanaan Manajemen Puskesmas</b></p>	<p><b>Penyusunan RUK dan RPK</b></p>	<p>Pengelola Manajemen Puskesmas : Mansur, SKM</p> <p>Waktu : 22 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana pelaksanaan penyusunan RUK dan RPK di Puskesmas Madello?</p>	<p>Penyusunan RUK dan RPK biasanya molor seperti tahun lalu, itukan semestinya RPK itu diselesaikan ditahun sebelumnya dengan RUK tapi karena ini kemarin lambat sampai biasa bulan tiga. RUK tahun lalu itu 2016 dibuat di januari 2016 sementara di 2017 ini RUKnya baru Januari kita buat</p>
		<p>Pengelola Manajemen Puskesmas : Mansur, SKM</p> <p>Waktu : 22 Juni 2017</p>	<p>Apa faktor penyebab sehingga pelaksanaan penyusunan RUK dan RPK di Puskesmas Madello tidak konsisten/terlambat?</p>	<p>Salah satu kendalanya itu karena biasa juga memang ada tim yang terlambat nerikan masuk data analisisnya. RUK tahun lalu itu 2016 dibuat di januari 2016 sementara di 2017 ini RUK nya baru januari kita buat.</p>
		<p>Pengelola Manajemen Puskesmas : Mansur, SKM</p> <p>Waktu : 22 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana mekanisme dan tahapan penyusunan RUK dan RPK di Puskesmas Madello?</p>	<p>Mengenai tahap penyusunannya samaji seperti tahun-tahun sebelumnya di mulai dengan pengumpulan data, mengolah data, setelah diolah dianalisis, setelah dianalisis dibuatkanmi prioritas masalah, setelah ada prioritas masalah dibuatkanmi rencana tindak lanjut, setelah ada RTL itulah dirapatkan kembali sama teman-teman bahwa inilah yang akan kita laksanakan</p>



		<p>Pengelola Manajemen Puskesmas : Mansur, SKM</p> <p>Waktu : 22 Juni 2017</p>	<p>Apa saja faktor penghambat penyusunan RUK dan RPK di Puskesmas Madello?</p>	<p>Salah satu kendalanya itu karena biasa juga memang ada teman yang terlambat kasi masuk data dan analisisnya. Begitupun biasanya saya lihat juga terutama tim dulu karena kadang biasa yang kemarin kita salah mempersepsikan bahwa data dalam menyusun RUK 2016, data yang kita olah data tahun 2015 semestinya itu data 2014 memang yang kita olah supaya tidak terlambat. Jadi hal itu yang mempengaruhi kenapa molor, karena data 2015 yang diolah sehingga nanti di januari masuk semua data. Seandainya data 2014 diolah pasti tidak molor</p>
		<p>Pengelola Manajemen Puskesmas : Mansur, SKM</p> <p>Waktu : 22 Juni 2017</p>	<p>Apa saja faktor penyebab penyusunan RUK dan RPK di Puskesmas Madello sehingga molor?</p>	<p>Biasanya karena rata-rata kita susun RUK dan RPK adalah dana BOK jadi biasanya nanti kita menunggu informasi dari dinas. Kadang juga biasanya dinas itu nanti bulan januari baru ada informasi bahwa silahkan menyusun POA nya berarti pada saat itulah kita susun, artinya kita menunggu, menunggu, menunggu dari dinas.</p>
	<p><b>Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas</b></p>	<p>Pengelola Manajemen Puskesmas : Mansur, SKM</p> <p>Waktu : 24 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana pelaksanaan Lokarya Mini Puskesmas Di Puskemas Madello?</p>	<p>Kalau Lokarya Mini Puskesmas yaa.... selama ini setiap bulan tapi kadang juga lambat tapi tidak semuanya. Itu biasanya disebabkan karena ada faktor ada kegiatan kepala puskesmas di luar yang bertepatan sehingga diundur eeeeh hanya terlaksana 10 bulan karena yang 2 bulan biasanya dipakai pra lintas sector</p>

