

SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR ORGANISASI YANG BERHUBUNGAN DENGAN CAKUPAN IMUNISASI PUSKESMAS DI WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH UTARA TAHUN 2015

Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Pada Universitas
Serambi Mekkah Banda Aceh



OLEH

**CUT MALAHAYATI
NPM : 1216010229**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
BANDA ACEH
2015**

Universitas Serambi Mekkah
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Administrasi Kebijakan Kesehatan
Skripsi, 14 November 2015

ABSTRAK

NAMA :CUT MALAHAYATI

NPM : 1216010229

Analisis Faktor-Faktor Organisasi Yang Berhubungan Dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015

xiv + 74 Halaman : 11 Tabel, 2 Gambar, 11 Lampiran

Pada struktur organisasi terdapat garis hubungan antar pimpinan dan karyawan yang memiliki garis hubungan antar tugas, wewenang, dan tanggung jawab. Koordinasi diperlukan untuk memperoleh kesatuan tindak dalam mencapai tujuan organisasi. Program imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara Desember 2014, terdapat 38.122 balita yang menjadi sasaran imunisasi yang tersebar di 31 puskesmas yang ada di Kabupaten Aceh Utara, yang mendapat imunisasi BCG sebanyak 32,05%, DPT I sebanyak 31,94%, DPT II sebanyak 36,81%. Tujuan penelitian ini adalah Untuk menganalisis faktor-faktor organisasi yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara.

Penelitian ini bersifat *analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh petugas imunisasi Puskesmas di Kabupaten Aceh Utara yang berjumlah 31 orang. Penelitian ini dilaksanakan dari tanggal 1 September sampai 18 September 2015.

Hasil penelitian didapatkan fasilitas imunisasi di puskesmas umumnya kategori lengkap yaitu sebanyak 26 puskesmas (83,9 organisasi di puskesmas umumnya kategori mendukung yaitu sebanyak 23 puskesmas (74,2%), SDM pegawai di puskesmas umumnya kategori baik yaitu sebanyak 20 orang (64,5%), cakupan imunisasi di puskesmas umumnya kategori sesuai target yaitu sebanyak 24 puskesmas (77,4%). Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara fasilitas dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara ($p\text{-value} = 0,000$). Ada hubungan yang signifikan antara iklim organisasi dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara. Ada hubungan yang signifikan SDM pegawai dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara ($p\text{-value} = 0,000$). Ada hubungan antara Pendidikan dengan PHBS pada tatanan keluarga ($p\text{-value} = 0,004$). Ada hubungan antara informasi dengan PHBS pada tatanan keluarga ($p\text{-value} = 0,001$).

Diharapkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara agar melaksanakan pelatihan/penataran terhadap petugas imunisasi dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan untuk meningkatkan peningkatan pencapaian cakupan imunisasi dimasa yang akan datang.

Kata Kunci : Faktor Organisasi, Cakupan Imunisasi

Daftar Bacaan : 14 buah (1989-2005)

Serambi Mekkah University
Public Health Faculty
Administration of Health Policy
Thesis, November 14, 2015

ABSTRACT

NAME: CUT MALAHAYATI

NPM :1216010229

Analysis of Factors Related to Organizational Health Center Immunization Coverage In Working Area North Aceh District Health Office 2015

xiv + 74 Pages: 11 tables, 2 pictures, 11 Appendix

The organizational structure of the line there is a relationship between leaders and employees who have a relationship line between the duties, powers, and responsibilities. Coordination is needed to obtain unity of action in achieving organizational goals. The immunization program in North Aceh District Health Office in December 2014, there were 38 122 children who were targeted immunization scattered in 31 health centers in the district of North Aceh, who received BCG immunization as much as 32.05%, DPT I as much as 31.94%, DPT II as 36.81%. The purpose of this study was to analyze factors associated with the organization of immunization coverage in the Work Area Health Center Public Health Service North Aceh district.

This research is an analytic with cross sectional approach. The population in this study were all officers of immunization health centers in the district of North Aceh totaling 31. This study was conducted from September 1 to 18 September 2015.

The result showed immunization facilities in health centers generally complete category as many as 26 community health centers (83.9 organization in general category of supports as many as 23 health centers (74.2%), HR employee in health centers generally good category as many as 20 people (64.5 %), immunization coverage in health centers generally categories according to target as many as 24 health centers (77.4%). From the results it can be concluded that there is a significant relationship between facilities with immunization coverage in the North Aceh district health center (p -value = 0.000) . There was no significant relationship between organizational climate with immunization coverage at the health center North Aceh district, there is a significant association of HR employees with immunization coverage at the health center North Aceh district (p -value = 0.000). There is a relationship between education with PHBs in family structure (p -value = 0.004). There is a relationship between the PHBs information on the family structure (p -value = 0.001).

Expected to North Aceh District Health Office in order to carry out the training / upgrading of immunization workers in order to improve the knowledge and skills to enhance the achievement of an increase in immunization coverage in the future.

Keywords : Organizational Factors, Immunization

Reference : 14 Books (1989-2005)

LEMBARAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR ORGANISASI YANG BERHUBUNGAN
DENGAN CAKUPAN IMUNISASI PUSKESMAS DI WILAYAH
KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH UTARA
TAHUN 2015**

OLEH

**CUT MALAHAYATI
NPM : 1216010229**

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah

Banda Aceh, 10 Desember 2015
Pembimbing,

(Yusnidaryani,SKM, M.Kes)

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
DEKAN,**

(Dr.H.Said Usman, S.Pd, M.Kes

LEMBARAN PENGESAHAN

SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR ORGANISASI YANG BERHUBUNGAN DENGAN CAKUPAN IMUNISASI PUSKESMAS DI WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH UTARA TAHUN 2015

OLEH

**CUT MALAHAYATI
NPM : 1216010229**

Skripsi ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah

Banda Aceh, 10 Desember 2015

TANDA TANGAN

Penguji I : Ismail,SKM,M.Pd (_____)

Penguji II : Muhazar, SKM, M.Kes (_____)

Penguji III : Yusnidaryani,SKM, M.Kes (_____)

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
DEKAN,**

(Dr.H.Said Usman, S.Pd, M.Kes)

BIODATA PENULIS

I. Identitas Penulis

Nama : Cut Malahayati, AMG
Tempat/ Tanggal Lahir : Sigli, 01 Juni 1982
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : PNS
Alamat : Jln Panglateh No 22 Simpang Empat
Kec. Banda Sakti Kota Lhokseumawe

II. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : T. Fauzi (Alm)
Pekerjaan : -
Nama Ibu : Safiah Umar
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Busu Kumbang, Beureunun

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

1. SDN 2 Lhokseumawe : Tamat Tahun 1994
2. SMPN 4 Sigli : Tamat Tahun 1997
3. SMAN 1 Sigli : Tamat Tahun 2000
4. Akzi Banda Aceh : Tamat Tahun 2005
5. FKM USM : Masuk tahun 2013 s/d sekarang

JUDUL SKRIPSI

1. ANALISIS FAKTOR - FAKTOR ORGANISASI YANG BERHUBUNGAN DENGAN CAKUPAN IMUNISASI PUSKESMAS DI WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH UTARA TAHUN 2015

Banda Aceh, 21 Oktober 2015

Cut Malahayati, AMG

KATA MUTIARA



*Dari semua itu Kau tetapkan
Hidupku dalam tangan-Mu
Dalam takdir-Mu
Rencana indah yang itu Kau siapkan
Bagi masa depanku yang penuh harapan
Harapan kesuksesan terpangku di pundak
Sebagai janji kepada mereka...
Ayah dan bunda*

*Kini ku persembahkan skripsi ini
Sebagai ungkapan syukur dan terima kasihku
Untuk semua orang yang ku cintai
Untuk dosen yang itu berjasa
Untuk Ayah dan Bunda tercinta
Untuk suami dan Ananda tersayang
Untuk kakak – kakak tersayang, dan
Untuk sahabat terindahku
Terima kasihku tiada terhingga untuk semua
Kembali ke titik sebelumnya
Ku berpasrah diri dan bertawakal kepada-Nya
Hanya kepada-Nya
Dengan niat yang lurus, ikhlas dan berani bermimpi
Dan rasa kasih sayang ini yang membuatku sangat bersemangat
Yang mengalahkan rasa takut dihatiku ini*

*Akhir kata,
Diriku tiada apa-apa tanpa mereka
Dan sujud syukurku padamu Ya Rabb*

Alhamdulillahirabbil'alamin...

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur hanya bagi Allah S.W.T. dengan berkat rahmat dan kasih sayang-Nya penulis telah diberikan kesehatan, kekuatan dan kesabaran sehingga dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini. Selawat salam kita hantarkan kepada baginda Nabi Muhammad S.A.W berserta keluarga dan sahabat.

Dalam penulisan skripsi ini penulis telah banyak menerima bantuan baik moril maupun materil dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya terutama kepada **Ibu Yusnidaryani, SKM, MM, M.Kes** selaku pembimbing yang dengan sabar dan tekun memberikan bimbingan, petunjuk dan saran-saran sehingga terwujudnya skripsi ini, disamping itu dengan kesungguhan hati, penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Rektor Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh.
2. Dr. H. Said Usman, S.Pd, M.Kes selaku Dekan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh.
3. Bapak Ismail, SKM, M.Pd dan Bapak Muhazar, SKM, M.Kes selaku penguji skripsi
4. dr Makhrozal, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Aceh Utara yang telah memberikan izin penulis untuk penelitian ini.
5. Para Dosen dan Staf Akademika pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah.

Dan teristimewa penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada suami tercinta Muhammad Ali dan ananda tersayang Abizar yang telah memberikan dukungan moril.Terima kasih juga kepada sahabatku Oji, Yainah dkk yang selalu memberi motivasi dan setia menemani penulis dalam menyelesaikan skripsi ini serta kepada seluruh teman seangkatan di FKM Serambi Mekkah yang tidak mungkin penulis uraikan satu persatu.

