

**SKRIPSI**  
**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PELAKSANAAN**  
**PROGRAM PERKESMAS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk  
mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



OLEH:

**AINUN MAQFIRA**

**C12116504**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2019**



**HALAMAN PERSETUJUAN**

Judul Skripsi

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PELAKSANAAN  
PROGRAM PERKESMAS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR**

Disetujui untuk diajukan dihadapan tim penguji akhir skripsi Program Studi  
Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Oleh:

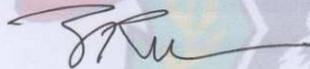
**AINUN MAQFIRA**  
C12116504

Disetujui untuk dilaksanakan penelitian

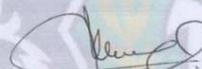
Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Syahrul, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D  
NIP. 198204192006041002



Nurhava Nurdin, S.Kep.,Ns.,MN.,MPH  
NIP. 198203152008122003

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin



Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si  
NIP. 19680421 200112 2 002



HALAMAN PENGESAHAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PELAKSANAAN  
PROGRAM PERKESMAS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR

Telah dipertahankan di hadapan sidang tim penguji akhir pada:

Hari/Tanggal : Senin, 23 Desember 2019

Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Ruang Tutorial lantai 4

Disusun Oleh :

**AINUN MAQFIRA**

**C121 16 504**

Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**

**Tim Penguji Akhir**

Pembimbing I : Syahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes.Ph.D

Pembimbing II : Nurhaya Nurdin, S.Kep.,Ns.,MN.,MPH

Penguji I : Titi Iswanti Afelya, S.Kep., Ns.,M.Kep., Sp. KMB

Penguji II : Syahrul Ningrat, S.Kep., Ns., M. Kep., Sp. KMB

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin

**Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si**  
NIP. 196804212001122002



### PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ainun Maqfira

NIM : C12116504

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini dengan judul “FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PELAKSANAAN PROGRAM PERKESMAS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR” ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pemikiran orang lain kecuali yang tertulis dalam naskah dan terlampir dalam pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian besar atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 23 Desember 2019

Yang membuat pernyataan

  
(Ainun Maqfira)



## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Tiada kata yang pantas penulis lafaskan kecuali ucapan puji dan syukur kehadiran Allah *subhanah wa taala* atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Program Perkesmas di Puskesmas Kota Makassar". Demikian pula salam dan shalawat senantiasa tercurahkan untuk baginda Rasulullah *Shallallahu 'alaihi Wa Sallam*, keluarga, dan para sahabat beliau.

Proposal penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mengerjakan skripsi pada program strata-I di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin. Proses penyusunan proposal penelitian ini tentunya menuai banyak hambatan dan kesulitan, namun adanya bimbingan, bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak sehingga, penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal ini. Pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang senantiasa selalu mengusahakan dalam membangun serta memberikan fasilitas terbaik di Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku ketua Prodi Ilmu Keperawatan  
Universitas Hasanuddin.



4. Syahrul, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D selaku pembimbing 1 dan Nurhaya Nurdin, S.Kep.,Ns.,MN.,MPH selaku pembimbing 2 yang selalu tegas dan senantiasa memberikan masukan, arahan serta motivasi dalam penyempurnaan skripsi ini.
5. Titi Iswanti Afelya, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. KMB selaku penguji 1 dan Syahrul Ningrat, S.Kep., Ns., M. Kep., Sp. KMB selaku penguji 2 yang memberikan masukan dalam penyempurnaan skripsi ini.
6. Kusrini S. Kadar S.Kp. MN. Ph.D selaku dosen pembimbing akademik yang selalu memberikan masukan, saran, dukungan dan doa selama proses penelitian ini.
7. Seluruh Dosen, Staf Akademik dan Staf Perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang banyak membantu selama proses perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
8. Kedua orang tua saya H. Muh. Natsir Naim dan Hj. Mislawati yang senantiasa memberikan dukungan, doa, nasehat dan bimbingan yang tak pernah henti kepada peneliti.
9. Kakak saya Muh. Ainul Kalbin dan Dian Pratiwi Thamrin yang senantiasa memberikan semangat, dukungan dan doa demi kelangsungan penelitian ini.
10. Saudara seperjuangan sekaligus sahabat saya Titik (Tika, Isma, Ika, Medly, Nunu) dan Bestie (Raka, Nura, Ulfa, Kiki, Emy, Ayu, Putri, Dzakiyyah) serta sahabat saya sejak SMP (Ayda, Kerina, Ajeng), terima kasih sudah menjadi tempat berkeluh kesah peneliti serta tak henti-hentinya memberi dukungan, doa

dan bimbingan selama menyelesaikan skripsi ini.



11. Teman seperjuangan saya Nurazizah yang telah menjadi *partner* suka duka dari awal hingga akhir serta tak bosan-bosannya memberikan semangat dan dukungan selama proses penyusunan skripsi ini.
12. Enumerator selama penelitian berlangsung hingga penginputan data, Tinctoria Citra Amalia dan Andi Suci Ramadhani.
13. Teman-teman angkatan 2016 “Tr16eminus”, terima kasih telah menemani dan menguatkan dari awal perjalanan sampai akhir serta memberikan doa dan motivasi kepada peneliti.
14. Teman-teman KKN PK Angkatan 58 Unhas di Lembang Kole Barebaru Kabupaten Tana Toraja yang senantiasa memberikan dukungan dan doa kepada peneliti.
15. Teman-teman Pengurus Himika 2017/2018 dan 2018/2019, terima kasih atas pengalaman, do’a dan dukungannya selama ini.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya. Peneliti menyadari bahwa proposal penelitian ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan masukan dan saran yang konstruktif sehingga peneliti dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf dari penulis.

Makassar, 23 Desember 2019

Ainun Maqfira



## ABSTRAK

Ainun Maqfira. C12116504. **FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PELAKSANAAN PROGRAM PERKESMAS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR**, dibimbing oleh Syahrul Said dan Nurhaya Nurdin (xiv + 186 halaman + 14 Tabel + 2 Bagan + 6 Lampiran)

**Latar belakang:** Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) merupakan upaya program Puskesmas yang kegiatannya terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan maupun ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Perkesmas yang berjalan dengan optimal maupun tidak optimal dapat dilihat dari peningkatan atau penurunan derajat kesehatan masyarakat. Di Kota Makassar masih terdapat beberapa peningkatan masalah kesehatan serta angka kematian ibu dan bayi. Hal ini terjadi karena disebabkan beberapa faktor sehingga mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan.

**Tujuan:** Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas Kota Makassar

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Jumlah sampel 41 koordinator perkesmas dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Untuk menganalisis hubungan antar variabel digunakan uji *chi square*, uji *independent samples t-test* dan uji *spearman*. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari karakteristik partisipan, kuesioner pelaksanaan perkesmas, pengetahuan, dana/*budget*, beban kerja, motivasi dan lembar *checklist*.

**Hasil:** Pada penelitian ini mayoritas pelaksanaan perkesmas berjalan optimal (75,6%). Uji statistik menunjukkan *p values* untuk variabel dependen dengan independen antara lain usia ( $p = 0,503$ ), jenis kelamin ( $p = 0,564$ ), tingkat pendidikan ( $p = 0,892$ ), masa kerja ( $p = 0,299$ ), pelatihan ( $p = 0,720$ ), pengetahuan ( $p = 0,228$ ), dana/*budget* ( $p = 0,047$ ), beban kerja ( $p = 0,566$ ) dan motivasi ( $p = 0,009$ )

**Kesimpulan dan saran:** Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, pelatihan, pengetahuan dan beban kerja dengan pelaksanaan program perkesmas. Terdapat hubungan yang signifikan antara dana/*budget* dan motivasi terhadap pelaksanaan program perkesmas. Oleh karena itu, faktor-faktor pelaksanaan program perkesmas perlu diperhatikan untuk meningkatkan profesionalisme dan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas.