		<p>Pengelola Manajemen Puskesmas : Mansur, SKM</p> <p>Waktu : 24 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana pula pelaksanaan Lokakarya Mini Tribunal atau Loka Karya Mini lintas sektor di <u>lingkup</u> Puskemas?</p>	<p>Kalau pelaksanaan loka karya mini tribunal tahun lalu itu dilaksanakan 2 kali di Kantor camat, cuma biasanya itu rata-rata yang punya pengambil kebijakan hanya sebgaiian besar yang datang rata-rata banyak diwakili misalnya pak desa, ada beberapa desa hanya diwakili oleh stafnya sehingga dalam hal mengambil kebijakan biasanya agak ragu karena hanya staf beda memang kalau pengambil kebijakan yang datang</p>
		<p>Pengelola Manajemen Puskesmas : Mansur, SKM</p> <p>Waktu : 24 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana tanggapan Bapak sehingga pelaksanaan lokakarya mini lintas sektor tidak terlaksana sebagaimana mestinya?</p>	<p>Sebenarnya ada 2 pertimbangan, masalahnya kita terpaut dengan masalah anggaran yang kurang. Kayak ini tahun biaya manajemen dipatok 2 % berarti harus ada beberapa memang yang harus dikurangi volumenya karena itu terkait dengan penganggarnya. Yang kedua yang itu tadi salah satu kita punya alasan bahwa adanya perwakilan-perwakilan sehingga kita menganggap walaupun beberapa kali tapi kalau hanya perwakilan-perwakilan hanya buang-buang dana saja</p>
	<p><b>Penilaian Kinerja Puskesmas</b></p>	<p>Pengelola Manajemen Puskesmas : Mansur,SKM</p> <p>Waktu : 25Juni 2017</p>	<p>Bagaimana pelaksanaan penilaian kinerja di Puskesmas Madello?</p>	<p>Oh iya, mekanisme penilaian kinerja tetap yang kayak kemarin-kemarin. Kita lakukan. Mengumpulkan dulu data baru menganalisis setelah itu buat perencanaan dalam bentuk RUK. Tahun 2016 kita lakukan penilaian kinerja, penilaian kinerjanya dilakukan diawal tahun berjalan. Cuma itu tahun 2016 kayaknya belum kita laporkan ke Dinas Kesehatan tetapi untuk teman-teman kita sudah kasih, biasanya</p>

				memang lambat
		<p>Pengelola Manajemen Puskesmas ; Mansur, SKM</p> <p>Waktu : 25 Juni 2017</p>	<p>Menurut apa yang menyebabkan terjadinya keterlambatan dilakukan penilaian kinerja Puskesmas di Kab.Barru, khususnya Puskemas Madello?</p>	<p>“Penilaian kinerja terlambat dilaksanakan biasanya diawal Januari, ini molor sampai di bulan 4. Kemarin itu molor karena faktor adanya beberapa data lambat kita akses dari pemegang program. Kemudian kenapa itu biasa lambat itu juga karena tidak ada indikator kinerja dari Dinas Kesehatan Kabupaten Barru. Seperti pada tahun 2011 s/d 2015 memang ada indikator yang di SK kan oleh kepala Dinas Kesehatan. Kalau untuk tahun 2016 s/d 2021 tidak ada indikator dari Dinas Kesehatan, jadi kadang indikator tahun sebelumnya kita gunakan lagi. Kami juga setengah mati kayaknya ada beberapa pengelola program memang tidak tahu indikatornya berapa memang yang harus dicapai pada satu tahun itu.</p>
		<p>Pengelola Manajemen Puskesmas : Mansur,SKM</p> <p>Waktu : 25 Juni 2017</p>	<p>Menurut apa yang menyebabkan terjadinya keterlambatan dilakukan penilaian kinerja Puskemas Madello?</p>	<p>Memang lambat karena kita start di bulan Januari kita nilai tetapi lambat ada beberapa kendala, biasanya beberapa pemegang program terlambat memasukkan data-datanya cuma kalau ke masyarakat dalam bentuk lokakarya mini lintas sektor tidak ada tembusan-tembusan ke desa. Artinya itu itu penilaian kinerja sebagai acuan untuk menyusun perencanaan puskesmas untuk ke masyarakat belum.</p>

		<p>Kepala Bidang Yankes dan SDK Hj. A. Marola SKM, S.Kep Ners</p> <p>Waktu :27 Juni 2017)</p>	<p>Bagaimana komitmen Bidang Yankes dan SDK dalam pelaksanaan manajemen yang berkualitas di puskesmas?</p>	<p>Sebetulnya itu kami dari Bidang Pelayanan Kesehatan dan SDK sudah melakukan langkah-langkah supaya bagaimana manajemen puskesmas itu diterapkan di puskesmas. Yang kami sudah lakukan itu yaitu memfasilitasi semua kepala puskesmas untuk mengikuti pelatihan manajemen puskesmas di tingkat propinsi. Dan saya tahu bahwa semua kepala puskesmas itu sudah mengikuti kegiatan tersebut. Tetapi pada kenyataannya penerapan manajemen puskesmas tidak berjalan sesuai siklus manajemen yang berkualitas, mulai dari perencanaannya melalui penyusunan RUK dan RPK, monitoring kegiatan melalui pelaksanaan lokakarya mini puskesmas sampai pada kegiatan evaluasi melalui penilaian kinerja</p>
		<p>Plt Kepala Dinas Kesehatan Barru: Drs. H. Udding</p> <p>Waktu : 25 Juni 2017</p>	<p>Bagaimana tanggapan Bapak tentang indikator program kesehatan masyarakat masih banyak yang belum mencapai target?</p>	<p>Ini banyak variabel yang berpengaruh didalam pencapaian target-target yang telah kita sepakati. Oleh karena itu dinas kesehatan ini saya selalu mendorong kepada di semua bidang dan kasi untuk secara aktif memberi bimbingan kepada Puskesmas agar supaya target-target yang telah kita sepakati dapat terwujud. Mungkin juga ditingkat Puskesmas siap tenaga, alat, dana tetapi kurang bimbingan, kurang pendampingan dari dinas saya kira itu penting sehingga kedepan kalau itu terus menerus dilakukan saya kira indikator-</p>