Akhirnya dengan satu harapan, semoga penulisan skripsi ini dapat berguna dan bermanfaat bagi kita semua. Amin

Lhokseumawe,21 Oktober 2015
Penulis

Cut Malahayati

DAFTAR ISI

Halaman

JUDUL LUAR	
JUDUL DALAM.....	i
ABSTRAK	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iv
PENGESAHAN TIM PENGUJI.....	v
BIODATA PENULIS.....	vi
KATA MUTIARA.....	vii
KATAPENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv

BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2. Tujuan Khusus	7
1.4. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1. Organisasi.....	9
2.1.1 Pengertian	9
2.1.2 Tujuan Organisasi.....	10
2.1.3 Struktur Organisasi	11
2.1.4 Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Organisasi	15
2.2 Imunisasi.....	30
2.2.1 Pengertian	30
2.2.2 Perkembangan Imunisasi di Indonesia	31
2.2.3 Jenis-Jenis Imunisasi	32
2.2.4 Tujuan imunisasi	33
2.3 Faktor Organisasi yang Mempengaruhi Cakupan Imunisasi.....	34
2.3.1. Tenaga Pelaksana Imunisasi	34
2.3.2. Fasilitas Imunisasi	37
2.4 Puskesmas.....	42
2.4.1. Pengertian	42
2.4.2. Prinsip Penyelenggaraan	si dan Wewenang.. 43
2.4.3. Program Pokok Puskesmas	44
2.5 Kerangka Teori.....	52

BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....	53
3.1 Kerangka Konsep.....	53
3.2 Variabel Penelitian.....	53
3.3 Definisi Operasional.....	54
3.4 Cara Pengukuran Variabel.....	54
3.5 Hipotesis Penelitian.....	55
BAB IV METODELOGI PENELITIAN.....	56
4.1 Jenis Penelitian.....	56
4.2 Populasi dan Sampel	56
4.2.1.Populasi	56
4.2.2.Sampel.....	56
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	56
4.3.1Tempat Penelitian	56
4.3.2 Waktu Penelitian.....	56
4.4 Teknik Pengumpulan Data.....	57
4.4.1. Data Primer	57
4.4.2. Data Sekunder.....	58
4.5 Pengolahan Data.....	59
4.6 Analisia Data.....	59
4.6.1 Uji Univariat.....	59
4.6.2 Uji Bivariat.....	60
4.7 Penyajian Data.....	61
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	62
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	62
5.1.1. Data Geografis.....	62
5.1.2. Data Demografis.....	62
5.1.3. Fasilitas Kesehatan	63
5.1.4. Karakteristik Responden	64
5.2 Hasil Penelitian	65
5.2.1. Analisa Univariat.....	65
5.2.2. Analisa Bivariat	67
5.3 Pembahasan	69
5.3.1. Hubungan Fasilitas dengan Cakupan Imunisasi.....	69
5.3.2. Hubungan Iklim Organisasi dengan Cakupan Imunisasi.....	71
5.3.3. Hubungan SDM Pegawai dengan Cakupan Imunisasi	72
BAB VI KESIMPULAN.....	74
6.1 Kesimpulan	74
6.2 Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Jenis-jenis Imunisasi yang di Wajibkan Oleh Pemerintah.....	32
Tabel 2.2 Jenis Vaksin Penting Namun Belum di Wajibkan Oleh Pemerintah.....	32
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	54
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Petugas Imunisasi diPuskesmas Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015	64
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Fasilitas Imunisasi di Puskesma Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015	65
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Iklim Organisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015	65
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi SDM Pegawai di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015	66
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Cakupan Imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015	66
Tabel 5.6 Hubungan Fasilitas dengan Cakupan Imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015	67
Tabel 5.7 Hubungan Iklim Organisasi dengan Cakupan Imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015	68
Tabel 5.8 Hubungan SDM Pegawai dengan Cakupan Imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015	69

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Kerangka Teori	52
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	53

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Kuesioner Penelitian.....	77
Lampiran 2 Master Tabel.....	81
Lampiran 3 Output SPSS	Page 1
Lampiran 4 Tabel Skor	91
Lampiran 5 Surat Keputusan Skripsi	92
Lampiran 6 Surat Permohonan Izin Penelitian	94
Lampiran 7 Balasan Telah Melakukan Penelitian	95
Lampiran 9 Lembar Kendali Buku	96
Lampiran 10 Format Sidang Skripsi	98
Lampiran 11 Daftar Konsul	99
Lampiran 12 Jadwal Penelitian.....	100

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembangunan suatu bangsa memerlukan aset pokok yang disebut sumber daya (*resources*), baik sumber daya alam (*natural resources*), maupun sumber daya manusia (*human resources*) dan kedua sumber daya tersebut sangat penting dalam menentukan keberhasilan suatu pembangunan. Pengembangan sumber daya manusia (*human resources development*) adalah suatu proses peningkatan kualitas atau kemampuan manusia dalam rangka mencapai suatu tujuan pembangunan bangsa, yang meliputi perencanaan, pengembangan dan pengelolaan sumber manusia (Aviantono, 2009).

Organisasi adalah sarana dalam pencapaian tujuan, yang merupakan wadah kegiatan dari orang-orang yang bekerja sama dalam usahanya mencapai tujuan. Organisasi harus mampu mengelolah manajemennya untuk memenangkan persaingan pada era yang serba kompetitif supaya dapat bertahan untuk tumbuh dan berkembang sesuai dengan tujuan perusahaan (Notoadmodjo, 2006).

Pada struktur organisasi terdapat garis hubungan antar pimpinan dan karyawan yang memiliki garis hubungan antar tugas, wewenang, dan tanggung jawab. Koordinasi diperlukan untuk memperoleh kesatuan tindak dalam mencapai tujuan organisasi. Tanpa adanya koordinasi, orang-orang atau fungsi yang ada akan lebih mengejar kepentingannya sendiri sehingga mengorbankan tujuan organisasi (Kartini, 2010).

Koordinasi antar bagian sesuai dengan kegiatan organisasi akan menjadi salah satu faktor pendukung terhadap kelancaran dan keberhasilan pelaksanaan kegiatan organisasi untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Struktur organisasi disadari sangat penting peranannya dalam meningkatkan efektivitas kerja

Budaya organisasi kerap kali digunakan sebagai salah satu determinan alat dan kunci untuk keberhasilan atau kegagalan dalam pencapaian strategi usaha organisasi. Dengan kata lain, terdapat kecenderungan pada budaya organisasi sebagai suatu pondasi yang harus dimiliki organisasi, karena budaya organisasi sangat mendukung sukses atau gagalnya organisasi. Upaya peningkatan kinerja organisasi memerlukan adanya acuan baku yang diberlakukan oleh organisasi yang secara sistematis menuntun anggotanya untuk meningkatkan komitmen kerja pada organisasi (Notoadmodjo, 2006).

Kinerja tenaga kesehatan merupakan masalah yang sangat penting untuk dikaji dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan. Kajian-kajian mengenai kinerja dapat memberikan kejelasan tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja personil. Kinerja maupun perilaku kerja seseorang dapat dipengaruhi oleh 3 kelompok variabel yaitu variabel individu, variabel psikologis dan variabel organisasi. Ketiga kelompok variabel mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja seseorang. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu tugas/jabatan (Notoadmodjo, 2008).

Beberapa pandangan yang berkembang terkait rendahnya cakupan imunisasi adalah buruknya citra pelayanan dan di antaranya pegawai imunisasi (jurim) yang tidak disiplin, kurang ramah, kurang professional, jadwal imunisasi yang tidak teratur padahal kondisi geografis dibedakan berapapun tidak mendukung akibat jauhnya jarak tempuh, tidak adanya transportasi, jam buka pustkesmas yang terbatas dan lain-lain. Di samping itu petugas kesehatan (bidan) juga melakukan praktik swasta di luar jam kerja pustkesmas yang memungkinkan persaingan terselubung dengan pustkesmas, yang berpengaruh terhadap angka cakupan imunisasi (Muninjaya, 2010).

Program imunisasi merupakan sub sistem dari pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif, selain itu imunisasi merupakan upaya yang sangat penting dalam mencegah penyakit serta merupakan *public good* (barang bukti) karena manfaatnya dapat dirasakan oleh orang banyak. Pelaksanaan program imunisasi secara nyata dilaksanakan di pustkesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan. Tujuan program imunisasi adalah menurunkan angka kematian bayi akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).

Lebih dari 12 juta anak berusia kurang dari 5 tahun meninggal setiap tahun, sekitar 2 juta disebabkan oleh penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Serangan penyakit tersebut akibat status imunisasi dasar yang tidak lengkap pada sekitar 20% anak sebelum ulang tahun yang pertama (WHO dan UNICEF dalam Utomo, 2008). Berdasarkan estimasi global yang dilakukan WHO tahun 2007 pelaksanaan imunisasi dapat mencegah kurang lebih 25 juta kematian

balita tiap tahun akibat penyakit difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan) dan campak. Di seluruh dunia, cakupan imunisasi polio yang diterima bayi dengan dosis vaksin polio tahun 2010 adalah 82% dan cakupan imunisasi Hepatitis B dengan 3 dosis vaksin adalah 65%. Sedangkan cakupan imunisasi DPT dan campak masing-masing sebesar 81% dan 82% (WHO, 2010).

Salah satu target keberhasilan kegiatan imunisasi adalah tercapainya *Universal Child Immunization* (UCI), yaitu cakupan imunisasi lengkap bayi, secara merata pada bayi di 100% desa/kelurahan pada tahun 2010. Indikator imunisasi lengkap adalah cakupan imunisasi kontak pertama (DPT I) sebesar 90%, dan cakupan imunisasi kontak lengkap (campak) sebesar 80%. Indikator lainnya yang digunakan untuk kontak lengkap adalah cakupan imunisasi DPT 3 sebesar 80%. Secara nasional, pencapaian UCI tingkat desa/kelurahan tahun 2008-2009 mengalami peningkatan 6,8% dari 69,43% tahun 2004 menjadi 76,23% tahun 2005 (Profil Kesehatan Indonesia, 2010).

Hasil cakupan imunisasi Nasional tahun 2012 BCG (86,9%), DPT 3 (67,7%), Polio 3 (71,0%), HB 3 (62,8), Campak (81,6%). Hasil cakupan tersebut tidak jauh berbeda dengan hasil survei cakupan imunisasi nasional yang dilakukan Pusat Riset Epidemiologi dan Surveilens Departemen Epidemiologi Universitas Indonesia yaitu BCG, DPT I dan Campak >80% sedangkan DPT 3 dan HB 3 <80% (*Immunization Coverage Survey*, 2012). Imunisasi lengkap yaitu 1 (satu) dosis vaksin BCG, 3 (tiga) dosis vaksin DPT, 4 (empat) dosis vaksin Polio dan 1 (satu) vaksin Campak serta ditambah 3 (dosis) vaksin Hepatitis B diberikan

sebelum anak berumur satu tahun (9- 11 bulan) (*Immunization Coverage Survey, 2012*).

Menurut data yang diperoleh dari Riset Kesehatan Dasar (2014), didapatkan hasil dengan persentase imunisasi menurut jenisnya yang tertinggi sampai terendah adalah BCG (77,9%), Campak (74,4%), Polio 4 (66,7%) dan terendah DPT-HB3 (61,9%). Adapun cakupan imunisasi dasar lengkap yang sudah didapatkan anak umur 12-23 bulan sebesar 53,8%, yang tidak lengkap sebesar 33,5% dan yang tidak imunisasi sebesar 12,7%. (Riskesda, 2014).

Cakupan imunisasi bayi Dinas Kesehatan Propinsi Aceh (2014) dari 431.445 orang bayi yang menjadi sasaran, bayi yang mendapat imunisasi BCG sebesar 342.135 orang (79,3%), DPT I sebesar 319.700 orang (74,1%), DPT II sebesar 289.068 (67,0%), DPT III sebesar 263.138 (61,3%), Polio sebesar 245.923 orang bayi (55,32), Campak sebesar 220.751 orang (80,33%) dan hepatitis sebesar 137.403 orang bayi (50%). (Profil Dinas Kesehatan Aceh, 2014).

Program imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara Desember 2014, terdapat 38.122 balita yang menjadi sasaran imunisasi yang tersebar di 31 puskesmas yang ada di Kabupaten Aceh Utara. Yang mendapat imunisasi BCG sebanyak 12.217 orang (32,05%), DPT I sebanyak 12.176 orang (31,94%), DPT II sebanyak 14.031 orang (36,81%), DPT III sebanyak 19.931 orang (52,3%), Polio I sebanyak 21.152 orang (55,48%), Polio II sebanyak 20.040 orang (52,6%), Polio III sebanyak 19.047 orang (49,97%), Polio IV sebanyak 19.002 orang (49,8%), Campak sebanyak 22.028 orang (57,7%), Hepatitis I sebanyak

21.060orang(55,2%), Hepatitis II sebanyak 17.085orang (44,8%), Hepatitis III sebanyak 18.193 orang(47.7%) (Profil Dinas Kesehatan Aceh Utara, 2014).