**Kata kunci:** Pelaksanaan Perkesmas, Pengetahuan, Dana, Beban Kerja, Motivasi

**Kepustakaan:** 65 Kepustakaan



## **ABSTRACT**

Ainun Maqfira. C12116504. **FACTORS RELATED TO IMPLEMENTATION OF COMMUNITY HEALTH CENTER PROGRAMS AT MAKASSAR CITY**, Advised by Syahrul Said and Nurhaya Nurdin (xiv + 186 pages + 14 Tables + 2 graphs + 6 appendices)

**Background:** Public Health Nursing (Perkesmas) is a program of community health center, of which the activities are integrated in mandatory health efforts as well as development health efforts aiming to increase the public independence. Perkesmas that run maximal or not can be seen from the increase and decrease of the community health degree. In Makassar city, there are some increases in health problems as well as maternal and infants mortality rates. This happened because of some factors that influence the health service quality.

**Aim:** This study aimed to know factors related to the program implementation of community health center in Makassar city.

**Method:** This study used cross sectional design. There are 41 samples of Perkesmas coordinators by using purposive sampling. The researcher analyzed the relation between the variables by using chi square test and independent samples t-test. This study used questionnaires consisted of participants' characteristics, questionnaires about perkesmas implementation, knowledge, funds/budget, workload, motivation and checklist sheet.

**Result:** This study found that most of perkesmas implementation ran optimally (75,6%). Statistic test showed that p values of dependent and independent variables, namely age ( $p = 0,503$ ), gender ( $p = 0,564$ ), education level ( $p = 0,892$ ), years of service ( $p = 0,299$ ), training ( $p = 0,720$ ), knowledge ( $p = 0,228$ ), funds/ budget ( $p = 0,047$ ), workload ( $p = 0,566$ ) and motivation ( $p = 0,009$ ).

**Conclusion and suggestion:** there was no significant relation between age, gender, education level, and years of work, training, knowledge and workload toward the implementation of perkesmas programs. There is a significant relationship between funding/budget and the motivation toward the implementation of perkesmas programs. Therefore, implementation factors of perkesmas programs need to be concerned to increase the professionalism and health service quality in Puskesmas.

**Keywords:** Perkesmas implementation, knowledge, funds, workload, motivation

**References:** 65 references



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
A. Tinjauan Umum tentang Puskesmas .....	9
1. Definisi Puskesmas.....	9
2. Tugas dan Fungsi Puskesmas.....	9
3. Prinsip penyelenggaraan Puskesmas .....	10
B. Tinjauan Umum tentang Perkesmas.....	11
1. Definisi Perkesmas .....	11
2. Tujuan Perkesmas.....	11
3. Sasaran Perkesmas .....	12
4. Strategi Penyelenggaraan Perkesmas .....	14
5. Kegiatan Perkesmas.....	15
6. Pelaksana Perkesmas .....	16
7. Indikator Keberhasilan Perkesmas .....	18
8. Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas.....	21
<b>KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS</b> .....	<b>42</b>
Kerangka Konsep .....	42
Hipotesis .....	43
<b>METODE PENELITIAN</b> .....	<b>44</b>



A.	Rancangan Penelitian .....	44
B.	Tempat dan Waktu Penelitian.....	44
1.	Tempat Penelitian.....	44
2.	Waktu Penelitian .....	44
C.	Populasi dan Sampel .....	44
1.	Populasi.....	44
2.	Sampel .....	45
D.	Alur Penelitian .....	46
E.	Variabel Penelitian .....	47
1.	Identifikasi Variabel .....	47
2.	Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif.....	47
F.	Instrumen Penelitian.....	50
1.	Uji Validitas dan Reliabilitas .....	57
G.	Pengumpulan data .....	58
H.	Rencana Pengolahan dan Analisa Data .....	59
1.	Pengolahan Data.....	59
2.	Analisa Data.....	60
I.	Masalah Etika.....	61
<b>BAB V</b>	<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>63</b>
A.	Hasil Penelitian .....	63
B.	Pembahasan .....	77
C.	Keterbatasan Penelitian .....	93
<b>BAB VI</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>95</b>
A.	Kesimpulan .....	95
B.	Saran.....	95
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>98</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>		<b>104</b>



## DAFTAR BAGAN

<b>Bagan 3.1.</b> Kerangka Konsep Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas Kota Makassar.....	42
<b>Bagan 4.1</b> Alur Penelitian.....	46



## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 2.1</b> Indikator Dampak perkesmas berdasarkan tingkat kemandirian keluarga .....	20
<b>Tabel 5.1</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase berdasarkan Karakteristik Koordinator Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	64
<b>Tabel 5.2</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase Tingkat Pengetahuan Koordinator Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	65
<b>Tabel 5.3</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase Jawaban Koordinator Perkesmas tentang Pengetahuan pelaksanaan Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	66
<b>Tabel 5.4</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase Dana dalam Pelaksanaan Program Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	67
<b>Tabel 5.5</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase Indikator Dana dalam Pelaksanaan Program Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	67
<b>Tabel 5.6</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase Beban Kerja Koordinator Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	68
<b>Tabel 5.7</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase Indikator Beban Kerja Koordinator Perkesmas dalam Pelaksanaan Program Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	68
<b>Tabel 5.8</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase Motivasi Koordinator Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	69
<b>Tabel 5.9</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase Indikator Motivasi Koordinator Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	70
<b>Tabel 5.10</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase Pelaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	71
<b>Tabel 5.11</b> Distribusi Frekuensi dan Persentase Indikator Pelaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	72
<b>Tabel 5.12</b> Hubungan Usia, Masa Kerja terhadap Pelaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	73
<b>Tabel 5.13</b> Hubungan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pelatihan Perkesmas Pelaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 .....	74



**Tabel 5.14** Hubungan Pengetahuan, Dana, Beban Kerja dan Motivasi terhadap Pelaksanaan Kegiatan Perkesmas di Kota Makassar tahun 2019 ..... 75



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan sebelum Persetujuan Penelitian.....	106
Lampiran 2. Lembar Persetujuan menjadi Partisipan ( <i>Informed Consent</i> ) .....	107
Lampiran 3. Instrumen Penelitian.....	108
Lampiran 4. Surat-Surat .....	119
Lampiran 5. Lembar Master Tabel Penelitian .....	125
Lampiran 6. Lembar Hasil Uji Statistik dengan Program Komputer .....	153



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan saat ini diprioritaskan pada penguatan upaya kesehatan dasar yang berkualitas melalui peningkatan jaminan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar serta rujukan yang didukung dengan penguatan sistem kesehatan (Kemenkes RI, 2016). Tujuan diselenggarakan pembangunan kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Indikator keberhasilan pembangunan kesehatan dapat dilihat dari peningkatan atau penurunan derajat kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2015).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 didapatkan adanya penurunan masalah kesehatan masyarakat yaitu penurunan status gizi kurang pada balita dari 19,6% menjadi 17,6%, menurunnya kasus asma dari 4,5% menjadi 2,4% dan diare dari 18,5% menjadi 12,3%. Namun demikian, masih didapatkan adanya peningkatan masalah kesehatan, seperti peningkatan kasus diabetes melitus dari 6,9% menjadi 8,5%, hipertensi dari 25,8% menjadi 34,1%, obesitas dari 14,8% menjadi 21,8%, pneumonia dari 1,6% menjadi 2%, stroke dari 1,4% menjadi 7% dan tidak adanya perubahan pada kasus

tuberkulosis. Selain itu, data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan



Tahun 2017 melaporkan bahwa terjadi peningkatan angka kematian ibu sebesar 115 orang dan peningkatan angka kematian bayi sebesar 1.179 bayi.

Berdasarkan Profil Kesehatan Kota Makassar Tahun 2018, masih didapatkan adanya peningkatan masalah kesehatan seperti kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) meningkat sebanyak 256 kasus, pneumonia meningkat sebanyak 445 kasus, hipertensi juga meningkat sebanyak 59.967 kasus dan prevalensi penyakit Tuberkulosis selama 3 tahun terakhir mengalami peningkatan yaitu 343/100.000 penduduk. Peningkatan masalah kesehatan tersebut dapat diatasi dengan mengoptimalkan pelayanan kesehatan melalui penguatan upaya kesehatan berupa kegiatan *promotif* dan *preventif* yang dapat dilakukan di Puskesmas (Kemenkes RI, 2016).