				<p>indikator yang telah disepakati. Memang di dalam pelaksanaannya tidak semudah membalikkan telapak tangan sebab banyak hal yang harus kita lakukan tapi kita berharap kedepan Puskesmas dan Dinas Kesehatan terjalin hubungan yang harmonis</p>
				<p>“Salah satu faktor atau variabel yang sangat menentukan juga menurut hemat saya dan berdasarkan aturan yang berlaku utamanya didalam perekrutan tenaga atau Kepala Puskesmas, kalau tidak salah ada aturan permenkes 48 kalau tidak salah tentang standar ketenagaan di Puskesmas. Kita harus menyadari masih ada tenaga tidak sesuai standar, seperti halnya kepala puskesmas masih ada yang tidak sesuai kompetensi....salah satunya itu kepala puskesmas madello dan bahkan beberapa waktu lalu kami dari Dinas Kesehatan tidak tinggal diam berusaha secara maksimal membuat telaah staf tentang kondisi ketenagaan kita di Puskesmas dan untuk itu kita sudah sampaikan kepada bapak bupati dan telah mendisposisi kepada Badan Kepegawaian Daerah, sisa hasilnya kita tunggu. Itu yang pertama kualitas, yang kedua penyebaran ketenagaaan. Di kabupaten Barru ini penyebaran tenaga kesehatan menumpuk di daerah perkotaan sementara di wilayah-wilayah terpencil itu kurang. Juga itu sudah kita masukkan dalam telaah staf bahkan kami di dinas kesehatan telah menghitung analisis</p>

				<p>beban kerja tenaga di Puskesmas dan usul untuk mutasi telah disampaikan kepada bapak bupati dan sudah didisposisi ke BKD, sisa eksekusinya di BKD. Kalau semuanya sudah dipenuhi saya kira untuk mewujudkan satu kinerja yang maksimal tidak susah dibutuhkan, karena saya yakin dan percaya semua kegiatan yang dilaksanakan di Puskesmas kan yang kendalikan manusia. Kalau manusia tidak berkualitas, manusia yang kurang apa yang bisa kita hasilkan, seperti itu.”</p>
--	--	--	--	--

### Lampiran 3

#### MATRIKS HASIL OBSERVASI

Lokus / Fokus Masalah	Indikator Observasi	Kesimpulan
<p>1. Puskesmas Madello Jln. Poros Barru Parepare Desa Madello Kec. Balusu Kab.Barru</p> <p>Fokus masalah : sebagai pelaksana pelayanan kesehatan dan pelaksana manajemen puskesmas</p> <p>Waktu Observasi: 5i – 29 Juni</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melihat langsung aktivitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan khususnya rawat jalan dan rawat inap</li> <li>2. Melihat langsung penggunaan anggaran operasional Puskesmas</li> <li>3. Melihat langsung dokumen kepegawaian,</li> <li>4. Melihat langsung manajemen (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pelaksanaan ) Puskemas</li> <li>5. Melihat langsung administrasi operasional Puskesmas</li> <li>6. Melihat langsung pelaksanaan lokakakarya mini puskesmas</li> </ol>	<p>Berdasarkan hasil observasi bahwa aktivitas pelayanan kesehatan khususnya pelayanan rawat jalan dan rawat inap berjalan normal, sedangkan pelaksanaan manajemen puskesmas kurang terlaksana dengan baik, terbukti perencanaan, pengorganisasian kegiatan dan pelaksanaan serta pengawasan kurang terlihat sesuai program yang dibuat. Khusus pelaksanaan lokakarya mini lintas sektor puskesmas terlaksana kurang efektif karena kurangnya taekholder dan lintas sektor yang hadir. Adapun administrasi kepegawaian dan administrasi tertata dengan baik.</p>