Masih rendahnya cakupan imunisasi di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya masih minimnya fasilitas imunisasi dipuskesmas, petugas jurim di Puskesmas masih belum terampil serta kurangnya dukungan dari kepala puskesmas. Dari hasil wawancara dengan 5 (lima) Jurim didapatkan bahwa sebanyak 3 (tiga) Jurim menyatakan bahwa tempat penyimpanan vaksin sudah rusak dan mereka menyimpan vaksin di lemari es (kulkas) biasa sehingga manfaat dari vaksin tersebut sudah kurang efektif terhadap imunitas balita. Dari hasil wawancara juga didapatkan bahwa sebanyak 4 (empat) Jurim menyatakan bahwa rekan sejawat mereka tidak mau membantu memberikan imunisasi apabila kebetulan mereka berhalangan masuk kerja

Berdasarkan uraian tersebut diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang analisis faktor-faktor organisasi yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tahun 2015.

1.2. Perumusan Masalah

Dari uraian latar belakang diatas tadi, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Faktor-faktor organisasi apa sajakah yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tahun 2015 ?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor-faktor organisasi yang berhubungan dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1. Menganalisis hubungan fasilitas yang dimiliki dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tahun 2015

1.3.2.2. Menganalisis hubungan iklim organisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tahun 2015.

1.3.2.3. Menganalisis hubungan faktor SDM petugas dengan cakupan imunisasi puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tahun 2015

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Sebagai informasi bagi kepala puskesmas, khususnya pengelola imunisasi puskesmas dalam meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan imunisasi

1.4.2. Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten dalam menyusun kebijakan dan strategi pelayanan kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan pelayanan imunisasi sehubungan dengan diketahuinya karakteristik

faktor-faktor organisasi yang berhubungan dengan cakupan imunisasi puskesmas di Kabupaten Aceh Utara.

- 1.4.3. Bagi ilmu pengetahuan diharapkan penelitian ini dapat lebih memacu penelitian-penelitian lebih lanjut tentang manajemen sumber manusia yang menyangkut tenaga kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Organisasi

2.1.1. Pengertian

Terdapat beberapa teori dan perspektif mengenai organisasi, ada yang cocok satu sama lain, dan ada pula yang berbeda. Organisasi pada dasarnya digunakan sebagai tempat atau wadah bagi orang-orang untuk berkumpul, bekerjasama secara rasional dan sistematis, terencana, terpimpin dan terkendali, dalam memanfaatkan sumber daya, sarana-parasarana, data, dan lain sebagainya yang digunakan secara efisien dan efektif untuk mencapai tujuan organisasi.

Menurut para ahli terdapat beberapa pengertian organisasi sebagai berikut(Effendi, N, 2006)

1. Stoner mengatakan bahwa organisasi adalah suatu pola hubungan-hubungan yang melalui mana orang-orang di bawah pengarahan atasan mengejar tujuan bersama
2. James D. Mooney mengemukakan bahwa organisasi adalah bentuk setiap perserikatan manusia untuk mencapai tujuan bersama
3. Chester I. Bernard berpendapat bahwa organisasi adalah merupakan suatu sistem aktivitas kerja sama yang dilakukan oleh dua orang atau lebih
4. Stephen P. Robbins menyatakan bahwa Organisasi adalah kesatuan (*entity*) sosial yang dikoordinasikan secara sadar, dengan sebuah batasan yang relatif

dapat diidentifikasi, yang bekerja atas dasar yang relatif terus menerus untuk mencapai suatu tujuan bersama atau sekelompok tujuan.

Sebuah organisasi dapat terbentuk karena dipengaruhi oleh beberapa aspek seperti penyatuan visi dan misi serta tujuan yang sama dengan perwujudan eksistensi sekelompok orang tersebut terhadap masyarakat. Organisasi yang dianggap baik adalah organisasi yang dapat diakui keberadaannya oleh masyarakat di sekitarnya, karena memberikan kontribusi seperti; pengambilan sumber daya manusia dalam masyarakat sebagai anggota-anggotanya sehingga menekan angka pengangguran(Notoadmodjo, 2008)

Orang-orang yang ada di dalam suatu organisasi mempunyai suatu keterkaitan yang terus menerus.Rasa keterkaitan ini, bukan berarti keanggotaan seumur hidup.Akan tetapi sebaliknya, organisasi menghadapi perubahan yang konstan di dalam keanggotaan mereka, meskipun pada saat mereka menjadi anggota, orang-orang dalam organisasi berpartisipasi secara relatif teratur.

2.1.2. Tujuan Organisasi

Tujuan organisasi berfungsi sebagai berikut : (Gibson, 2001)

2.1.2.1. Legitimasi (*Legitimacy*).

Misi sebuah organisasi menggambarkan apa yang dilakukan dan alasan keberadaan organisasi tersebut. Hal ini melambangkan legitimasi kepada pihak eksternal seperti investor, pelanggan dan pemasok.Misi membantu mereka dan masyarakat local memandang perusahaan secara positif dan karena itu menerima keberadaan perusahaan.Misi yang kuat juga memberikan dampak bagi karyawan,

membuat mereka berkomitmen terhadap organisasi karena pengidentifikasi diri mereka atas tujuan dan alasan keberadaan perusahaan secara keseluruhan.

2.1.2.2. Sumber motivasi dan komitmen (*Source of Motivation and commitment*).

Tujuan memfasilitasi identifikasi karyawan dan organisasi dan membantu memotivasi mereka dengan mengurangi ketidak pastian serta mengklifikasi apa yang harus mereka capai. Kurang jelasnya tujuan dapat merusak motivasi dan komitmen karyawan.

2.1.2.3. Panduan untuk Tindakan (*Guides to Action*).

Tujuan memberikan arah. Kedua hal ini memfokuskan perhatian pada target tertentu dan mengarahkan usaha karyawan menuju hasil yang berguna.

2.1.2.4. Pengambilan Keputusan yang Rasional (*Rational for Decisions*)

Melalui penentuan tujuan para manajer belajar tentang apa yang hendak dicapai organisasi. Mereka dapat membuat keputusan untuk menjamin bahwa kebijakan internal, peran, kinerja, struktur, produk dan pengiriman akan dilakukan sesuai dengan hasil yang diharapkan. Keputusan organisasi akan sejalan dengan rencana.

2.1.2.5. Standar Kinerja (*Standard of Performance*)

Karena tujuan menjelaskan hasil yang diharapkan organisasi, maka tujuan juga berfungsi sebagai kriteria kinerja. Tujuan memberikan standar penilaian

2.1.3. Struktur organisasi

2.1.3.1 Pengertian

Struktur organisasi adalah susunan komponen-komponen atau unit-unit kerja dalam suatu organisasi. Dari definisi sederhana tersebut meunjukkan bahwa

adanya pembagian kerja. Selain itu, dengan adanya struktur organisasi tersebut fungsi-fungsi atau kegiatan-kegiatan yang berbeda-beda tersebut dapat terintegrasi (ikoordinasi) dengan baik dan tersusun dengan baik (Effendy, 2006)

1. Struktur Sederhana

Struktur sederhana merupakan sebuah struktur yang memiliki kadar departementalisasi yang rendah, rentang kendali yang luas, wewenang yang hanya terpusat pada seseorang dan sedikit formalisasi. Struktur sederhana paling banyak dipraktikkan dalam usaha-usaha kecil yang dipimpin manajer merangkap pemilik

2. Birokrasi

Birokrasi adalah sebuah struktur yang memiliki tugas-tugas operasi yang sangat rutin. Tugas-tugas tersebut dicapai melalui spesialisasi, aturan dan ketentuan yang sangat formal. Tugas-tugas dalam birokrasi dikelompokkan kedalam berbagai departemen fungsional, wewenang terpusat, rentang kendali yang sempit dan pengambilan keputusan yang mengikuti rantai komando.

3. Struktur Matriks

Struktur matriks merupakan sebuah struktur yang menciptakan garis wewenang ganda dan menggabungkan departementalisasi fungsional dan produk. Struktur ini dapat ditemukan di agen-agen periklanan, perusahaan pesawat terbang, rumah sakit, lembaga-lembaga pemerintahan dan universitas.

2.1.3.2. Faktor Penentu Struktur Organisasi

Sebagian organisasi terstruktur pada garis yang lebih mekanistik sedangkan sebagian yang lain mengikuti karakteristik organik. Berikut adalah

faktor-faktor utama yang diidentifikasi menjadi penyebab atau penentu struktur suatu organisasi: (Effendy, 2006)

1. Strategi

Struktur organisasi adalah salah satu sarana yang digunakan manajemen untuk mencapai sasarannya. Karena sasaran diturunkan dari strategi organisasi secara keseluruhan, logis kalau strategi dan struktur harus terkait erat. Tepatnya, struktur harus mengikuti strategi. Jika manajemen melakukan perubahan signifikan dalam strategi organisasinya, struktur pun perlu dimodifikasi untuk menampung dan mendukung perubahan ini. Sebagian besar kerangka strategi dewasa ini terfokus pada tiga dimensi - inovasi, minimalisasi biaya, dan imitasi- dan pada desain struktur yang berfungsi dengan baik untuk masing-masing dimensi.

Strategi inovasi adalah strategi yang menekankan diperkenalkannya produk dan jasa baru yang menjadi andalan. Strategi minimalisasi biaya adalah strategi yang menekankan pengendalian biaya secara ketat, menghindari pengeluaran untuk inovasi dan pemasaran yang tidak perlu, dan pemotongan harga. Strategi imitasi adalah strategi yang mencoba masuk ke produk-produk atau pasar-pasar baru hanya setelah viabilitas terbukti.

2. Ukuran Organisasi

Terdapat banyak bukti yang mendukung ide bahwa ukuran sebuah organisasi secara signifikan memengaruhi strukturnya. Sebagai contoh, organisasi-organisasi besar yang mempekerjakan 2.000 orang atau lebih cenderung memiliki banyak spesialisasi, departementalisasi, tingkatan vertikal, serta aturan dan

ketentuan daripada organisasi kecil. Namun, hubungan itu tidak bersifat linier. Alih-alih, ukuran memengaruhi struktur dengan kadar yang semakin menurun. Dampak ukuran menjadi kurang penting saat organisasi meluas.

3. Teknologi

Istilah teknologi mengacu pada cara sebuah organisasi mengubah input menjadi output. Setiap organisasi paling tidak memiliki satu teknologi untuk mengubah sumber daya finansial, SDM, dan sumber daya fisik menjadi produk atau jasa.

4. Lingkungan

Lingkungan sebuah organisasi terbentuk dari lembaga-lembaga atau kekuatan-kekuatan di luar organisasi yang berpotensi memengaruhi kinerja organisasi. Kekuatan-kekuatan ini biasanya meliputi pemasok, pelanggan, pesaing, badan peraturan pemerintah, kelompok-kelompok tekanan publik, dan sebagainya.