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2014). Kedua upaya tersebut dapat dicapai dengan menyelenggarakan dan meningkatkan manajemen Puskesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan laboratorium dan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat atau perkesmas (Kemenkes RI, 2014). Perkesmas adalah salah satu upaya program Puskesmas yang kegiatannya terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan maupun ketidakmampuan dalam menyelesaikan

lah kesehatannya (Depkes RI, 2006).



Salah satu contoh pelaksanaan perkesmas yang berada di luar negeri yaitu *Community and Primary Health Care Nurses* (CPHCNs) yang merupakan bagian integral dari tenaga kerja keperawatan dan memberikan layanan penting untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan di Australia. CPHCN bagian dari *Australian College of Nursing* yang menyajikan model sosial pelayanan kesehatan kepada individu dan masyarakat sambil mempertimbangkan faktor-faktor sosial, ekonomi dan lingkungan kesehatan. Beberapa kegiatan yang dilakukan oleh CPHCNs diantaranya yaitu memberikan promosi kesehatan, perawatan *antenatal* dan *postnatal*, perawatan kesehatan anak dan keluarga, imunisasi, manajemen penyakit kronis, memberikan perawatan pada lansia dan tunawisma (*Australian Collage of Nursing*, 2018).

Pelaksanaan perkesmas masih belum berjalan optimal karena perawat perkesmas memiliki peran dan tugas ganda yang mengelola lebih dari satu program di Puskesmas sehingga perawat tidak mempunyai cukup waktu untuk melaksanakan perkesmas serta perawat belum mendapatkan pelatihan yang cukup mengenai perkesmas (Yenni & Mesrawati, 2016). Hal ini didukung oleh penelitian Hermansyah et al. (2017) yang menguraikan bahwa 45,8% pelaksanaan perkesmas di Puskesmas Kota Bengkulu belum optimal dan 70,8% perawat belum pernah mengikuti pelatihan perkesmas.

Penelitian Amperaningsih dan Agustina (2013) menunjukkan bahwa bagian besar pelaksanaan perkesmas di Kota Bandar Lampung tidak berjalan optimal (80,0%) karena beberapa faktor seperti pengetahuan yang kurang



(74,3%), tidak adanya dana (40,0%) dan mayoritas tidak pernah mengikuti pelatihan perkesmas (70,0%). Tafwidhah et al. (2012) juga mengemukakan hal yang sama yaitu pelaksanaan perkesmas di Kota Pontianak tidak berjalan optimal (55,9%) sehingga mempengaruhi mutu/kualitas pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaan perkesmas diperlukan adanya kesesuaian dalam pelayanan seperti sasaran, kegiatan, tenaga kerja, biaya atau sumber daya lainnya (Kemenkes RI, 2014). Namun, jika salah satu sasaran pelayanan tidak sesuai maka hal tersebut dapat menjadi faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas. Hal ini sependapat dengan penelitian yang dilakukan oleh Suharjiman (2018) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perkesmas di Kabupaten Karawang seperti jumlah tenaga kerja perkesmas yang masih kurang, minimnya pelatihan perkesmas, tidak adanya transportasi, perawat menggunakan dana pribadi terlebih dahulu dan kemudian membuat laporan untuk penggantian uang operasional.

Penelitian yang dilakukan oleh Chinawa (2015) di Nigeria menjelaskan faktor-faktor yang menghambat pelaksanaan *Primary Health Care* (PHC) seperti tidak adanya jaminan kerja yang baik dan tidak cukupnya tenaga kerja sehingga beban kerja meningkat. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Sacks et al. (2015) di pedesaan Ghana yang menyatakan bahwa lebih dari 60% perawat kesehatan masyarakat tidak puas dengan pembayaran dan tidak percaya bahwa diberi kompensasi secara adil, kekurangan tenaga kerja serta

erlukan lebih banyak pelatihan.



Ziliwu (2013) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja koordinator perkesmas di Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa adalah dukungan pendanaan, pengetahuan dan motivasi. Harmiyati et al. (2016) juga mengemukakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan, kompensasi dan beban kerja dengan kinerja perawat perkesmas di Puskesmas Kota Palembang. Demikian pula pada penelitian Ibrahim et al. (2017) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan perawat Puskesmas dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Kecamatan Rappocini Kota Makassar.

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi kegiatan perkesmas Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2018 melaporkan bahwa tidak semua menggunakan sumber penganggaran untuk operasionalisasi perkesmas, perawat perkesmas di Puskesmas yang telah terlatih selalu berganti/mutasi ke tempat lain dan perawat perkesmas memiliki tugas rangkap sehingga perawat tidak mempunyai cukup waktu untuk melaksanakan perkesmas serta Kebijakan Permenkes 75 Tahun 2014 yang mendukung dalam pelaksanaan perkesmas belum optimal.

Dari hasil penelitian diatas dan kurangnya data mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan perkesmas di Puskesmas khususnya di Kota Makassar membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan program perkesmas di puskesmas Kota Makassar”.



## **B. Rumusan Masalah**

Pada umumnya permasalahan kesehatan di Indonesia sampai saat ini masih terus meningkat (Riskedas, 2018). Khususnya di Kota Makassar, masih terdapat beberapa peningkatan masalah kesehatan serta angka kematian ibu dan bayi. Oleh karena itu, untuk mengurangi masalah kesehatan diperlukan pengoptimalan pelayanan kesehatan melalui program perkesmas. Namun, beberapa penelitian yang dilakukan terkait pelaksanaan perkesmas yang belum optimal karena dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu kurangnya tenaga kerja yang menyebabkan peningkatan beban kerja perawat, kurangnya pengetahuan, motivasi, sumber dana dan pelatihan. Sehubungan dengan hal tersebut, peneliti perlu melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan perkesmas di Puskesmas Kota Makassar yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, pelatihan, pengetahuan, motivasi, dana/*budget* dan beban kerja. Berdasarkan ulasan diatas, maka pertanyaan untuk penelitian ini adalah “Apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas Kota Makassar?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas Kota Makassar.



## 2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui hubungan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja dengan pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas kota Makassar
- b. Diketahui hubungan pelatihan dengan pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas Kota Makassar
- c. Diketahui hubungan dana/*budgetting* dengan pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas Kota Makassar
- d. Diketahui hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas Kota Makassar
- e. Diketahui hubungan beban kerja dengan pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas Kota Makassar
- f. Diketahui hubungan motivasi dengan pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas Kota Makassar

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan informasi dalam meningkatkan pembelajaran kepada mahasiswa keperawatan terkait pentingnya pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas.

### 2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi perawat sehingga dapat meningkatkan mutu layanan dan profesionalisme dalam pelaksanaan program perkesmas di Puskesmas.



### 3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber pengetahuan bagi peneliti dan data awal untuk pengembangan riset selanjutnya dalam melakukan penelitian terkait penelitian ini.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum tentang Puskesmas

##### 1. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas adalah salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya *promotif* dan *preventif* agar tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal dan efektif di wilayah kerjanya. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan di Kabupaten/Kota (Kemenkes RI, 2014).

##### 2. Tugas dan Fungsi Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Kemenkes RI, 2014). Sementara itu, terdapat fungsi-fungsi Puskesmas yaitu:

- a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya

Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan kesehatan perseorangan tingkat terintegrasi pertama yang meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan. Upaya kesehatan masyarakat



esensial meliputi pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu, anak dan keluarga, pelayanan gizi serta pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas (Kemenkes RI, 2014).

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, pelayanan gawat darurat, pelayanan satu hari (*one day care*), *home care*, rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan. Agar terlaksananya upaya-upaya kesehatan tersebut, Puskesmas harus menyelenggarakan manajemen Puskesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) dan pelayanan laboratorium (Kemenkes RI, 2014).