<p>2. Posyandu Delima Binuang Dusun lapao Desa MadelloKecBalusu Fokus masalah : sebagai pelaksana pelayanan Posyandu terpadu setiap bulan terdekat masyarakat Waktu Observasi: 02 Juli 2017</p>	<p>Melihat langsung kegiatan Posyandu Delima melakukan penimbangan balita</p>	<p>Terlaksana kurang baik, karena tidak dihadiri/diikuti oleh semua ibu memiliki Balita di wilayah kerja Posyandu Delima, karena masih rendahnya pengetahuan dan pemahaman akan arti pentingnya timbang Balita setiap periode tertentu, ini pertanda masih kurang promosi kesehatan. Dari 49 balita terdaftar, hanya 39 orang yang hadir ( kurang 15 orang)</p>
<p>3. Kantor Dinas Kesehatan Barru Jln. Sultan Hasanuddin No,09.Kabupaten Barru Fokus masalah: sebagai induk organisasi kesehatan</p>	<p>Melihat langsung jadwal tetap (rutin) pelaksanaan penilaian kinerja pada masing-masing Puskesmas di wilayah Kabupaten Barru tahun berjalan.</p>	<p>Memang benar belum ada hasil penilaian kinerja pada masing-masing Puskesmas di wilayah Kabupaten Barru</p>



di Kabupaten Barru Waktu Observasi: 25 Juni 2017		
--	--	--

PEMERINTAH KABUPATEN BARRU  
DINAS KESEHATAN

UPTD KESEHATAN PUSKESMAS MADELLO

Jl. POKOS BARRU-PARE, DESA MADELLO, KEC. BALUSU, KODE POS 90752

Email : *Puskesmas.Madello@yahoo.Com*

SURAT KETERANGAN

Nomor : 388 /PKM-Md/ VII/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama : Idawati  
Nomor pokok : 2015.05.068  
Program study : Ilmu Administrasi  
Pekerjaan : Mahasiswa S2  
Alamat : Takkalasi Kel. Takkalasi Kec. Balusu Kab. Barru

Telah menyelesaikan penelitian dengan judul **"ANALISIS KINERJA PUSKESMAS MADELLO KABUPATEN BARRU**. Penelitian ini berlangsung mulai tanggal 29 Mei 2017 sampai dengan 29 Juli 2017.

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Madello, 29 Juli 2017

Mengetahui  
Kepala UPTD Kesehatan  
Puskesmas Madello  
  
MUHIDDIN S.Sos MM.Kes  
NIP. 196612311988031104



**PEMERINTAH KABUPATEN BARRU**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS MADELLO KECAMATAN BALUSU**

Jl. Poros Barru-Pare, Desa Madello, Kec. Balusu. Kode Pos 90752 Email : Puskesmas.Madello@yahoo.com



**POLA KETENAGAAN, PEMETAAN KOMPETENSI, RENCANA PENGEMBANGAN KOMPETENSI**  
**UPTD KESHATAN PUSKESMAS MADELLO TAHUN 2017**

	Nama	Golongan ruang	J K	Jabatan	Penanggung jawab upaya	Standar Kompetensi	Kompetensi Rill yang dimiliki	Memenuhi syarat kompetensi		Rencana Pengembangan kompetensi
								Ya	Tidak	
1	Muhiddin,S,Sos	III.d	L	Struktural Kepala Puskesmas	Kepala Puskesmas	1. Tenaga kesehatan atau sarjana Kesehatan 2. Pernah mengikuti pelatihan Manajemen Puskesmas 3. Masa Kerja Minimal 2 tahun	a. Pendidikan S1 = S.Sos dan S.2 Manajemen Kesehatan / 2013 b. Masa Kerja : 29 Tahun c. Telah mengikuti pelatihan kepemimpinan Tk.IV d. pelatihan Manajemen Puskesmas		Tdk	
2	dr. AMIS RIFAI	IV.c	L	Dokter Madya	Dokter pemeriksa	1. Memiliki Ijasah S1Kedokteran 2. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan Medis 3. Memiliki STR dan SIP	a. Pendidikan S.1 Kedokteran umum Unhas / b. STR dan SIK ada c. Masa Kerja : 17 Tahun d. Peltihan : ACLS, bedah kusta, Fungsional Dokter Puskesmas.	YA		Pelatihan ATLS dan pelatihan yang berhubungan dengan profesi kedokteran