Struktur organisasi dipengaruhi oleh lingkungannya karena lingkungan selalu berubah. Beberapa organisasi menghadapi lingkungan yang relatif statis - tak banyak kekuatan di lingkungan mereka yang berubah. Misalnya, tidak muncul pesaing baru, tidak ada terobosan teknologi baru oleh pesaing saat ini, atau tidak banyak aktivitas dari kelompok-kelompok tekanan publik yang mungkin memengaruhi organisasi. Organisasi-organisasi lain menghadapi lingkungan yang sangat dinamis peraturan pemerintah cepat berubah dan memengaruhi bisnis mereka, pesaing baru, kesulitan dalam mendapatkan bahan baku, preferensi pelanggan yang terus berubah terhadap produk, dan semacamnya.

Secara signifikan, lingkungan yang statis memberi lebih sedikit ketidakpastian bagi para manajer dibanding lingkungan yang dinamis. Karena ketidakpastian adalah sebuah ancaman bagi keefektifan sebuah organisasi, manajemen akan menocba meminimalkannya. Salah satu cara untuk mengurangi ketidakpastian lingkungan adalah melalui penyesuaian struktur organisasi.

2.1.4. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Organisasi

Faktor-faktor yang berhubungan dengan organisasi diantaranya adalah :

2.1.4.1. *Leadership*

Kepemimpinan meliputi proses memproses dalam menentukan tujuan organisasi, memotivasi perilaku pengikut untuk mencapai tujuan, mempengaruhi untuk memperbaiki kelompok dan budayanya. Kepemimpinan mempunyai kaitan yang erat dengan motivasi. Hal tersebut dapat dilihat dari keberhasilan seorang pemimpin dalam menggerakkan orang lain dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan sangat tergantung kepada kewibawaan, dan juga pimpinan itu dalam menciptakan motivasi dalam diri setiap orang bawahan, maupun atasan pimpinan itu sendiri.

2.1.4.2. Budaya

Adanya konsep budaya yang dikembangkan oleh pakar oraganisasi menjadi bagian yang erat kaitannya dengan aspek-aspek pengembangan organisasi. Maka muncullah istilah “Budaya Organisasi”. secara sederhana budaya organisasi dapat didefinisikan sebagai nilai-nilai dan cara bertindak yang dianut organisasi (beserta para anggotanya) dalam hubungannya dengan pihak

luar. Secara umum, perusahaan atau organisasi terdiri dari sejumlah orang dengan latar belakang kepribadian, emosi dan ego yang beragam. Hasil penjumlahan dan interaksi berbagai orang tersebut membentuk budaya organisasi.

2.1.4.3. Iklim Kerja/Organisasi

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

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

a. Pilar 1 - Berbagi visi,

Visi memberikan kerangka referensi ataupun pedoman bagaimana seharusnya perilaku organisasi. Visi menjelaskan secara rincian dapat dimengertioleh setiap personil, kenapa kita disini, siapa kita dan apa produk kita. Selain itu juga pimpinan harus dapat membuat setiap personil memiliki

dan loyal terhadap visi tersebut. Keterbatasan personil dalam pengembangan visi akan membuat dan mendorong mereka untuk berpegang teguh pada visi bersama, untuk itu perludilakukan komunikasi terbuka dan respon terhadap tuntutan, kritik dan saran. Dengan demikian seluruh personil harus ikut ambil bagian dalam pengembangan visi dan berbagi betapa pentingnya visi bagi setiap tugas baik individu, kelompok atau organisasi.

b. Pilar 2-Berbagi nilai.

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

c. Pilar 3-Tujuan.

Tujuan merupakan pedoman ideal dari tujuan jangka pendek dan menengah yang harus dicapai oleh organisasi. Setiap personil harus menentukan dan mendefinisikan tujuan kinerja masing-masing dan bekerja secara searah mencapai cita-cita organisasi.

d. Pilar 4- Fokus

Pemimpin harus mengembangkan proses menejemen sedemikian

rupasehingga setiap anggota bertindak konsisten dan fokus pada misi kelompok atau organisasi. Nilai dan tujuan yang dikembangkan didukung oleh struktur kelompok, kultur dan sistem simbolik komponen (penempatan staff, keterampilan, strategi, pengetahuan, teknologi dan sistem), pertimbangan politik (Karir, cara hidup, keluarga dan interaksi tugas) serta kebutuhan personil. Kesemuanya itu memberikan pekerjaan pada personil dan kelompok untuk fokus pada hal-hal penting yang membantu dalam mencapai tujuan.

f. Pilar 5- Kerinduan akan produktivitas.

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

g. Pilar 6- Dukungan untuk sukses.

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

h. Pilar 7- Personil dan kompeten.

Pimpinan harus yakin bahwa setiap personil mampu bekerja dengan baik

danyakinkalaumerekamempunyaikompetensiuntukmeJakukan pekerjaanyangmenjadi tanggungjawabnya.Setiappersonil harusmampu menampilkanperanmerekasecarabaik.Dengan demiklan,pimpinanhanya akan merekrut orang terbaik, kemudian melatih mereka untuk berkinerja tinggisesuaikebutuhanjabatan,kelompokdanorganisasi.

i.Pilar8- Kerjakelompok.

Untuk mencapai sesuatu yang besar, aliansi dan sinergi antar personilmutlakdilaksanakan melalui kerjakelompok.Percayadan saling menerima sertakreatifmenggunakanperbedaanpengetahuandan ketrampilan nampaknya merupakan pondasiuntuk berbaginilaisehingga kerjakelompokdapatdibangunsecaraefektif.

j.Pilar9- Pemberdayaan dan otonomi.

Untuk membuat personilsadar akan potensinya, begitu juga kelompok, setiapindividu harus merasa bebas untuk berkontribusi pada pencapaian tujuan.Kontribusipersonilharuscocokuntukindividudan merundingkannyasecaraterbukadenganpimpinan dan mitrakerjalainnya.

Untukmencapaikinerja tinggi, personilharusmerasadiberdayakandengan sepenuh hati. Artinya mereka harus merasa bebas untuk berkontribusi secaraspesifiksesuaidengankompetensimasing-masing.Dengan kondisi sepertiin! diharapkan setiap personil menyadari otonomidan pemberdayaannyaolehorganisasi.

k.Pilar10- Kepemimpinan.

Setiapsistemdaumumnya membutuhkankepemimpinan,

begitujugasetiappersonil

tentuberharapmemilikipemimpinyangbaik.Pemimpin yang sukses harus memimpindengan menciptakanatmosfir atau kondisi yang kondusif sehingga membuat setiappersonil dapat berkontribusi secara total.

I.Pilar11- Umpanbalikdanpenyelesaianmasalah.

Setiap pemimpin yang sukses selalu memberikan umpan balik tentang perilaku kerja personil dalam pencapaian tujuan mereka. Umpan balik memberikan informasi seberapa jauh penampilan personil konsisten dengan ekspektasi yang ditentukan. Umpan balik akan efektif bila SI penerirr.a mengharapkan informasi, maupun mendengarkan dan merubah perilaku kerja jika dibutuhkan dalam meningkatkan kinerja.

m.Pilar12- Imbalan.

Personll akan bekerja keras dan sungguh-sungguh bila usaha mereka menghasilkan apa yang mereka inginkan atau apa yang mereka butuhkan dan bernilai. Artinya personil akan termotivasi tinggi apabila usaha mereka menghasilkan sesuatu yang diharapkan dan bernilai. Konsekuensinya, lingkungan kerja harus memfasilitasi peluang kepada setiappersonil sehingga menghasilkan kualitas yang mereka harapkan.

Apabila iklim organisasi dirasakan sebagai sesuatu yang bermanfaat bagi kebutuhan individu, misalnya memperhatikan kepentingan karyawan dan berorientasi pada prestasi, maka dapat diharapkan tingkat perilaku karyawan mengarah pada tujuan yang tinggi. Demikian pula iklim organisasi yang timbul

bertentangan dengan tujuan, kebutuhan dan motivasi pribadi akan dapat mengakibatkan kepuasan dan kinerjanya menurun.

Menurut TagiuridanLitwin(dalam,Wirawan2007)Iklimorganisasi merupakan kualitaslingkunganinternalorganisasiyangsecararelatifterusberlangsung,dialami olehanggotaorganisasi, mempengaruhiperlakumerekadandapatdilukiskandalam pengertian satusetkarakteristikatausifatororganisasi.

Stinger(Wirawan, 2007) mendefinisikanbahwaiklimorganisasisebagikoleksi dan pola lingkungan yang menentukan munculnya motivasi serta berfokus pada persepsi-persepsi yangmasukakalataudapatdinilai,sehinggaempunyaipengaruh langsungterhadapkinerjaanggotaorganisasi.

Iklimorganisasiadalahlingkunganmanusia dimanapara pegawaiorganisasi melakukanpekerjaannya.Iklimorganisasitidakdapat dilihatataudisentuhetapiiklim adaseperti udaradalamsuaturuanganmengitari danmempengaruhisegala halyang terjadi dalamsuatuorganisasi (Davis1996).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa iklim organisasi merupakan suatu karakteristik yang menggambarkan lingkungan psikologis organisasi yang menunjukkan isi dan kekuatan dari pengaruh antara nilai, norma, sikap perilaku dan perasaan anggota organisasi.

2.1.4.4. Fasilitas

Dalam upaya untuk dapat memberikan pelayanan imunisasi secara maksimal terhadap kelompok sasaran, telah dicukupi berbagai sarana dan prasarana oleh pemerintah mulai dari sarana transportasi bagi petugas, lemari es, freezer dan vaccin carier/ cold box ataupun thermos es sebagai tempat untuk menyimpan dan membawa vaksin ke sasaran, alat suntik (sput), kesemuanya dengan cuma-cuma. Perlengkapan dan alat-alat kesehatan yang menunjang pengobatan hendaknya untuk keperluan inventarisasi digolongkan dalam dua jenis termasuk jenis yang habis terpakai dan tidak, hendaknya barang-barang tersebut ditentukan demikian. (Depkes RI, 2006).

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

Sarana prasarana yang menyenangkan akan menjadikuncipendorong bagi para karyawan untuk menghasilkan kinerja puncak. Demikian pulak kondisi prasarana yang lengkap, modern, berkualitas dan jumlah cukup merupakan keinginan karyawan untuk dipenuhi perusahaan. Teori hubungan manusia wimenggunakan faktor ketersediaan sarana prasarana sebagai salah satu variabel motivator. Asumsi manajemen yang dipakai adalah bahwa orang ingin bekerja dengan menggunakan sarana prasarana yang lengkap, modern, berkualitas dan jumlah yang cukup. Karyawan yang terpenuhi

harapannya akan bekerja lebih giat karena kepuasan kerja yang meningkat (Handoko, 2005)

2.1.4.5. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia (*human resources*) adalah *the people who are ready, willing and able to contribute to organizational goals* (Werther dan Davis, 1996 dalam Nugraha, 1997). Nogi (dalam de Jesus, 2006) berpendapat bahwa kualitas SDM adalah unsur yang sangat penting dalam meningkatkan pelayanan organisasi terhadap kebutuhan publik. Oleh karena itu, terdapat dua elemen mendasar yang berkaitan dengan pengembangan SDM yaitu tutingkat pendidikan dan keterampilan yang dimiliki karyawan/pekerja. Sedangkan Noto Admodjo dalam de Jesus (2006) menyatakan bahwa kualitas SDM menyangkut dua aspek, yaitu aspek kualitas fisik dan aspek kualitas non fisik, yang menyangkut kemampuan bekerja, berpikir, dan keterampilan-keterampilan lain.