### 3. Prinsip penyelenggaraan Puskesmas

Prinsip-prinsip penyelenggaraan puskesmas diantaranya yaitu paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah, kemandirian masyarakat, pemerataan, teknologi tepat guna dan keterpaduan dan kesinambungan (Kemenkes RI, 2014).



## B. Tinjauan Umum tentang Perkesmas

### 1. Definisi Perkesmas

Keperawatan kesehatan Masyarakat (Perkesmas) adalah salah satu upaya program Puskesmas yang memiliki pelayanan keperawatan profesional yang terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan (Depkes RI, 2006). Perkesmas merupakan suatu kegiatan pelayanan yang diselenggarakan oleh Puskesmas bersamaan dengan kegiatan pokok lainnya seperti manajemen Puskesmas, pelayanan kefarmasian dan pelayanan laboratorium (Kemenkes RI, 2014). Perkesmas lebih menitikberatkan pada pelayanan kesehatan *promotif* dan *preventif* tanpa mengabaikan *kuratif* dan *rehabilitatif* (Kemenkes RI, 2016).

### 2. Tujuan Perkesmas

Menurut Depkes RI (2006), tujuan umum dari perkesmas adalah meningkatkan kemandirian masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan khususnya pada masalah keperawatan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sedangkan tujuan khususnya yaitu:

- a. Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang kesehatan
- b. Meningkatkan penemuan dini kasus-kasus prioritas
- c. Meningkatkan penanganan keperawatan kasus prioritas di Puskesmas
- d. Meningkatkan penanganan kasus prioritas yang mendapatkan tindak lanjut keperawatan di rumah



- e. Meningkatkan akses keluarga miskin mendapatkan pelayanan kesehatan/keperawatan kesehatan masyarakat
- f. Meningkatkan pembinaan keperawatan kelompok khusus
- g. Memperluas daerah binaan keperawatan di masyarakat

### 3. Sasaran Perkesmas

Menurut Depkes RI (2006), sasaran perkesmas adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang memiliki masalah kesehatan karena unsur ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Sasaran yang diutamakan diantaranya belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan Puskesmas serta jaringannya dan sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan namun masih memerlukan tindak lanjut keperawatan dirumah. Dalam penjabarannya, sasaran perkesmas terdiri dari:

- a. Sasaran individu, seperti balita gizi buruk, ibu hamil, usia lanjut, penderita penyakit menular (seperti TB paru, kusta, malaria, demam berdarah, diare, pneumonia dan hepatitis) dan penyakit tidak menular (diabetes melitus, PPOK, hipertensi, penyakit jantung koroner, stroke, kanker dan lain-lain).
- b. Sasaran keluarga meliputi keluarga yang rentan terhadap masalah kesehatan atau berisiko tinggi, seperti:
  - 1) Keluarga miskin yang belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas dan jaringannya) dan belum memiliki BPJS Kesehatan maupun kartu Indonesia sehat.



- 2) Keluarga miskin sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan, tetapi mempunyai masalah kesehatan terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan balita, kesehatan reproduksi, penyakit menular dan penyakit tidak menular.
  - 3) Keluarga tidak termasuk miskin yang mempunyai masalah kesehatan prioritas serta belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan.
- c. Sasaran kelompok, seperti kelompok masyarakat khusus tidak terikat dalam suatu institusi (posyandu, kelompok balita, kelompok ibu hamil, kelompok usia lanjut, kelompok penderita penyakit tertentu, kelompok pekerja informal) dan kelompok masyarakat khusus terikat dalam suatu institusi (sekolah, pesantren, panti asuhan, panti sosial tresna werdha, rumah tahanan (rutan), lembaga permasyarakatan (lapas).
- d. Sasaran masyarakat meliputi masyarakat yang rentan atau berisiko tinggi, seperti:
- 1) Masyarakat di suatu wilayah (RT, RW, kelurahan) yang mempunyai jumlah bayi meninggal, penderita penyakit tertentu lebih tinggi dibandingkan dengan daerah lain dan cakupan pelayanan kesehatan lebih rendah dari daerah lain.
  - 2) Masyarakat di daerah endemis penyakit menular seperti malaria, diare, demam berdarah dan lain-lain.
  - 3) Masyarakat di lokasi barak pengungsian, akibat bencana atau akibat lainnya.



- 4) Masyarakat di daerah dengan kondisi geografi sulit seperti daerah terpencil, kepulauan dan daerah perbatasan.
- 5) Masyarakat di daerah pemukiman baru dengan transportasi sulit seperti daerah transmigrasi.

#### 4. Strategi Penyelenggaraan Perkesmas

Strategi penyelenggaraan pelayanan perkesmas dapat diselenggarakan dalam bentuk pelayanan perkesmas dalam upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan pelayanan perkesmas dalam upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama (Kemenkes RI, 2014).

- a. Pelayanan perkesmas dalam upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan. Upaya kesehatan masyarakat esensial seperti pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana, pelayanan gizi dan pelayanan pencegahan serta pengendalian penyakit. Upaya kesehatan masyarakat pengembangan memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan (Kemenkes RI, 2014).
- b. Pelayanan perkesmas dalam upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama meliputi rawat jalan, pelayanan gawat darurat, pelayanan satu hari (*one day care*), *home care*, rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2014).



## 5. Kegiatan Perkesmas

Kegiatan perkesmas meliputi kegiatan di dalam maupun di luar gedung Puskesmas baik upaya kesehatan perorangan (UKP) dan atau upaya kesehatan masyarakat (UKM). Kegiatan dalam gedung Puskesmas merupakan suatu kegiatan perkesmas yang dilakukan di poli asuhan keperawatan, poliklinik pengobatan serta ruang rawat inap Puskesmas yang meliputi asuhan keperawatan terhadap pasien rawat jalan dan rawat inap, penemuan kasus baru (deteksi dini) pada pasien rawat jalan, penyuluhan/pendidikan kesehatan, pemantauan keteraturan berobat, rujukan kasus masalah kesehatan kepada tenaga kesehatan lain di Puskesmas, pemberian konseling keperawatan, kegiatan yang merupakan tugas lumpah sesuai pelimpahan kewenangan yang diberikan dan atau prosedur yang telah ditetapkan (misalnya pengobatan, penanggulangan kasus gawat darurat dan lain-lain) dan dokumentasi keperawatan.

Kegiatan luar gedung Puskesmas dengan melakukan kunjungan keluarga/kelompok/masyarakat untuk melakukan asuhan keperawatan, meliputi:

- a. Asuhan keperawatan kasus yang memerlukan tindak lanjut di rumah (individu dalam konteks keluarga) merupakan asuhan keperawatan individu di rumah dengan melibatkan peran serta aktif keluarga. Kegiatan yang dilakukan seperti penemuan suspek kasus kontak serumah, penyuluhan/pendidikan kesehatan pada individu dan keluarganya, pemantauan keteraturan minum obat sesuai program



pengobatan, kunjungan rumah (*home visite/home health nursing*) sesuai rencana, pelayanan keperawatan langsung maupun tidak langsung, pemberian konseling dan dokumentasi keperawatan.

- b. Asuhan keperawatan keluarga ditujukan pada keluarga rawan kesehatan, keluarga miskin yang mempunyai masalah kesehatan. Kegiatannya meliputi identifikasi keluarga rawan kesehatan, penemuan dini suspek/kasus kontak serumah, pendidikan/penyuluhan kesehatan terhadap keluarga, kunjungan rumah (*home visite/home health nursing*) sesuai rencana, pelayanan keperawatan langsung maupun tidak langsung, pemberian konseling dan dokumentasi keperawatan.
- c. Asuhan keperawatan kelompok khusus ditujukan pada kelompok masyarakat rawan kesehatan yang memerlukan perhatian khusus, baik dalam suatu institusi maupun non institusi. Kegiatannya meliputi identifikasi faktor-faktor risiko terjadinya masalah kesehatan di kelompok, pendidikan/penyuluhan kesehatan sesuai kebutuhan, pelayanan keperawatan langsung bagi yang membutuhkan, memotivasi pembentukan kelompok, membimbing dan memantau kader kesehatan kelompok dan dokumentasi keperawatan (Depkes RI, 2006).