3	dr. AMIR	III.d	P	Dokter Muda	Dokter Pemeriksa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memiliki Ijasah S1 Kedokteran</li> <li>2. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan Medis</li> <li>3. Memiliki STR dan SIP</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan : S1 Kedokteran Umum</li> <li>b. STR dan SIK ada</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 06 Tahun</li> <li>d. Pelatihan : ACLS,dan MTBS</li> </ol>	YA		Pelatihan ATLS dan pelatihan yang berhubungan dengan profesi kedokteran
4	Hasnaeni, SKM	III.c	P	Struktural Ka. Tata Usaha	Kepala sub bagian tata usaha	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan minimal DIII Kesehatan.</li> <li>2. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>3. Memiliki STR</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan : S.1 kesehatan masyarakat / AKK / 2003</li> <li>b. STR ada</li> <li>c. Masa Kerja : 11 Tahun</li> <li>d. Pelatirhan : Laktipim IV</li> </ol>	Ya		Pelatihan manajemen Puskesmas dan pelatihan lainnya
5	Hj.Suarni Abdullah,SKM	III.a	P	Penyuluh Kesehatan Masy	Koord.UKM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan minimal D III Penyuluh.</li> <li>2. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>3. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>4. Memiliki SIP</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan : S1 Kesehatan Masyarakat Promkes</li> <li>b. STR ada</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 15 Tahun</li> <li>d. Pelatihan : Dilkat Jafung Promkes</li> </ol>	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan promkes
6	Suryani Jamaluddin, SKM	III.b	P	Sanitarian	Koord. Kesehatan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan Minimal D III Kesehatan Lingkungan.</li> <li>2. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>3. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>4. Memiliki SIP</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan : S1 Kesehatan Masyarakat ( Kesling )</li> <li>a. STR ,SIP ada</li> <li>b. Pengalaman Kerja : 06 Tahun</li> <li>c. Pelatihan : -</li> </ol>	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan keshatan lingkungan

7	HJ.Salmiah	III/d	P	Pranata Laboratorium Kesehatan Penyelia	Koord.Labo ratoriu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan Minimal D III Analisis Kesehatan.</li> <li>2. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>3. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>4. Memiliki SIP</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan : SMAK</li> <li>b. STR ada</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 26 Tahun</li> <li>d. Peltihan : Tenaga Tekhnis Laboratorium</li> <li>e. Sementara melanjutkan pendidikan DIII analis</li> </ol>	Ya		Pelatihan yang berhubungan dengan profesi Laboratorium
8	Kasmawati	III/d	P	Perawat Penyelia/	a. Ka.Pustu Baera	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan Minimal D III Keperawatan</li> <li>2. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>3. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>4. Memiliki SIP</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan : SPK</li> <li>b. STR ada</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 28 Tahun</li> <li>d. Pelatihan : -</li> <li>e. Sementara melanjutkan pendidikan DIII perawat</li> </ol>	Ya		Pelatihan BTCLS dan pelatihan lainnya sesuai profesi keperawatan
9	St.Nuratiah,S.Kep	/ IV.a	P	Perawat Madya/	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Koord.Raw at Inap</li> <li>b. Petugas lansia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan</li> <li>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>d. Memiliki SIP</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan : S1 Keperawatan + Ners /</li> <li>b. Tahun 2015</li> <li>c. STR , SIK ada</li> <li>d. Pengalaman Kerja : 33 Tahun</li> <li>e. Pelatihan : BTCLS,dan surveilans bagi petugas Puskesmas</li> </ol>	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan dan program

10	Kartini A S.Kep,Ners	IV.a	P	Perawat Madya/	a. Koord.UGD b. Petugas Kesehatan Indra	a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan : S1 Keperawatan + Ners / b. Tahun 2015 c. STR ada d. Pengalaman Kerja : 28 Tahun e. Pelatihan :	Ya		pelatihan BTCLS dan yang berhubungan dengan keperawatan dan program
11	Hj. Asri Roslianah S.Kep	/ IV.a	P	Perawat Madya/ es	a. Anggota UGD b. Pengelola Haji c. Petugas rabies	a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan : S1 Keperawatan b. STR , SIK ada c. Pengalaman Kerja : 29 Tahun d. Pplatihan : BTCLS	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan dan program
12	Rufinda ,S,Farm	III / c	P	Asisten Apoteker Penyelia/	a. P.jawab .Apotek	a. Pendidikan Minimal D III Farmasi b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan S1 farmasi b. STR ,SIK : ada c. Pengalaman Kerja : 25 Tahun d. Pelatihan : Penggunaan obat rasional	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan farmasi
13	Hj.Heriani,S.Kep	III.b	P	Perawat Pertama	a. Peng.Keseh atan Jiwa wa	a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa	a. Pendidikan S1 Keperawatan + Ners/2017 b. STR ,SIK ada c. Pengalaman Kerja : 19 Tahun d. Pelatihan : BTCLS	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan dan program