Sumber daya manusia (SDM) berkualitas tinggi adalah SDM yang mampu menciptakan bukan saja nilai komparatif, tetapi juga nilai kompetitif-generatif-inovatif dengan menggunakan energi tertinggi seperti *intelligence, creativity, dan imagination*; tidak lagi semata-mata menggunakan energy kasar seperti bahan mentah, lahan, air, tenaga otot, dan sebagainya. (Nugraha, 1997).

Dalam mengelola SDM, diperlukan sistem pengendalian manajemen agar tujuan organisasi tercapai. Sistem pengendalian manajemen suatu organisasi dirancang untuk mempengaruhi orang-orang di dalam organisasi tersebut agar berperilaku sesuai dengan tujuan organisasi. Pengendalian organisasi dapat berupa aturan dan prosedur birokrasi atau melalui sistem pengendalian dan manajemen

informasi yang dirancang secara formal. Dalam suatu organisasi setiap orang memiliki tujuan personal (*individual goal*). Untuk menyikapi hal tersebut perlu adanya suatu jembatan yang mampu mengantarkan organisasi mencapai tujuannya, yaitu tercapainya keselarasan antara *individual goal* dengan *organization goal*. Dalam hal ini, sistem pengendalian manajemen hendaknya dapat menjadikan jembatan dalam mewujudkan adanya *goal congruence*, yaitu keselarasan antara tujuan organisasi dengan tujuan personal (Mardiasmo, 2002:50).

Sumber daya manusia merupakan modal dasar yang paling besar dan sangat menentukan dalam pembangunan di segala bidang. Oleh karena itu usaha peningkatan kualitas pengembangan dan pemanfaatan dalam potensi sumber daya manusia mutlak harus dilaksanakan. Adanya tenaga kerja yang berkualitas diharapkan tujuan organisasi dapat berdaya guna dan berhasil guna metatui pengembangan yang optimal.

Dalam organisasi pelayanan kesehatan, sangatlah penting untuk memiliki instrumen penilaian kinerja yang efektif bagi tenaga kerja profesional. Menurut Drucker, tenaga profesional merupakan sumber daya dalam suatu organisasi, sehingga evaluasi kinerja mereka menjadi salah satu variabel penting bagi efektifitas organisasi. Proses evaluasi kinerja menjadi bagian terpenting dalam upaya manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi yang efektif.

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

Ketigakelompokvariabel tersebutmempengaruhi perilaku kerjanya yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personil. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas.

Lebih lanjut, Gibson menyampaikan model teori kinerjadan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel individu

terdiridari subvariabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografi. Sub variabel demografi mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Variabel psikologis terdiri dari subvariabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel ini banyak diperkuat oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja dan sub variabel demografis.

Variabel organisasi berpengaruh terhadap perilaku dan kinerja individu, variabel ini digolongkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

Disamping itu ada beberapa faktor yang mempunyai pengaruh terhadap kinerja, yaitu: a) Faktor psikologis, merupakan faktor yang berhubungan dengan kejiwaan pegawai yang meliputi minat, ketertarikan dan ambil kerja, sikap terhadap kerja, bakat dan ketrampilan, b) Faktor sosial, merupakan faktor yang berhubungan dengan interaksi sosial baik antara sesama tenaga kesehatan dan dengan atasannya maupun dengan pegawai yang berbeda jenis pekerjaannya. c) Faktor fisik, merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi fisik lingkungan kerjadan

kondisifisikpegawai, meliputi jenis pekerjaan, pengaturan waktu kerja dan waktu istirahat, keadaan perlengkapan kerja, keadaan ruangan, suhu, penerangan, pertukaran udara, umur dan kondisi kesehatan pegawai itu sendiri. d). faktor

finansial, merupakan faktor yang berhubungan dengan jaminan serta kesejahteraan pegawai yang meliputi gaji, jaminan sosial, macam-macam tunjangan, promosi dan sebagainya.

Faktor yang penting untuk meningkatkan kinerja adalah pemberian kompensasi di samping motivasi, kepuasan kerja, tingkat stress, kondisi resiko pekerjaan, desain pekerjaan, aspek ekonomi, teknis dan perilaku karyawan."? Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja karyawan itu motivasi kerja, kecerdasan, stabilitas emosional, kelompok kerja, situasi keluarga, karakteristik fisik dan pengaruh eksternal (peraturan ketenagakerjaan, tekanan konsumen, nilai-nilai sosial, kekuatan ekonomi, perubahan lokasi).

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

a. Variabel individu.

1. Pengetahuan.

Pengetahuan secara keseluruhan meliputi kemampuan dan keterampilan yang diperoleh dari pendidikan, pelatihan maupun pengalaman

tanpa mengabaikan kepatuhan pada prosedur dan pedoman yang ada dalam menjalankan dan menyelesaikan tugas suatu pekerjaan. Kinerja seseorang karyawan dan pengaruh oleh dukungan organisasi, kemampuan/ pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki oleh karyawan/seseorang tersebut. Kombinasi dari kemampuan dan usaha untuk menghasilkan apa yang dikерjakan merupakan suatu kinerja sebagai alasan diungkapkan oleh Berry dan Houston. Namun, walaupun memiliki pengetahuan tinggi tetapi tidak seluruh pengetahuan yang diaplikasikan kedalam tindakan, maka hasil kinerjanya akan tetap buruk.

2. Masakerja.

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

b. Variabel psikologis.

1. Motivasi.

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

Terdapat tiga kunci utama tentang motivasi dalam perilaku organisasi, yaitu kemauan untuk berusaha, pencapaian tujuan organisasi dan pemenuhan kebutuhan pribadi individu organisasi. Sehingga dapat diartikan bahwa sebagaimana khususnya orang untuk melakukan tugas melanjutkan

serangkaian aktivitas yang ditujukan guna mencapai beberapa pasaran yang telah ditetapkan. Sedangkan motivasi kerja adalah suatu hal yang berasal dari internal individu yang dapat menimbulkan semangat untuk bekerja keras.

Menurut

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

Motivasi seseorang untuk bekerja biasanya merupakan hal yang

mit karenamotivasi melibatkanfaktor individudan organisasi,faktor-faktor individuantaralainkebutuhan(*need*), tujuan(*goal*), sikap(*attitude*) dan kemampuan(*ability*). Termasukfaktorfaktororganisasidalahbeban kerja, kompleksitaskerja,lingkungankerja,jenjangkerja,insentifdanfasilitasya ng diperoleh,"? Ada5kualitaspribadiyangberhubungan denganmotivasi pekerjaanantaralain: kemampuan,kebutuhan,toleransiterhadapfrustasi,hargadiridandukung anluar."?SedangteorikebutuhanMaslow menyatakan seseorangtergerakberbuatsesuatukarenaautukmemenuhikebutuhan.Se bagaipelaksanaimunisipuskesmas, da\am melakukankegiatan tentumempunyaiharapandan keinginan- keinginansosialsertastatusdalam masyarakat,halinimerupakansalahsatukebanggaanyang dapat memberikankepuasannyadalambekerja.

2. Persepsi, SikapdanKepribadian.

Persepsiadalahproseskognitif yangdipergunakanolehseseorang untuk menafsirkandan memahamilingkungansekitar. Gambaran kognitif dari individubukanlahpenyajianfotoduniafisiknya,melainkansuatubagian tafsiran pribadidimanaobyektertentuyangdipilihindividu untukperanan yang utama,dirasakan dalam sikap seorang individu.Persepsi berkaitan

dengan cara mendapatkan pengetahuan khusus tentang obek kata kejadian tertentu, maka persepsi terjadik akan paksajasti stimulus menggerakan indera.'

Sedangkansikapmerupakan
kesiapsiagaanmental yang dipelajari
dandiorganisasimelalui pengalaman dan mempunyaipengaruh tertentu
as cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obek dansituasi yang
berhubungandengannya.

Batasansikaptersebut memiliki empatimplikasi pada manajer, yaitu:

1) Sikapdipelajari. 2) Sikap menentukan kecenderungan orang terhadap segi tertentu. 3) Sikap memberi dasar emosional bagi hubungan antar pribadi dan pengenalannya terhadap orang lain. 4) Sikapdiorganisasidandekat dengan intikepribadian. Selanjutnya sikap tersusun atas komponen *afektif*, *kognitif* dan perilaku. *Afeksi*, komponenemosionalatauperasaan

dansikapdipelajaridari orangtua, guru dan ternandalam kelompoknya. Sedangkankomponenkognitif sikapterdiri atas persepsi, pendapat dan keyakinan seseorang. Elemen kognitif yang penting adalah keyakinan evaluatif yang dimiliki seseorang. Komponen perilaku dari sikap berhubungan dengan kecenderungan seseorang untuk bertindak terhadap seseorang atau sesuatu dengan cara yang gramah, hangat, agresif, bermusuhan, apatis atau dengan cara lain. Sedang

pengertian kepribadian adalah pola perilaku dan proses mental yang unik, yang mencirikan seseorang.

2.2. Imunisasi

2.2.1. Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bisa laki-laki terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau sakit ringan. (Depkes RI, 2005). Imunisasi adalah suatu tindakan untuk memberikan kekebalan dengan cara memasukkan vaksin ke dalam tubuh manusia, untuk mencegah penyakit. (Depkes RI, 2000).

Imunisasi sangat penting untuk melindungi bayi dari penyakit-penyakit menular yang bahkan bisa membahayakan jiwa. Di Indonesia, imunisasi bayi dan anak dikelompokkan menjadi dua. Kelompok pertama berisi jenis imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah melalui program pengembangan imunisasi (PPI). Kelompok imunisasi yang diwajibkan ini dibiayai seluruhnya oleh pemerintah. Oleh karena itu vaksin-vaksin tersebut bisa diperoleh masyarakat luas secara gratis di Puskesmas dan Posyandu. Kelompok kedua adalah vaksin-vaksin yang dianjurkan oleh Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Jenis vaksin dalam kelompok ini belum diwajibkan pemerintah.

2.2.2. Perkembangan Imunisasi di Indonesia

Kegiatan imunisasi di Indonesia dimulai di Pulau Jawa dengan vaksin cacar pada tahun 1956. Pada tahun 1972, Indonesia telah berhasil membasmikan penyakit cacar. Pada tahun 1974, Indonesia resmi ditakannan bebas cacar oleh WHO, yang selanjut

nyadikembangkanvaksinasilainnya.Padatahun1972 jugadilakukanstudipencegahan terhadapTetanusNeonatorumdenganmemberikansuntikanTetanusToxoid(TT)pada wanitadewasadiJawaTengahdanJawaTimur,sehinggapadatahun1975vaksinasiTTsudahdapatdilaksanakandiseluruhIndonesia.(DepkesRI,2005).