## 6. Pelaksana Perkesmas

Pelaksana utama kegiatan perkesmas ialah semua perawat fungsional keperawatan di Puskesmas. Sebagai pelaksana perkesmas di

Puskesmas, perawat minimal mempunyai enam peran yaitu sebagai:



- a. Penemu kasus (*case finder*) yaitu perawat berperan dalam mendeteksi dan menemukan kasus serta melakukan penelusuran terjadinya penyakit.
- b. Pemberi pelayanan (*case provider*) yaitu perawat memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok/ masyarakat berupa asuhan keperawatan kesehatan masyarakat yang holistik dan komprehensif melalui tiga tingkat pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier.
- c. Pendidik/penyuluh kesehatan (*health teacher/educator*) yaitu perawat memberikan pendidikan kesehatan, mengkaji kebutuhan klien dan mengajarkan agar berperilaku hidup bersih dan sehat dalam memelihara kesehatannya.
- d. Koodinator dan kolaborator (*coordinator and collaborator*) yaitu perawat melakukan koordinasi dengan semua pelayanan kesehatan yang diterima oleh klien dari berbagai program dan bekerjasama dengan klien dalam keperawatan serta sebagai penghubung kesehatan dengan sektor terkait lainnya.
- e. Pemberi nasehat (*counselor*) yaitu perawat memberikan konseling yang membantu klien untuk mencari penyelesaian masalah kesehatan dalam perubahan perilaku yang terjadi dan dihadapi klien.
- f. Panutan (*role model*) yaitu perawat sebagai panutan yang dapat menjadi contoh oleh orang lain. Selain itu, perawat harus menampilkan profesionalisme dalam bekerja dengan menerapkan kode etik



keperawatan, menggunakan pendekatan sistematis dan efektif dalam pengambilan keputusan (Nies & McEwen, 2019).

## 7. Indikator Keberhasilan Perkesmas

Untuk mengukur tingkat keberhasilan kegiatan perkesmas di Puskesmas, digunakan indikator yang meliputi indikator masukan (*input*), indikator proses, indikator luaran (*output*) dan indikator dampak.

### a. Indikator masukan (*input*)

- 1) Jumlah perawat perkesmas sudah mendapatkan pelatihan teknis perkesmas serta penatalaksanaan program prioritas.
- 2) Jumlah PHN Kit untuk pelaksanaan perkesmas minimal 1 kit untuk setiap desa/Kelurahan.
- 3) Tersedia sarana transportasi untuk kunjungan ke keluarga/kelompok/masyarakat.
- 4) Tersedia dana operasional untuk pembinaan/asuhan keperawatan.
- 5) Tersedia standar/pedoman/SOP pelaksanaan kegiatan perkesmas.
- 6) Tersedia dukungan administrasi (buku register, *family folder*, formulir askep, formulir laporan dan lain-lain).
- 7) Tersedia ruangan khusus untuk asuhan keperawatan di Puskesmas.

### b. Indikator proses

- 1) Ada rencana usulan kegiatan perkesmas terintegrasi dengan rencana kegiatan Puskesmas.
- 2) Ada rencana pelaksanaan kegiatan perkesmas (POA).



- 3) Ada rencana asuhan keperawatan setiap klien (individu, keluarga, kelompok, masyarakat).
- 4) Adanya dukungan dan ada kegiatan bimbingan yang dilakukan Kepala Puskesmas.
- 5) Ada kegiatan bimbingan teknis perkesmas oleh perawat penyelia Dinas Kesehatan Kabupaten/kota ke Puskesmas.
- 6) Ada kegiatan koordinasi dengan lintas program terkait petugas kesehatan lain.
- 7) Ada keterlibatan peran serta aktif masyarakat dalam pelaksanaan perkesmas.
- 8) Ada laporan tertulis hasil pemantauan dan penilaian dan rencana tindak lanjut.
- 9) Ada rencana peningkatan pendidikan/pelatihan perawat secara berkelanjutan.

c. Indikator luaran

- 1) Persentase suspek kasus prioritas Puskesmas (contohnya TB paru) yang ditemukan secara dini.
- 2) Persentase kasus yang mendapatkan pelayanan tindak lanjut keperawatan di rumah.
- 3) Persentase keluarga miskin dengan masalah kesehatan yang dibina
- 4) Persentase kelompok khusus dibina (panti, rumah susun, rutan lapas/rumah tahanan dan Lembaga permasyarakatan dan lain-lain).



- 5) Persentase pasien rawat inap Puskesmas dilakukan asuhan keperawatan.
- 6) Persentase desa/daerah yang dibina.

Besarnya Persentase setiap Puskesmas ditetapkan oleh masing-masing kabupaten/kota. Indikator luaran ini merupakan indikator antara, untuk mendukung tercapainya Standar Pelayanan Minimal (SPM) kabupaten/kota.

d. Indikator dampak

Indikator dampak ialah keluarga mandiri dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya, yang dapat dinilai dengan tingkat kemandirian keluarga. Kemandirian keluarga berorientasi pada lima fungsi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya, yaitu:

- 1) Mampu mengenal masalah kesehatannya.
- 2) Mampu mengambil keputusan tepat untuk mengatasi kesehatannya.
- 3) Mampu melakukan tindakan keperawatan untuk anggota keluarga yang memerlukan bantuan keperawatan.
- 4) Mampu memodifikasi lingkungan sehingga menunjang upaya peningkatan kesehatan.
- 5) Mampu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang ada.



Tabel 2.1  
Indikator Dampak perkesmas berdasarkan tingkat kemandirian keluarga

No.	Kriteria	Tingkat Kemandirian Keluarga			
		I	II	III	IV
1.	Menerima petugas (perkesmas)	√	√	√	√
2.	Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan	√	√	√	√
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar		√	√	√
4.	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran		√	√	√
5.	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran		√	√	√
6.	Melakukan tindakan pencegahan secara aktif			√	√
7.	Melakukan tindakan peningkatan kesehatan (promotif) secara aktif				√

Sumber: (Depkes RI, 2006).

## 8. Pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas

Pelaksanaan perkesmas dimulai dari perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban yang terintegrasi dengan upaya kesehatan Puskesmas agar dapat terlaksana secara efisien dan efektif (Depkes RI, 2006).

### a. Perencanaan

Langkah-langkah perencanaan yang harus dilakukan meliputi:

#### 1) Menyusun usulan kegiatan

Pengusulan kegiatan disusun sesuai prioritas sasaran dan kegiatan utama perkesmas dengan mengidentifikasi kegiatan-kegiatan



*promotif* dan *preventif* sehingga pelayanan kesehatan menjadi lebih utuh.

2) Pengajuan usulan kegiatan

Pengusulan kegiatan diajukan secara terpadu dengan kegiatan Puskesmas lain ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendapatkan persetujuan pembiayaan.

3) Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan

Usulan kegiatan Puskesmas yang telah disetujui oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, kemudian perlu disusun rencana pelaksanaan kegiatan (*Plan Of Action*) yang mencakup penetapan kegiatan, sasaran, target, volume kegiatan, rincian pelaksanaan, lokasi pelaksanaan, tenaga pelaksana, jadwal serta sumber daya pendukung lainnya. Rencana kegiatan disusun dalam *Matrix/Gant Chart* serta dilengkapi dengan peta wilayah kerja Puskesmas (*mapping*) yang menggambarkan masalah kegiatan/keperawatan kesehatan masyarakat.

b. Pelaksanaan dan Pengendalian

Pelaksanaan dan pengendalian merupakan rangkaian penyelenggaraan, pemantauan serta penilaian terhadap upaya Perkesmas. Langkah pelaksanaan dan pengendalian tersebut, meliputi antara lain:



### 1) Pengorganisasian di Puskesmas

Kepala Puskesmas merupakan penanggung jawab kegiatan pelaksanaan perkesmas di Puskesmas. Pelaksanaan perkesmas dapat dilakukan secara optimal, jika setiap Puskesmas ditetapkan adanya perawat pelaksana perkesmas di Puskesmas, perawat penanggungjawab desa/daerah binaan dan perawat koodinator perkesmas di Puskesmas.