						kompetensi (STR) d. Memiliki SIP				
14	Satria, Amd.Keb	III/d	P	Bidan Penyelia/	KOOr.Bidan	a. Pendidikan Minimal D III Kebidanan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan DIII Kebidanan b. STR ,SIK ada c. Pengalaman Kerja : 27 Tahun d. Pelatihan : APN ,MTBS,Midwiferi Update ( MU )	Ya		mengikuti pelatihan yang berhubungan dengan kebidanan
15	Hj.Hastati, Amd.Keb	III/d	P	Bidan Penyelia/	Pj.kamar Bersalin	a. Pendidikan Minimal D III Kebidanan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan DIII Kebidanan b. STR ada c. Pengalaman Kerja : 24 Tahun d. Pelatihan : APN, MU	Ya		Mengusulkan mengikuti pelatihan yang berhubungan dengan kebidanan
16	Masturi	II.d	P	Staf	Administrasi Loket pendaftaran	a. Pendidikan Minimal SMA b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan SMA b. Pengalaman Kerja : 30 Tahun c. Peltihan : Pekarya Kesehatan	Ya		Mengusulkan Pelatihan RM
17	Linsifar,S.Kep	, III/b	P	Perawat ahli Pertama	a. Ka. Pustu Bawasalo	a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan	a. Pendidikan S1 Keperawatan b. STR ada c. Pengalaman Kerja : 11 Tahun d. Pelatihan : BTCLS	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan profesi keperawatan

						kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP				
18	Dewi Kasmayani,S.Kep	III/b	P	Perawat ahli Pertama/	a. Pengelola barang b. Anggot UGD	a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan : S1 Keperawatan+ Ners b. STR ,SIK ada c. Pengalaman Kerja : 6 Tahun 07 Bulan d. Pelatihan : pijat Akupresur	Ya		pelatihan BTCLS dan mengikuti pelatihan yang berhubungan keperawatan dan program
19	Maryati,S,Kep,Ns	III/b	P	Perawat ahli Pertama	a. P.Jawab Poli Umum b. Pengelola Perkesmas c. Pengelola Kestrاد	a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan S1 Keperawatan + Ners b. STR ada c. Pengalaman Kerja : 11 Tahun 04 Bulan d. Pelatihan : BTCLS, Akupresur, Batra	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan dan program
20	Muliadi S.Kep,	III/b	L	Perawat ahli Pertama	a. Ka. Pustu lapasu	a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan S1 Keperawatan + Ners b. STR ada c. Pengalaman Kerja : 06 Tahun d. Pelatihan : -	Ya		pelatihan BTCLS dan mengikuti pelatihan yang berhubungan keperawatan
21	Fitria irianti,SKM	III/b	P	Nutrisionis pelaksana Lanjutan	a. Koord.Gizi b. Bendahara Gaji	a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan b. Pernah mengikuti	a. Pendidikan S1Kesmas Gizi b. STR ada c. Pengalaman Kerja : 11	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan Gizi dan program



						<p>pelatihan pengembangan kompetensi</p> <p>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</p> <p>d. Memiliki SIP</p>	<p>Tahun</p> <p>d. Pelatihan : -</p>			
22	Raswira,SKM	III.b	P	Staf /	<p>a. Koord.Loket ,</p> <p>b. Petugas Surveillance</p>	<p>a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan</p> <p>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</p> <p>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</p> <p>d. Memiliki SIP</p>	<p>a. Pendidikan : S1. Kesehatan masyarakat EPID</p> <p>b. STR ada</p> <p>c. Pengalaman Kerja : 06 Tahun</p> <p>d. Pelatiuhan : -</p>		tdk	<p>pelatihan Jafung Epidemiologi dan pelatihatam rekam medik</p>
23	Masriah,Amd.Keb	II.d	P	Bidan Pelaksana /	<p>a. Peng.Imunis asi</p> <p>b. Peng. hepatitis</p>	<p>a. Pendidikan Minimal D III Kebidanan</p> <p>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</p> <p>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</p> <p>d. Memiliki SIP</p>	<p>a. Pendidikan DIII Kebidanan</p> <p>b. STR ada</p> <p>c. Pengalaman Kerja : 11 Tahun</p> <p>d. Pelatihan : -</p>	Ya		<p>pelatihan yang berhubungan dengan kebidanan dan Program</p>
24	Wahyuni,Amd.Keb	III.a	P	Bidan Pelaksana /	<p>a. Bidan Desa Balusu</p>	<p>a. Pendidikan Minimal D III Kebidanan</p> <p>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</p> <p>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</p> <p>d. Memiliki SIP</p>	<p>a. Pendidikan DIII Kebidanan</p> <p>b. STR ada</p> <p>c. Pengalaman Kerja : 7 Tahun</p> <p>d. Pelatihan : Midwiferib Update</p>	Ya		<p>pelatihan yang berhubungan dengan kebidanan</p>
25	Fausiah,Amd. Keb	II.d	P	Bidan Pelaksana /	<p>a. Bidan Desa Tanru</p>	<p>a. Pendidikan Minimal D III</p>	<p>a. Pendidikan DIII Kebidanan</p>	Ya		<p>pelatihan yang berhubungan dengan</p>