2.2.3. Jenis-Jenis Imunisasi

Berikut jenis-jenis imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah dan bisa didapat secara gratis di Puskesmas atau Posyandu:

Jenis Vaksin	Keterangan
BCG	Vaksin BCG (<i>Bacillus Calmette Guerin</i>) dapat diberikan sejak lahir. Imunisasi ini bertujuan untuk memberikan kekebalan tubuh terhadap penyakit tubercolocis (TBC). Apabila vaksin BCG akan diberikan pada bayi di atas usia 3 bulan, ada baiknya dilakukan dulu uji tuberkulin. BCG boleh diberikan apabila hasil tuberkulin negatif.
Hepatitis B	Vaksin Hepatitis B yang pertama harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah bayi lahir, kemudian dilanjutkan pada umur 1 bulan dan 3 hingga 6 bulan. Jarak antara dua imunisasi Hepatitis B minimal 4 minggu. Imunisasi ini untuk mencegah penyakit Hepatitis B.
Polio	Imunisasi Polio diberikan untuk mencegah poliomielitis yang bisa menyebabkan kelumpuhan.
DPT	Vaksin DPT adalah vaksin kombinasi untuk mencegah penyakit difteri, pertusis (batuk rejan), dan tetanus. Ketiga penyakit ini sangat mudah menyerang bayi dan anak. Imunisasi DPT diberikan pada bayi umur lebih dari 6 minggu. Vaksin DPT dapat diberikan secara simultan (bersamaan) dengan vaksin Hepatitis B. Ulangan DPT diberikan pada usia 18 bulan dan 5 tahun. Usia 12 tahun mendapat vaksin TT (tetanus) melalui program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS).

Dan berikut beberapa jenis vaksin penting namun belum diwajibkan oleh pemerintah:

Jenis Vaksin	Keterangan
Hib	Pemberian Vaksin Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipe B) ditujukan untuk mencegah penyakit

	meningitis atau radang selaput otak. Vaksin Hib diberikan mulai usia 2 bulan dengan jarak pemberian dari vaksin pertama ke vaksin lanjutannya adalah 2 bulan. Vaksin ini dapat diberikan secara terpisah ataupun kombinasi dengan vaksin lain.
MMR	Vaksin MMR diberikan untuk mencegah penyakit gondongan (mumps), campak (<i>measles</i>), dan campak jerman (<i>rubela</i>). MMR dapat diberikan pada umur 12 bulan apabila belum mendapat imunisasi campak di umur 9 bulan. Umur 6 tahun diberikan imunisasi ulangannya.
Hepatitis A	Vaksin ini direkomendasikan pada usia diatas 2 tahun, diberikan sebanyak 2 kali dengan interval 6 sampai 12 bulan.
Tifoid	Vaksin Tifoid direkomendasikan untuk usia diatas 2 tahun. Imunisasi ini diulang setiap 3 tahun.
Pneumokokus (PCV)	Apabila hingga usia di atas 1 tahun belum mendapatkan PCV, maka vaksin diberikan sebanyak 2 kali dengan interval 2 bulan. Pada umur 2 hingga 5 tahun diberikan satu kali.
Influenza	Anak usia dibawah 8 tahun yang diimunisasi influenza untuk yang pertama kalinya direkomendasikan 2 dosis dengan jarak minimal 4 minggu.

2.2.4. Tujuan Imunisasi

2.2.4.1. Tujuan Umum

Menurut Kepmenkes (2008) yang dikutip Atikah (2010), menurunkan angka kesakitan dan angka kematian bayi akibat PD3I, penyakit yang dimaksud antara lain, Difteri, Tetanus, Pertusis, Campak Dan Polio.

2.2.4.2. Tujuan Khusus

2.2.4.2.1. Tercapainya target Universal Child Immunization (UCI) yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata 100% desa kelurahan pada tahun 2020

2.2.4.2.2. Polio liar di Indonesia yang dibuktikan tidak ditemukannya virus polio liar pada tahun 2008

2.2.4.2.3. Tercapainya *Eliminasi Tetanus Neonatorum* (ETN) artinya menurunkan kasus tetanus neonatorum sampai tingkat 1 per 1000 kelahiran hidup dalam satu tahun pada tahun 2008

2.2.4.2.4. Tercapainya Reduksi Campak (REKAM) artinya angka kesakitan camapk pada tahun 2020.

2.3. Faktor Organisasi yang Mempengaruhi Cakupan Imunisasi

2.3.1. Tenaga Pelaksana Imunisasi

Standartenagapelaksanaditingkatpusksmasalahpetugasimunisasidan pelaksanacold chain. Petugasimunisasiadalahtenaga perawat atau bidanyangtelahmengikuti pelatihan,yangtugasnyamemberikan pelayanan imunisasidan penyuluhan.Pelaksanacoldchainadalahtenagayang berpendidikanminimalSMAatau SMK yang telah mengikuti pelatihan cold chain,yang tugasnyamengelolavaksindanmerawatlemaries,mencatatsuhulemaries,mencatatpe masukandanpengeluaranvaksinsertamengambilvaksindikabupaten/kotasesuaikebutuhan perbulan.

Pengelolaprogramimunisasiadalahpetugasimunisasi,pelaksanacoldchain atau petugaslainyang telahmengikuti pelatihan untuk pengelola programimunisasi,yangtugasnyamembuatperencanaanvaksin dan logistik lain,mengaturjadwal pelayanimunisasi,mengecek catatan pelayanimunisasi,membuat danmengirimlaporankekabupaten/kota,membuat danmenganalisisPWSbulanandan merencanakantindaklanjut.(Depkes, 2005).

Untuk meningkatkan pengetahuan dan/atau keterampilan petugas imunisasi perludilakukan pelatihan sesuai dengan modul latihan petugas imunisasi. Pelatihan teknis diberikan kepada petugas imunisasi di puskesmas, rumah sakit dan tempat pelayanan lain, petugas cold chain di semua tingkat. Pelatihan manajerial diberikan kepada para pengelola imunisasi dan supervisor disemua tingkat. (Depkes RI, 2005).

Keterampilan adalah keahlian dalam penguasaan teknis operasional mengenai bidang tertentu yang menghasilkan karya. Keterampilan diperoleh melalui proses belajar dan berlatih. Keterampilan berkaitan dengan kemampuan waktu yang digunakan seseorang untuk pendidikan dan pelatihan, semakin tinggi kemampuan atau kompetensinya melakukan pekerjaan, dengan demikian semakin tinggi kinerjanya.

2.3.1.1. Menentukan Jumlah Sasaran Imunisasi

Pada program imunisasi menentukan jumlah sasaran merupakan suatu unsur yang paling penting. Menghitung jumlah sasaran ibu hamil didasarkan 10% lebih besar dari jumlah bayi. Perhitungan ini dipakai untuk tingkat pusat, propinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan desa.

$$\boxed{\text{Sasaran Imunisasi Ibu Hamil} = 1,1 \times \text{Jumlah bayi}}$$

2.3.1.2. Menentukan Target Cakupan

Menentukan target cakupan adalah menetapkan berapa persen cakupan imunisasi yang akan dicapai pada tahun yang direncanakan untuk mengetahui kebutuhan vaksin yang sebenarnya. Penetapan target cakupan berdasarkan tingkat pencapaian dan masing-

masingwilayahkerjamaksimal100 %.

TargetCakupanImunisasiIbuHamilyangakandicapai:

$$TT1Ibuhamil=90\% TT2+ (PlusTT3+TT4+TT5)=80\%$$

2.3.1.3. MenghitungIndeksPemakaianVaksin(IP)

Menghitungindekspemakaianvaksinberdasarkanjumlahcakupanimunisasiyang dicapaise secara absolut dan berapabanyak vaksinyang digunakan. Dari pencatatan stok vaksin setiap bulan diperoleh jumlah ampul/vial vaksin yang digunakan. Untuk mengetahui beraparata-rata jumlah dosis diberikan untuk setiap ampul/vial, yang disebut IndeksPemakaianVaksin (IP) dapat dihitung:

$$IP_{Vaksin} = \frac{\text{Jumlah suntikan (cakupan) yang dicapai tahun lalu}}{\text{Jumlah vaksin yang terpakai tahun lalu}}$$

2.3.1.4. MenghitungKebutuhanVaksin

1. Setelahmenghitungjumlahsaran imunisasi, menentukan targetcakupan dan menghitung besarnya indeks pemakaian vaksin, maka data-data tersebut digunakan untuk menghitung kebutuhan vaksin.
2. Puskesmasmengirimkan rencana kebutuhan vaksin ke kabupaten/kota. (DepkesRI, 2005).

Sebelum menghitung jumlah vaksin yang kitaperlukan, terlebih dahulu dihitung jumlah kontak iap jenis Rumusnya:

$$\text{Jumlah Kontak} = \text{Jumlah saran} \times \text{Targ et cakupan}$$

Untukmenghindaripenumpukanvaksin,jumlahkebutuhanvaksinsatutuhanharusdikurangisisavaksintahunlalu. RumusKebutuhanVaksin;

Jumlah kontak
Kebutuhan Vaksin = = ampul/vial
IP

2.3.2. Fasilitas Imunisasi

2.3.2.1. Rantai Vaksinatau *ColdChain*

RantaiVaksin atau *Cold Chain* adalah Pengelolaan vaksin sesuai dengan prosedur untuk menjaga vaksin tersimpan pada suhu dan kondisi yang telah ditetapkan.

1. Peralatan Rantai Vaksin

Peralatanrantai vaksin adalah seluruh peralatan yang digunakan dalam pengelolaan vaksin sesuai dengan prosedur untuk menjaga vaksin pada suhu yang telah ditetapkan. Saranarantaivaksinatau *coldchain* dibuat secara khusus untuk menjaga potensi vaksin dan setiap jenis saranan *coldchain* mempunyai kelebihan dan kekurangan masing-masing.

2. Lemari Es

Setiap puskesmas harus mempunyai 11 lemari sesuai standar program (buka atas) Pustupotensial secara bertahap juga dilengkapi dengan lemari es.

3. MiniFreezer

Sebagaisaranauntukmembukancoldpackdisetiappuskesmasdiperlukan1buah
hfreezer.

4. VaccineCarrier

*Vaccine carrier biasanya ditingkatkan puskesmas digunakan untuk pengambilan vaksin ke kabupaten/kota. Untuk daerah yang sulit *vaccine carriers* sangat cocok digunakan di lapangan, mengingat jarak tempuh maupun sarana jalan, sehingga diperlukan *vaccine carrier* yang dapat mempertahankan suhu relatif lebih lama.*

5. Thermos

Thermos digunakan untuk membawa vaksin ke lapangan/posyandu. Setiap thermos dilengkapi dengan cool pack minimal 4 buah @ 0,1 liter. Mengingat daya tahan untuk mempertahankan suhu hanya kurang lebih 10 jam, maka thermos sangat cocok digunakan untuk daerah yang transportasinya mudah dijangkau.

6. ColdBox

ColdBox ditingkatkan puskesmas digunakan apabila dalam keadaan darurat seperti listrik padam untuk waktu cukup lama, atau belum terjadi sedang mengalami kerusakan yang bisa diperbaiki dalam waktu lama.

7. Freeze Tag/Freeze Watch

Freeze Tag untuk memantau suhu darikabupaten/kepuskesmas pada waktu membawa vaksin, serta dari puskesmas sampai lapangan/posyandu dalam upaya meningkatkan kualitas rantaivaksin.

8. Kotak dingin cair (Cool Pack)

Kotak dingin cair (Cool Pack) adalah wadah plastik berbentuk segi empat, besar atau ukuran kecil yang diisi dengan air yang kemudian didinginkan pada suhu +2°C dalam lemari es selama 24 jam. Bila kotak dingin tidak ada, dibuat dalam kantong plastik bening.

9. Kotak dingin beku (Cold Pack)

Kotakdingin beku(*Coldpack*)adalahwadahplastik berbentuksegiempat,besarataupunkecilyangdiisidenganairyang kemudianpada suhu-5°C–15°C dalam*freezers* selama24 jam.Bilakotakdingintidakada,dibuatdalamkantong plastikbening.