### 2) Pelaksanaan kegiatan

Pelaksanaan kegiatan perkesmas dilakukan berdasarkan rencana pelaksanaan kegiatan (POA). Perkesmas yang telah disusun dalam melaksanakan kegiatan perlu melakukan pengkajian ulang POA yang telah dibuat sebelumnya, menyusun jadwal bulanan setiap perawat dan petugas kesehatan lain yang terlibat dalam kegiatan perkesmas, melaksanakan asuhan keperawatan menggunakan standar/pedoman prosedur tetap (protap) dan menyepakati indikator kinerja klinik perawat.

### 3) Pemantauan hasil pelaksanaan kegiatan

- a) Pemantauan dilakukan secara berkala oleh kepala Puskesmas dan koordinator perkesmas dengan membahas/mendiskusikan permasalahan yang dihadapi dalam pelaksanaan perkesmas dalam bentuk:



1. Refleksi diskusi kasus

Merupakan pertemuan (forum diskusi) berkala bagi perawat puskesmas untuk membahas masalah teknis perkesmas dalam pemberian asuhan keperawatan baik pada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Refleksi diskusi kasus dilakukan secara berkala (contoh satu kali setiap minggu), pemahaman serta keterampilan perawat dalam perkesmas diharapkan meningkat.

2. Lokakarya mini bulanan

Merupakan pertemuan bulanan di Puskesmas yang dihadiri seluruh staf Puskesmas dan unit penunjangnya untuk membahas kinerja internal Puskesmas seperti cakupan, mutu, pembiayaan serta masalah dan hambatan dalam pelaksanaan upaya Puskesmas termasuk upaya perkesmas. Masalah dalam pelaksanaan perkesmas terkait dengan lintas program lain dibahas dalam pertemuan ini, untuk mendapatkan penyelesaiannya.

3. Lokakarya mini tribulanan

Merupakan pertemuan setiap 3 bulan sekali dipimpin oleh Camat dan dihadiri oleh staf Puskesmas dan unit penunjangnya, instansi lintas sektor tingkat Kecamatan serta perwakilan konsil kesehatan/Badan Penyantun Puskesmas. Masalah dalam pelaksanaan upaya



Puskesmas termasuk upaya perkesmas terkait dengan sektor lain dibahas dalam pertemuan ini, untuk mendapatkan penyelesaiannya.

b) Melakukan penilaian

Penilaian dilakukan setiap akhir tahun dengan membandingkan hasil pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah disusun, penilaian dilakukan terhadap input, proses serta output berupa cakupan, kepatuhan pada standar.

c. Pengawasan dan Pertanggungjawaban

Pengawasan dilakukan secara internal dan eksternal. Untuk pertanggungjawaban kepala Puskesmas mempertanggungjawabkan seluruh kegiatan Puskesmas termasuk perkesmas dan pembiayaannya dalam suatu laporan tahunan.

Adapun faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan perkesmas, diantaranya yaitu:

a. **Pelatihan**

Mengikuti berbagai pelatihan merupakan hal yang penting bagi perawat dalam meningkatkan dan mempertahankan kompetensinya (Kemenkes RI, 2017). Pelatihan (*training*) dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia berarti proses, cara, perbuatan melatih; pekerjaan melatih. Thoha (2011) mengatakan bahwa pelatihan merupakan suatu kegiatan yang bertujuan untuk membenahi kemampuan kerja tenaga kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.



Pelatihan berhubungan dengan upaya memperbaiki keterampilan dan kemampuan praktis yang dibutuhkan dalam melaksanakan pekerjaan yang optimal dan efektif (Tunggal, 2012). Dalam memperbaiki keterampilan tersebut, pelatihan secara khusus berfokus dengan memberikan keterampilan khusus atau membantu tenaga kerja memperbaiki kekurangannya dalam bekerja (Kaswan, 2012). Hal ini serupa dengan pernyataan Amperaningsih & Agustanti (2013) bahwa dalam profesionalisme dapat ditingkatkan dengan pengembangan SDM seperti mengikutsertakan perawat pada pelatihan, seminar maupun studi lapangan.

Penelitian yang dilakukan oleh Tafwidhah et al. (2012) menjelaskan bahwa hubungan antara pelatihan dengan tingkat keterlaksanaan perkesmas diperoleh paling optimal di Puskesmas Kota Pontianak. Namun, penelitian tersebut tidak sejalan dengan penelitian Hermansyah et al. (2017) yang mengatakan bahwa pelatihan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan pelaksanaan perkesmas disebabkan karena kurangnya tenaga kesehatan di Puskesmas Kota Bengkulu.

#### **b. Pengetahuan**

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui panca indra yang dimilikinya yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Mayoritas seseorang memperoleh pengetahuan melalui indra



pendengaran dan penglihatan. Dalam menghasilkan pengetahuan perlu dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yang telah dikemukakan oleh Notoatmodjo (2010) diantaranya sebagai berikut:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai *recall* atau memanggil memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu dan seluruh bahan yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Kata kerja yang digunakan untuk mengukur bahwa orang tahu antara lain dengan menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya. Oleh karena itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*Comprehention*)

Memahami yaitu menunjukkan kemampuan pencapaian aspek pengertian antara lain dengan memilih suatu contoh dari suatu gejala yang khusus, mengklasifikasikan objek belajar ke dalam beberapa kategori, memperhitungkan kecenderungan dan sebagainya.



3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang telah memahami objek dengan maksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut dalam sebuah situasi.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan kemampuan seseorang dalam menguraikan dan memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen dalam suatu masalah atau objek yang telah diketahui.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan yang dimiliki seseorang dalam merangkum atau meletakkan suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang telah dimilikinya. Kata kerja yang dapat digunakan untuk melihat tahap sintesis ini dengan kata dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat menyesuaikan, dapat meringkaskan dan sebagainya.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan suatu kemampuan seseorang untuk menilai suatu objek tertentu. Penilaian berdasarkan kriteria-kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat. Kemampuan evaluasi dapat ditunjukkan dalam bentuk argumentasi, membandingkan sebuah tugas dengan tugas lain yang diorganisir secara sempurna dan sebagainya.



Perawat yang memiliki pengetahuan kurang mengenai proses keperawatan dapat memberikan dampak kurang percaya diri dalam melakukan proses perawatan pasien dan menjadi salah satu penghambat penerapan pelayanan keperawatan. Dengan demikian, sangat penting bagi atasan untuk memberi peluang kepada perawat dengan memperluas pengetahuannya dan menggali lebih dalam makna proses keperawatan yang sebenarnya (Diniz et al., 2015).

Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya yaitu tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan yang tinggi membuat seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawabnya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah untuk menyerap informasi dan berpikir rasional (Suardi, 2016). Di dukung oleh pernyataan Amperaningsih & Agustanti (2013) bahwa perawat yang memiliki pendidikan tinggi dan pengetahuan yang baik tentang perkesmas akan mendapatkan pemahaman yang baik tentang perkesmas yang direalisasikan kedalam tindakan nyata lapangan.

**c. Dana/Budget**

Dana yaitu suatu alat yang digunakan untuk menjalankan atau melaksanakan kegiatan agar tercapainya maksud dan tujuan. Dana merupakan salah satu penunjang keberhasilan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Dengan adanya dana yang mencukupi maka tujuan dari pelayanan kesehatan akan berjalan dengan baik dan optimal (Hidayat, 2015).



Berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) mengindikasikan bahwa terdapat dana alokasi khusus nonfisik bidang kesehatan yaitu dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang merupakan dana bantuan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah untuk mendukung operasional Puskesmas dalam rangka pencapaian program kesehatan prioritas nasional, khusus kegiatan *promotif* dan *preventif* sebagai bagian dari upaya kesehatan masyarakat. Penggunaan dana BOK meliputi:

- 1) Penggunaan BOK untuk upaya kesehatan masyarakat esensial dan pengembangan minimal 60% dari alokasi BOK yang diterima Puskesmas. Pemanfaatan BOK selanjutnya untuk dukungan manajemen, termasuk penyediaan bahan habis pakai, reagen, tes cepat, honor pengelola keuangan dan tim teknis. BOK dapat dimanfaatkan untuk dukungan manajemen di Kabupaten/ Kota/Satker BLUD pengelola BOK dengan besaran maksimal 6% dari alokasi BOK yang diterima.
- 2) Penggunaan BOK untuk operasional upaya kesehatan dan kegiatan manajemen, meliputi:
  - a) Biaya perjalanan dinas bagi petugas kesehatan kabupaten/kota/ Puskesmas dan jaringannya termasuk untuk kader/lintas sektoral/ tenaga penugasan kesehatan, baik dalam maupun luar wilayah. Tata cara penyelenggaraannya mengacu



- pada ketentuan perjalanan dinas yang ditetapkan oleh Kementerian Dalam Negeri;
- b) Pembelian barang habis pakai untuk mendukung pelayanan promotif dan preventif antara lain penggandaan media, *reagen, rapid test/tes cepat*;
  - c) Penyelenggaraan rapat-rapat, pertemuan konsinyasi;
  - d) Pembelian alat tulis kantor, penggandaan;
  - e) Honorarium untuk pengelola keuangan (Dinas Kesehatan dan Puskesmas) serta Tim Teknis (Dinas Kesehatan).
- 3) Dalam rangka meningkatkan upaya promosi kesehatan, dana BOK dapat digunakan untuk membayar 1 (satu) orang per Puskesmas tenaga kontrak promosi kesehatan yang kontraknya ditetapkan melalui SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang mengacu pada peraturan yang berlaku.

Amperaningsih & Agustanti (2013) dalam penelitiannya berpendapat bahwa Dana BOK tidak mencukupi untuk menjalankan semua program-program Puskesmas, sehingga dalam pelaksanaan program perkesmas masih belum optimal. Pentingnya dukungan pendanaan juga diperlukan dalam melengkapi sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam menjalankan program perkesmas (Yenni & Mesrawati, 2016).



#### **d. Beban Kerja**

Menurut Pemdagri No. 12 Tahun 2008, beban kerja adalah besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan atau unit organisasi dan merupakan hasil kali antara volume kerja dan norma waktu. Beban kerja merupakan jumlah waktu yang dibutuhkan dalam menyelesaikan tugas yang harus dilakukan selama waktu tertentu. Beban kerja yang berlebih disebabkan oleh tanggung jawab yang berlebihan, beban pasien yang banyak, pergantian pasien, tuntutan pekerjaan, tekanan waktu dan masalah pasokan peralatan (Swiger et al., 2016).

Studi literatur yang telah dilakukan oleh Alghamdi (2016) menguraikan lima golongan utama yang berhubungan dengan beban kerja perawat, yaitu jumlah waktu perawatan, tingkat kompensasi perawat, berat perawatan pasien yang sedang dilakukan, jumlah tenaga fisik dan kerumitan perawatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Harmiyati et al. (2016) mengatakan bahwa mayoritas perawat perkesmas di Puskesmas Kota Palembang memiliki beban kerja karena setiap perawat memiliki tanggung jawab lebih dari satu program sehingga kinerja perawat tidak maksimal.

Indikator beban kerja berdasarkan dari penelitian yang telah dilakukan oleh Setiawan (2017), Budiawan (2015), Marizki et al. (2014). Beban kerja merupakan jumlah rata-rata kegiatan kerja pada waktu tertentu meliputi aspek fisik, aspek psikologis dan waktu kerja



- 1) Aspek fisik terdiri dari tugas pokok dan fungsi (tupoksi), jumlah melayani pasien atau tambahan lainnya.
- 2) Aspek psikologis dapat terjadi karena lingkungan kerja meliputi rekan kerja yang tidak harmonis (antar pegawai maupun pegawai dengan pasien) serta ketidaksesuaian pekerjaan.
- 3) Waktu kerja produktif merupakan banyaknya jam kerja yang digunakan pegawai dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya berdasarkan uraian tugas dan waktu pelaksanaan tugas tambahan yang tidak termasuk dalam tugas pokok.

**e. Motivasi**

Motivasi merupakan suatu proses yang dilakukan oleh seseorang yang berusaha mencapai tiga komponen yakni intensitas, arah dan kegigihan (Robbins & Judge, 2013). Jenis-jenis motivasi yakni intrinsik dan ekstrinsik. Motivasi intrinsik (IM) adalah kekuatan batin yang mengarahkan pekerja untuk memenuhi tujuan pribadi dan organisasi, sedangkan motivasi ekstrinsik (EM) adalah kekuatan eksterior yang mengarahkan pekerja untuk memenuhi tujuan pribadi dan organisasi (Hee et al., 2016).

Landy dan Becker di dalam Nursalam (2011) menghimpun banyak pendekatan modern pada berbagai teori motivasi dan praktik menjadi empat golongan yaitu teori kebutuhan, teori penguatan, teori keadilan dan teori harapan.



## 1) Teori Kebutuhan

Teori kebutuhan lebih memprioritaskan pada kebutuhan individu agar memiliki hidup yang berkecukupan. Dalam praktiknya, teori kebutuhan berhubungan dengan apa yang dilakukan individu untuk memenuhi kebutuhannya. Menurut teori kebutuhan, motivasi dimiliki oleh individu sebelum mencapai tingkat kepuasan tertentu dalam kehidupannya. Kebutuhan yang telah terpenuhi tidak akan lagi menjadi motivator. Teori-teori yang termasuk dalam teori kebutuhan diantaranya itu:

### a) Teori hierarki kebutuhan menurut Maslow

Teori ini dikembangkan oleh Abraham Maslow yang mengemukakan kebutuhan FAKHA (Fisiologis, Aman, Kasih sayang, Harga diri dan Aktualisasi diri). Lima macam hierarki kebutuhan tersebut dimulai dari kebutuhan fisiologis yang paling mendasar sampai kebutuhan tertinggi yaitu aktualisasi diri. Menurut Maslow, individu akan termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang paling menonjol atau paling kuat bagi mereka pada waktu tertentu (Nursalam, 2011).

### b) Teori ERG

Teori ini menjelaskan bahwa individu yang bekerja keras agar terpenuhinya kebutuhan esistensi (*Existence*, kebutuhan mendasar dari Maslow), kebutuhan keterkaitan (*Relatedness*, kebutuhan hubungan antar pribadi) dan



kebutuhan perkembangan (*Growth*, kebutuhan akan kreatifitas pribadi atau pengaruh produktif). Teori ERG berpendapat bahwa jika kebutuhan yang lebih tinggi mengalami kekecewaan maka kebutuhan yang lebih rendah akan kembali walaupun sudah terpuaskan.

c) Teori tiga macam kebutuhan

John W. Atkinson menguraikan tiga jenis dorongan mendasar dalam diri individu yang termotivasi, yaitu kebutuhan untuk mencapai prestasi (*need for achievement*), kebutuhan kekuatan (*need of power*) dan kebutuhan untuk berafiliasi atau berhubungan dekat dengan orang lain (*need for affiliation*) (Nursalam, 2011).

d) Teori motivasi dua faktor

Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori motivasi dua faktor. Teori ini dikembangkan oleh Frederick Herzberg yang menyebutkan bahwa karyawan dapat dimotivasi oleh pekerjaannya sendiri dan didalamnya terdapat kepentingan berdasarkan tujuan organisasi. Dalam penelitian Herzberg menyimpulkan bahwa ketidakpuasan (faktor *hygiene*) dan kepuasan (faktor motivator) dalam bekerja muncul dari dua faktor yang terpisah.