					Tedong	<p>Kebidanan</p> <p>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</p> <p>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</p> <p>d. Memiliki SIP</p>	<p>b. STR : ada</p> <p>c. Pengalaman Kerja : 12 Tahun</p> <p>d. Pelatihan : APN, Midwiferi Update</p>			kebidanan
26	Fatima,Amd. Keb	III/a	P	Bidan Pelaksana /	a. Bidan Desa Madello	<p>a. Pendidikan Minimal D III Kebidanan</p> <p>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</p> <p>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</p> <p>d. Memiliki SIP</p>	<p>a. Pendidkan D III Kebidanan</p> <p>b. STR ada</p> <p>c. Pengalaman Kerja : 14 Tahun 04 Bulan</p> <p>d. Pelatihan : APN , Midwifery Update</p>	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan kebidanan
27	Sakatang ,S.Kep	III/a	P	Perawat Mahir/	<p>a. Pengelola Sp2TP,</p> <p>b. Bend.BOK</p> <p>c. Rawat inap</p>	<p>a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan</p> <p>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</p> <p>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</p> <p>d. Memiliki SIP</p>	<p>a. . Pendidkan S1 Keperawatan</p> <p>b. STR ada</p> <p>c. Pengalaman Kerja : 14 Tahun</p> <p>d. Pelatihan : -</p>	Ya		pelatihan BTCLS dan pelayihan yang berhubungan dengan keperawatan dan program
28	ASRIANI,AMG	II.d	P	Nutrisionis pelaksna	a. Gizi UKP	<p>a. Pendidikan Minimal D III Gizi</p> <p>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</p> <p>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</p> <p>d. Memiliki SIP</p>	<p>a. Pendidikan DIII Gizi</p> <p>b. STR ada</p> <p>c. Pengalaman Kerja : 6 Tahun</p> <p>d. Pelatihan : -</p>	Ya		Pelatihan ynag berhubungan dengan program Gizi
29	Rais	II.d	L	Perawat	a. peng.Tipoid	a. Pendidikan	a. Pendidikan = SPK	Ya		Pelatihan ynag

				Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Peng. Kecacingan</li> <li>c. UGD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimal D III Keperawatan</li> <li>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>d. Memiliki SIP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. STR : ada</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 12 Tahun</li> <li>d. Pelatihan : BTCLS</li> <li>e. Sementara melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan</li> </ul>			berhubungan dengan keperawatan dan program
30	Risnawati,Amd.Kep	III.a	P	Perawat Pelaksana /	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Peng.Kesorg a,</li> <li>b. PTM</li> <li>c. Rawat Inap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan</li> <li>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>d. Memiliki SIP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan : S1.Keperawatan</li> <li>b. STR : ada</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 06 Tahun</li> <li>d. Kpelatihan : BTCLS</li> </ul>	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan dan program
31	Nurhasanah	II.d	P	Perawat gigi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Poli Gigi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan Gigi</li> <li>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>d. Memiliki SIP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan SPRG</li> <li>b. No. STR : - ( sementara Pengurusan )</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 12 Tahun</li> <li>d. Pelatihan ;-</li> <li>e. Sementara melanjutkan pendidikan D.III Perawat Gigi</li> </ul>		tdk	pelatihan yang berhubungan dengan program
32	Idawati, Amd.Kep		P	Perawat Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Peng.ISPA</li> <li>b. Poli Umum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidkan Minimal D III Keperawatan</li> <li>b. Pernah mengikuti pelatihan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan S1 Keperawatan</li> <li>b. STR ada</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 11</li> </ul>	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan dan program

						<ul style="list-style-type: none"> <li>pengembangan kompetensi</li> <li>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>a. Memiliki SIP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tahun</li> <li>d. Peltihan ; BTCLS</li> </ul>			
33	Asriani,S.Kep,Ns	III.a	P	Perawat ahli Pertama /	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Koor.P2M</li> <li>b. Peng.Malaria,</li> <li>c. Peng. DBD</li> <li>d. Bend.JKN</li> <li>e. UGD</li> <li>f. MTBS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan</li> <li>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>d. Memiliki SIP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan S1 Keperawatan + Ners</li> <li>b. STR : ada</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 08 Tahun</li> <li>d. Pelatihan : BTCLS,MTBS</li> </ul>	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan dan program
34	Rusmah,Amd.kep	II/d	P	Perawat Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Peng.TB/Kusta</li> <li>b. Peng.HIV</li> <li>c. Poli TB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan</li> <li>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>d. Memiliki SIP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan DIII Keperawatan</li> <li>b. STR ada</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 11 Tahun</li> <li>d. Pelatihan ; -</li> <li>e. Sementara melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan</li> </ul>	Ya		pelatihan BTCLS, dan pelatihan yang berhubungan dengan program
35	Normayanti,S.Kep, Ners	III/b	P	Perawat ahli Pertama/ Peng.Kesker dan Diare	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Peng.Diare</li> <li>b. Peng.Kes Kerja</li> <li>c. UGD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan</li> <li>b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi</li> <li>c. Memiliki standa kompetensi (STR)</li> <li>d. Memiliki SIP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan : S1 Keperawatan+ Ners</li> <li>b. STR ada</li> <li>c. Pengalaman Kerja : 11 Tahun</li> <li>d. Pelatihan ; -</li> </ul>	Ya		pelatihan BTCLS, dan pelatihan yang berhubungan dengan program