2.3.2.2. PengelolaanVaksin

1.Penerimaan/pengambilanvaksin (transportasi)

- a) Pengambilanvaksin dariPuskesmaske kabupaten/kota dengan menggunakanperalatan rantaivaksinyangsudahditentukan. Misalnyacoldboxatauvaccinecarrier.
- b) Jenisperalatanpembawavaksindisesuaikandenganjumlahvaksinyangakan diambil.
- c) Sebelummemasukkanvaksin ke dalamalatpembawa,periksaindikatorvaksin(VVM).Vaksin yang bolehdigunakan hanya bilaindikator VVMtingkatAatauB. SedangkanbilaVVMpadatingkatC atauDtidakusahditerimakarenatidakdapatdigunakanlagi.
- d) Masukkankotakcair dingin(*coolpack*) kedalamalatpembawadandibagiantengahdiletakkan*thermometerMuller*,untukjarakjauhbilafreezetag/watchtersediadapatdimasukkankedalamalatpembawa.
- e) Alatpembawavaksinyangsudahberisivaksin,selamaperjalanandari kabupaten/kotake puskesmastiidak bolehkenasinarmahtaharilangsung.
- f) Catat dalambukustok vaksin : tanggalmenerimaivaksin,jumlah,nomor

batch dan tanggal kadaluarsa.

2. Penyimpanan Vaksin

- a) Vaksin disimpan pada suhu $+2^{\circ}\text{C} - +8^{\circ}\text{C}$.
- b) Bagian bawah lemari es diletakkan kotak dingin cair (*cool pack*) sebagai penahan dingin dan kestabilan suhu
- c) Vaksin TT diletakkan lebih jauh dari *vaporator*.
- d) Berjarak antara kotak vaksin minimal 1-2 cm atau satu jaritangan agar terjadi sirkulasi udara yang baik.
- e)

Letakkan 1 buah *thermometer Muller* dibagian tengah lemari. Penyimpanan vaksin harus dicatat 2 kali sehari pada grafik suhu yaitu saat datang pagi hari dan menjelang pulang siang/sore hari.

3. Pemantauan Suhu

Tujuan pemantauan adalah untuk mengetahui suhu vaksin selama pendistribusian dan penyimpanan, apakah vaksin pernah terpapar/terkena panas yang berlebih atau suhu yang terlalu dingin (beku). Sehingga petugas mengetahui kondisi vaksin yang digunakan dalam keadaan baik atau tidak. Adapun alat pemantau suhu vaksin antara lain:

- a) VVM (*Vaccine Vial Monitor*)
- b) Setiap lemari es dipantau dengan 1 buah *thermometer Dial/Muller*
- c) Sebuah *freeze tag* atau *freeze watch*
- d) Sebuah buku grafik pencatatan suhu.

2.3.2.3. Peralatan Suntik

Dalam program imunisasi, jenis alat suntik imunisasi TT yang dipakai di puskesmas adalah:

a. Semprit *Auto Disable* (AD)

Semprit AD adalah semprityang setelah dipakai mengunci sendiri dan hanya dapat dipakai sekali. Semprit ini merupakan alat yang dipilih untuk kesehinggaan imunisasi. Semua semprit AD mempunyai penutup plastik untuk menjaga agar jarum tetap steril.

b. Alat suntik *Prefilled Auto-Disable* (AD)

Alat suntik *prefilled AD* adalah jenis alat suntik yang hanya bisa digunakan sekali, yang telah berisikan vaksin dalam sistem tunggal dengan jarum yang telah dipasang oleh pabriknya. Alat suntik *prefilled AD* untuk tetanus toksoid digunakan untuk memberikan vaksin TT kepada parawani atau siswa burdirumah mereka selama kampanye massal. Setiap alat suntik *prefilled AD* adalah steril dan disegel dengan paket kertas logam oleh pabrik, vaksin dimasukkan dalam *reservoir* tertutup seperti gelembung yang mencegah vaksin berhubungan dengan jarum sampaikan vaksin itu diberikan.

c. Semprit dan jarum sekali buang (*disposable single-use*)

Semprit dan jarum yang hanya bisa dipakai sekali dan dibuang (*disposable single-use*) tidak direkomendasikan untuk suntik dalam imunisasi karena risiko penggunaan kembali semprit dan jarum *disposable* menyebabkan risiko infeksi yang tinggi.

2.3.3. Akses Geografi/Kondisi Wilayah

Di dalam pelayanan kesehatan, lingkungan sangat berperan sekali dalam peningkatan kesehatan. Faktor lingkungan terdiri dari kondisi wilayah, sosial budaya dan sosial ekonomi dan pendidikan. Tempat pelayanan (lokasi) sebaiknya berada pada tempat yang mudah dijangkau oleh masyarakat sehingga pelayanan kesehatan dapat terlaksana dengan baik (DepKes RI, 1988).

Tempat pelayanan posyandu sebaiknya berada pada tempat yang mudah dijangkau oleh masyarakat, penduduk RW tersebut paling sedikit terdapat 100 balita dan terdiri 120 kepala keluarga, jarak antara kelompok rumah jumlah KK dalam suatu tempat atau kelompok tidak terlalu jauh sehingga pelaksanaan pelayanan posyandu dapat berjalan lancar (Effendy, 1998)

2.4. Puskesmas

2.4.1. Pengertian

Menurut Depkes RI (2014), Pusat kesehatan masyarakat 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

Ada 3 (tiga) fungsi pokok puskesmas yaitu ; 1) Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat diwilayah kerjanya, 2) Membina peran serta masyarakat diwilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat, 3) Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat diwilayah kerjanya (Depkes RI, 2014).

Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Sebagai penyelenggarapembangunankesehatan, puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upayakesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang ditinjau dari Sistem Kesehatan Nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama (Depkes RI, 2009).

Padasaat ini Puskesmas telah didirikan hampir diseluruh pelosok tanah air. Untuk menjangkau wilayah kerjanya puskesmas diperkuat dengan puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan untuk daerah yang jauh dari saranapelayanan rujukan, puskesmas dilengkapi dengan fasilitas rawat inap (Depkes RI, 2009).

Sekalipun telah banyak keberhasilan yang dicapai oleh puskesmas dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, namun dalam pelaksanaanya masih banyak terjadi masalah-masalah yang dapat menghambat puskesmas berfungsi maksimal. Masalah-masalah tersebut dapat memengaruhi pemanfaatan puskesmas yang pada jangka panjangnya berpengaruh pada status kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya (Oleske, 2002).

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang :(Depkes RI, 2014)

- a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
- b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- c. Hidup dalam lingkungan sehat; dan

- d. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.4.2. Prinsip Penyelenggaraan, Tugas, Fungsi dan Wewenang

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi :(Depkes RI, 2014)

- a. Paradigma sehat;
- b. Pertanggungjawaban
- b. Pertanggungjawaban wilayah;
- c. Kemandirian masyarakat;
- d. Pemerataan;
- e. Teknologi tepat guna; dan
- f. Keterpaduan dan kesinambungan.

Berdasarkan prinsip paradigma sehat sebagaimana dimaksud diatas, Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. (Depkes RI, 2014)

2.4.3. Program Pokok Puskesmas

2.4.3.1. Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah suatu proses untuk memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

Visi promkes:

Meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajad kesehatannya baik fisik, mental dan sosial sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial.

Misi promkes

1. *Advokat (advocate)*, ditujukan kepada para pengambil keputusan atau pembuat kebijakan
2. *Menjembatani (mediate)*, menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan
3. *Memampukan (enable)*, agar masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan secara mandiri

Sasaran promkes :

2. *Sasaran Primer*

Sesuai misi pemberdayaan. Misal : kepala keluarga, ibu hamil/ menyusui, anak sekolah

3. *Sasaran Sekunder*

Sesuai misi dukungan sosial. Misal: Tokoh masyarakat, tokoh adat, tokoh agama

4. *Sasaran Tersier*

Sesuai misi advokasi. Misal : Pembuat kebijakan mulai dari pusat sampai ke daerah.

2.4.3.2. Kesehatan Lingkungan

Menggalakkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan kegiatan antara lain

1. Melaksanakan inspeksi sanitasi kesekolah–sekolah sarana air bersih, kamar mandi/WC, tempat-tempat pengelolaan makanan/minuman, pembuangan sampah.
2. Pengawasan dan pemberian pada kelompok masyarakat mengenai pemakai air, tempat pengelolaan makanan / minuman.
3. Pembinaan tempat – tempat umum.

2.4.3.3. KIA, KB

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA disuatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat. Program KIA yang dimaksud meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita.

Dengan manajemen PWS KIA diharapkan cakupan pelayanan dapat menjangkau seluruh sasaran di suatu wilayah kerja sehingga kasus dengan risiko/komplikasi kebidanan dapat ditemukan sedini mungkin untuk dapat memperoleh penanganan yang memadai. Penyajian PWS KIA juga dapat dipakai sebagai alat motivasi, informasi dan komunikasi kepada sektor terkait, khususnya aparat setempat yang berperan dalam pendataan dan penggerakan sasaran maupun membantu dalam memecahkan masalah non teknis misalnya: bumil KEK, rujukan kasus dengan risiko.

Pelaksanaan PWS KIA baru berarti bila dilengkapi dengan tindak lanjut berupa perbaikan dalam pelaksanaan pelayanan KIA. PWS KIA dikembangkan

untuk intensifikasi manajemen program. Walaupun demikian, hasil rekapitulasinya di tingkat puskesmas dan kabupaten dapat dipakai untuk menentukan puskesmas dan desa/kelurahan yang rawan. Demikian pula rekapitulasi PWS KIA di tingkat propinsi dapat dipakai untuk menentukan kabupaten yang rawan.

Tujuan :

1. Berupaya menurunkan angka kematian ibu bersalin, angka kematian bayi dan angka kematian balita dengan meningkatkan cakupan K1, K4 serta persalinan tenaga kesehatan serta imunisasi pada bayi.
2. Pelayanan deteksi dan stimulasi dini tumbuh kembang balita Melaksanakan Rujukan masalah kesehatan ibu dan anak serta pelayanan Akseptor KB dengan masalahnya

2.4.3.4. Gizi

Program Perbaikan Gizi Masyarakat adalah salah satu program pokok Puskesmas yaitu program kegiatan yang meliputi peningkatan pendidikan gizi, penanggulangan Kurang Energi Protein, Anemia Gizi Besi, Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Kurang Vitamin A, Keadaan zat gizi lebih, Peningkatan Survailans Gizi, dan Perberdayaan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga/Masyarakat.

Kegiatan-kegiatan program ini ada yang dilakukan harian, bulanan, smesteran (6 bulan sekali) dan tahun (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 bertujuan :

1. Mengupayakan promosi dan mendorong terlaksananya ASI eksklusif.
2. Memberi PMT pemulihan pd balita dengan gizi buruk.
3. Melaksanakan pemantauan hasil penimbangan dengan SKDN
4. Memberi kapsul Vit. A dosis tinggi pada ibu nifas, juga pada anak balita dan bayi 6 – 11 bln (100.000 SI).
5. Memberikan tablet besi (Fe 90) pada Ibu hamil
6. Mengadakan pelayanan konsultasi gizi bagi penderita penyakit kronis atau metabolismik yang membutuhkan diet khusus.