Faktor-faktor yang berperan sebagai motivator terhadap karyawan menurut Herzberg adalah faktor yang mampu



memuaskan dan mendorong orang untuk bekerja dengan baik yaitu dengan prestasi, kemajuan, tanggung jawab, pengakuan dan pertumbuhan. Rangkaian kepuasan tersebut berkaitan dengan sifat pekerjaan atau kedudukan pekerjaan dan dengan imbalan yang dihasilkan secara langsung dari prestasi kerjanya serta peningkatan dalam tugasnya. Namun perlu dipahami apabila faktor-faktor tersebut tidak terpenuhi, maka tidak akan selalu menimbulkan ketidakpuasan, tetapi mereka akan selalu bersatu untuk memenuhinya.

Faktor penyebab ketidakpuasan kerja meliputi insentif/gaji, kondisi kerja, hubungan dengan rekan kerja, hubungan dengan atasan, kebijakan dan administrasi perusahaan dan keamanan. Menurut Herzberg, gaji dan tunjangan relatif kecil mempengaruhi prestasi kerja seseorang, namun kebijaksanaan organisasi secara keseluruhan mempengaruhi motif karyawan untuk berprestasi atau tidak (Nursalam, 2011). Pada penelitian ini, hanya menggunakan lima faktor yang tergabung dari kepuasan dan ketidakpuasan, diantaranya yaitu tanggung jawab, pengakuan, komitmen pemimpin atau hubungan dengan atasan, insentif dan kondisi kerja.



## 2) Teori penguatan

Teori penguatan dikaitkan oleh ahli psikologis B.F. Skinner yang mengemukakan bagaimana konsekuensi tingkah laku di masa lampau akan mempengaruhi tindakan di masa depan dalam proses belajar siklis. Proses ini dapat dinyatakan sebagai berikut: Rangsangan → Respon → Konsekuensi → Respon masa depan. Teori ini berdasarkan pada ingatan orang mengenai pengalaman rangsangan respon konsekuensi. Menurut teori penguatan, seseorang akan termotivasi jika dia memberikan respon pada rangsangan terhadap pola tingkah laku yang konsisten sepanjang waktu (Nursalam, 2011).

## 3) Teori keadilan

Teori ini berdasarkan pada asumsi bahwa faktor utama dalam motivasi pekerjaan adalah hasil evaluasi individu atau keadilan dari penghargaan yang diterima. Dengan kata lain, Individu akan termotivasi jika hal yang mereka dapatkan seimbang dengan usaha yang mereka kerjakan.

## 4) Teori harapan

Teori ini menjelaskan cara memilih dan bertindak dengan menggunakan berbagai alternatif tingkah laku berdasarkan harapannya atau terdapat keuntungan yang diperoleh dari tiap tingkah laku. Teori harapan terdiri atas dasar harapan hasil prestasi, valensi (kekuatan untuk memotivasi) dan harapan prestasi usaha.



Studi literatur yang telah dilakukan oleh Baljoon et al. (2018) menguraikan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi motivasi kerja perawat, diantaranya yaitu:

1) Faktor pribadi

Karakteristik pribadi seperti usia, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan dan lain-lain merupakan faktor pribadi yang mempengaruhi motivasi perawat (Baljoon et al., 2018). Pada sebuah studi kuantitatif yang dilakukan di Iran, hasilnya menunjukkan bahwa usia, jenis kelamin, gelar akademik, pengalaman bertahun-tahun dan status perkawinan adalah variabel penting yang mempengaruhi faktor motivasi (Heidarian et al., 2015).

2) Kualifikasi pendidikan

Sebuah penelitian yang dilakukan di Ethiopia menunjukkan bahwa profesional kesehatan dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi seperti gelar master dan dokter memiliki skor motivasi rata-rata tertinggi (Dagne et al., 2015).

3) Posisi/wewenang

Penelitian Gaki et al. (2013) menunjukkan bahwa manajer perawat (perawat di posisi terdepan) lebih termotivasi daripada staf perawat. Hasil serupa ditunjukkan oleh Ghasemi et al. (2015)



bahwa status dan otoritas adalah faktor paling penting yang berkontribusi terhadap motivasi kerja perawat.

Julie et al. (2017) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa faktor-faktor yang dapat mendukung pelaksanaan proses keperawatan yaitu motivasi perawat. Namun, Sovia et al. (2019) mengungkapkan bahwa motivasi (55,3%) merupakan salah satu faktor yang menghambat dalam proses pemberian asuhan keperawatan pada keluarga di Kota Jambi.

Faktor lain yang dapat berhubungan dengan pelaksanaan program perkesmas yaitu usia, jenis kelamin, masa kerja dan tingkat pendidikan, seperti diuraikan berikut ini:

#### 1) Usia

Usia merupakan salah satu variabel individu yang dapat mempengaruhi kegiatan yang dikerjakan oleh seseorang. Usia lanjut umumnya lebih bertanggung jawab dan lebih teliti dalam melaksanakan pekerjaannya dibandingkan dengan usia muda karena usia yang lebih muda masih memiliki pengalaman yang kurang sehingga usia yang lebih tua lebih optimal dalam pelaksanaan perkesmas (Ibrahim et al., 2017). Menurut Hurlock (2011), kategori usia diantaranya yaitu usia dewasa awal (21-40 tahun), usia dewasa madya (41-60 tahun) dan usia lansia (>60 tahun).

#### 2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menentukan cara bekerja seseorang. Biasanya perempuan memiliki kecenderungan bekerja lebih teliti dan



hati-hati sedangkan laki-laki lebih mengutamakan hasil akhir (Jumariah & Mulyadi, 2017). Namun, pada penelitian Tafwidhah et al. (2012) mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Harmiyati et al. (2016) bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kinerja perawat perkesmas di Puskesmas.

### 3) Tingkat pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah seseorang untuk menyerap informasi dan berpikir rasional (Suardi, 2016). Hasil serupa ditunjukkan oleh Jumariah & Mulyadi (2017) bahwa tingkat pendidikan seseorang sangat berpengaruh terhadap pelayanan keperawatan, semakin dia berpendidikan maka semakin bijaksana dalam menyampaikan pendapat dan bertutur kata kepada pasien begitu juga dengan kompetensi yang di milikinya.

Namun, pendapat berbeda dikemukakan oleh Tafwidhah et al. (2012) bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas. Hal ini didukung oleh Ibrahim et al. (2017) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan tidak memiliki hubungan dengan pelaksanaan perkesmas di Kecamatan Rappocini Kota Makassar.



#### 4) Masa kerja

Masa kerja merupakan salah satu penentu bagi perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan sehari-hari karena semakin lama perawat bekerja maka semakin banyak pengalaman yang akan menunjang keterampilan dalam menghadapi masalah terkait pekerjaannya. Semakin lama masa kerja seseorang maka kemampuan bekerjanya akan semakin baik karena telah beradaptasi dengan pekerjaannya (Ibrahim et al., 2017). Harmiyati et al. (2016) juga mengemukakan hal sama yaitu masa kerja dapat dikaitkan dengan pengalaman, semakin lama masa kerja seseorang maka semakin terampil dalam melakukan pekerjaannya. Handoko (2010) menguraikan 2 kategori masa kerja yaitu baru ( $\leq 3$  tahun) dan lama ( $> 3$  tahun).

Masa kerja atau lama kerja perawat mampu mempengaruhi pelaksanaan perkesmas (Ibrahim et al., 2017). Hasil serupa ditunjukkan oleh Amperaningsih & Agustanti (2013) bahwa terdapat hubungan antara lama kerja dengan nilai  $p=0,037$  ( $p<0,05$ ) terhadap pelaksanaan perkesmas di Puskesmas Kota Bandar Lampung.