36	Mansur,S.Kep,Ners	III/c	P	Perawat ahli Pertama/	a. Peng.UKS b. UGD	a. Pendidikan Minimal D III Keperawatan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	e. Pendidikan : S1 Keperawatan+ Ners f. STR ada g. Pengalaman Kerja : 23 Tahun h. Pelatihan ; BTCLS, Manajemen Puskesmas	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan dan program
37	Riniarti,Amd.Keb	II/c	P	Bidan Pelaksana	a. Bidan Desa Binuang	a. Pendidikan Minimal D III Kebidanan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan DIII Kebidanan b. STR ada c. Masa Kerja : 10 tahun d. Pelatiha ; Miwiferi Update	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan profesi kebidanan
38	Andi Silvia mayasari,Amd.Keb	II/c	P	Bidan Pelaksana	a. Bidan Desa Kel,Takkal asi	a. Pendidikan Minimal D III Kebidanan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan DIII Kebidanan b. STR ada c. Masa Kerja : 10 tahun d. Pelatiha ; Midwiferi Update	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan profesi kebidanan
39	Muhlisa Hamka,Amd.Keb	II/c	P	Bidan Pelaksana	a. Bidan Desa Lampoko	a. Pendidikan Minimal D III Kebidanan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR)	a. Pendidikan DIII Kebidanan b. STR ada c. Masa Kerja : 10 tahun d. Pelatiha ; Miwiferi Update	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan profesi kebidanan

						d. Memiliki SIP				
40	Haerah Nurul Fajri,Amd.keb	II/c	P	Bidan Pelaksana	a. Bidan Puskesmas	a. Pendidikan Minimal D III Kebidanan b. Pernah mengikuti pelatihan pengembangan kompetensi c. Memiliki standa kompetensi (STR) d. Memiliki SIP	a. Pendidikan DIII Kebidanan b. STR ada c. Masa Kerja : 10 tahun d. Pelatiha ; midwife emergensi cuorse	Ya		pelatihan yang berhubungan dengan profesi kebdanan

MENGETAHUI  
KEPALA UPTD  
KESEHATAN  
PUSKESMAS MADELLO

MUHIDDIN,S.Sos,MM.Kes  
NIP.19661231 198803 1  
104







## Lampiran 6

### FOTO-FOTO PENELITIAN



Wawancara dengan pengelola pelayanan KIA dan KB



Wawancara dengan pengelola pelayanan kesehatan lingkungan



Wawancara dengan pengelola promosi kesehatan



Wawancara dengan pengelolapelayanan P2P



Wawancara dengan pengelola manajemen puskesmas



Wawancara dengan kepala puskesmas

## Lampiran 7

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP

#### DATA PRIBADI

Nama : Idawati  
Tempat/tanggal lahir : Lampok/25 Juli 1972  
Alamat : Jln. Sultan Hasanuddin No. 89 Kel. Takkalasi,  
Kec. Balusu, Kab. Barru  
Status Perkawinan : Kawin  
Agama : Islam  
Instansi : Dinas Kesehatan Kabupaten Barru  
Unit Kerja : Seksi Pelayanan Dasar Dinas Kesehatan Kab.  
Barru

#### RIWAYAT KELUARGA

Bapak : M. Syabiruddin Abdolo  
Ibu : Hj. Marhamah, S.Pd  
Saudara Kandung : Asmeati, ST, MT  
M. Kasgu, S.Pd  
Nurrahmi, S.Pd  
Suami : Drs. Wardan Amrullah  
Anak : M. Fitrah Wardan, S.Pd  
Nadiyah Hulwah Wardan, S.KG  
M. Fadhal Ghazi Wardan (Almarhum)  
M. Rayyan Alkhairi Wardan

#### RIWAYAT PENDIDIKAN

SD Tahun 1984 SD Negeri Lampoko  
SMP Tahun 1987 SMP Negeri Madello  
SMA Tahun 1990 SMA Negeri Mangkoso  
D3 Tahun 1993 AKADEMI PERAWAT Depkes Banta-Bantaeng  
S1 Tahun 2001 FKM UNHAS Makassar

#### RIWAYAT PEKERJAAN

CPNS Tahun 1993  
PNS Tahun 1994  
Puskesmas Padongko Kab. Barru Tahun 1994 - 2006  
Dinaskesehatankab. Barru Tahun 2006 – Sekarang  
Alamat Kantor : Jl. Sultan Hasanuddin No. 9 Kab. Barru

## Lampiran 7