2.4.3.5. Penanggulangan penyakit: imunisasi, ISPA, Diare, TB, Malaria

Definisi epidemiologi menurut WHO (1989) adalah ilmu yang mempelajari distribusi dan determinan dari peristiwa kesehatan dan peristiwa yang berkaitan dengan kesehatan yang menimpa sekelompok masyarakat dan menerapkan ilmu tersebut untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan.

Pengertian Surveilans (WHO, 2008) adalah proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data secara sistematik dan terus menerus serta penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan. Surveilans epidemiologi adalah kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan.

Agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan. Tujuan surveilans :

1. Menentukan data dasar/besarnya masalah kesehatan
2. Memantau atau mengetahui kecenderungan penyakit
3. Mengidentifikasi adanya kejadian luar biasa
4. Membuat rencana, pemantauan, penilaian atau evaluasi program kesehatan.

Subsistem surveilans epidemiologi kesehatan:

1. Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular
2. Surveilans Epidemiologi Penyakit Tidak Menular
3. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Lingkungan dan Perilaku
4. Surveilans Epidemiologi Masalah Kesehatan
5. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Matra

2.4.3.6. Penyembuhan Penyakit dan Penanggulangan Kegawat Daruratan

1. Penyembuhan Penyakit

Penyembuhan penyakit Adalah pelayanan medik yang dilakukan oleh pelaksana pelayanan (dokter) baik secara sendiri ataupun atas koordinasi bersama dengan sesama profesi maupun pelaksana penunjang pelayanan kesehatan lain sesuai dengan wewenangnya, untuk menyelesaikan masalah kesehatan dan menyembuhkan penyakit yang ditemukan dari pengguna jasa pelayanan kesehatan, dengan tidak memandang umur dan jenis kelamin, yang dapat diselenggarakan pada ruang praktek.

1) Tujuan

a) Tujuan Umum

Tujuan pelayanan medik rawat jalan adalah terwujudnya pengguna jasa dan keluarganya yang partisipatif, sehat sejahtera, badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap anggota keluarga hidup produktif secara sosial dan ekonomi dengan baik.

b) Tujuan Khusus

(1.)Meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatannya sendiri, terutama melalui peningkatan kesehatan dasar dan pencegahan penyakit

(1) Meningkatkan kesehatan ‘pengguna jasa pelayanan, dan komunikasi yang dilayani oleh Puskesmas

(2) Terselenggaranya pelayanan medik yang berkualitas serta melibatkan partisipasi keluarga terhadap perawatan untuk :

- i. Mengurangi penderitaan karena sakit
- ii. Mencegah timbul dan berkembangnya penyakit ke arah kecacatan
- iii. Memulihkan kesehatan fisik, psikis dan social
- iv. Menurunnya angka morbiditas penyakit di wilayah kerja Puskesmas.

c). Sasaran

Sasaran pelayanan medik rawat jalan yang diselenggarakan Puskesmas adalah semua anggota masyarakat dengan tidak memandang umur, dan tidak membedakan strata sosial.

2. Pelayanan Kegawatdaruratan

Pelayanan kegawat daruratan adalah pelayanan medik terdepan yang merupakan penatalaksanaan kecelakaan dan keadaan kedaruratan medik berkenaan dengan perubahan keadaan baik fisiologik, anatomi dan mental psikologikal dari pengguna jasa pelayanan, yang terjadi mendadak, yang tindakan mengatasinya harus segera dilaksanakan di mulai dari tempat kejadian sampai dengan pelayanan medik untuk menyelamatkan kehidupan.

a). Tujuan

Tujuan pelayanan kecelakaan dan kedaruratan medik adalah memberikan pertolongan medik segera dengan menyelesaikan masalah kritis yang ditemukan untuk mengambil fungsi vital tubuh serta meringankan penderitaan dari pengguna pelayanan.

b). Prinsip Kerja

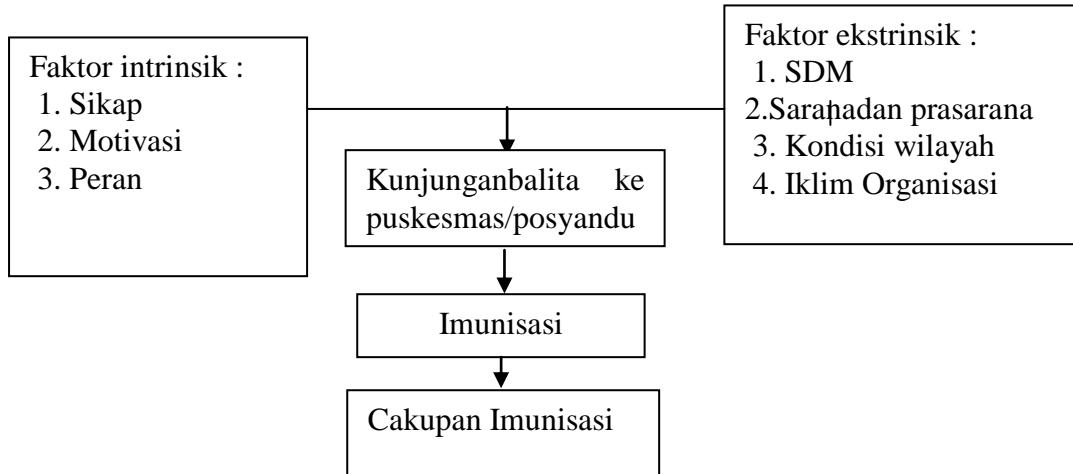
Pelayanan kedaruratan medik mempunyai prinsip-prinsip kerja khusus yang harus dilaksanakan, yaitu :

- (1) Pertolongan harus cepat dan tepat
- (2) Pertolongan harus memenuhi standar pelayanan tingkat primer, yaitu :
 - i. Menstabilkan kondisi medik untuk evakuasi ke tempat rujukan
 - ii. Memperbaiki jalan nafas dan pernafasan spontan, agar terjaminnya oksigenasi yang adekuat ke seluruh tubuh terutama otak

- iii. Memperbaiki sirkulasi darah
- iv. Menghilangkan dan mengurangi rasa nyeri
- v. Melakukan tindakan invasif medik yang diperlukan

(3) Memberikan *informed consent* kepada keluarga penderita

2.5. Kerangka Teori



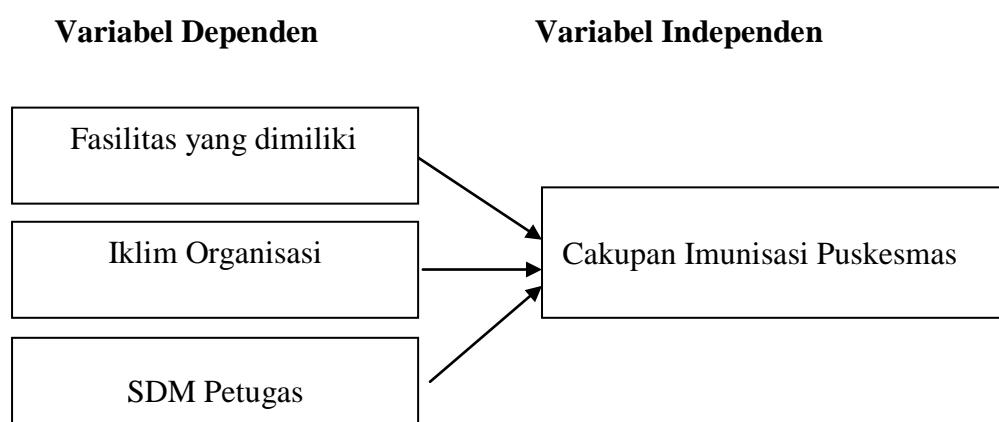
Gambar 2.1
Kerangka Teori
Sumber Fertakis (1976) dalam Noor (2011)

BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1.Kerangka Konssep

Kerangka konsep penelitian ini menggunakan teori Depkes RI (2006), Noor (2011) dan Effendy (2006) yang menjelaskan bahwa konsep pemikiran yang di gunakan dalam pemikiran yang ingin meninjau faktor-faktor organisasi yang berhubungan dengan cakupan imunisasi, untuk lebih jelas maka konsep pemikiran dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1
Kerangka Konsep

3.2. Variabel Penelitian

3.2.1. Variabel Dependen meliputi :

1. Fasilitas yang dimiliki, iklim organisasi serta SDM Petugas
2. Variabel Independen : Cakupan imunisasi Puskesmas

3.3. Definisi Operasional

53

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	Dependen					
1.	Cakupan Imunisasi Puskesmas	Tercapai atau tidaknya target pencapaian imunisasi di puskesmas selama satu tahun	Chechlist	Observasi	1. Sesuai target 2. Tidak sesuai target	Ordinal
	Independen					
2.	Fasilitas yang dimiliki	Sarana dan prasarana yang menunjang program imunisasi	Wawancara checklist	Kuesioner	1. Lengkap 2. Tidak lengkap	Ordinal
3	Iklim Organisasi	Suasana kerja yang diciptakan oleh tingkah laku dan kebijakan organisasi	Wawancara	Kuesioner	1. Mendukung 2. Tidak mendukung	Ordinal
4.	SDM Pegawai	Kecakapan dan kemampuan pegawai dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai	Wawancara	Kuesioner	1. Baik 2. Kurang	Ordinal

	dengan tumpoksi yang ditetapkan meliputi pengetahuan, sikap dan motivasi				
--	--	--	--	--	--

Tabel 3.1
Definisi Operasional

3.4. Cara Pengukuran Variabel

3.4.1. Cakupan Imunisasi

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

3.4.2. Fasilitas yang dimiliki

Fasilitas yang dimiliki diukur dengan menggunakan *checklist*, jika jawabannya ada diberi skor 2, jika jawabannya tidak ada diberi skor 1.

Fasilitas yang dimiliki dinilai lengkap apabila $\geq 17,6$, dan fasilitas yang dimiliki dinilai tidak lengkap apabila $<17,6$.

3.4.3. Iklim Organisasi

Iklim organisasi diukur dengan menggunakan skala *Likert 5* poin yaitu 1= Tidak pernah; 2 = Jarang; 3 = Kadang-kadang; 4 = Sering; 5 = Selalu.

Iklim organisasi dinilai mendukung apabila ≥ 40 , dan iklim organisasi dinilai tidak mendukung apabila < 40 .

3.4.4. Sumber Daya Manusia

SDM diukur dengan menggunakan skala *Likert 5* poin yaitu 1= Tidak pernah; 2 = Jarang; 3 = Kadang-kadang; 4 = Sering; 5 = Selalu.

keterampilan dinilai baik apabila $\geq 48,4$ dan keterampilan dinilai kurang apabila $< 48,4$

3.5. Hipotesis Penelitian

- 3.5.1. Ada hubungan fasilitas yang dimiliki dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tahun 2015
- 3.5.2. Ada hubungan iklim organisasi dengan cakupan imunisasi Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tahun 2015
- 3.5.3. Ada hubungan faktor SDM petugas (dengan cakupan imunisasi puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tahun 2015

BAB IV

METODELOGI PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini bersifat *analitik* yaitu untuk menganalisis hubungan faktor-faktor organisasi dengan cakupan imunisasi puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara tahun 2015. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah menggunakan desain *deskriptif korelasi* dengan menggunakan rancangan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi faktor organisasi dengan cakupan imunisasi puskesmas.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh petugas imunisasi Puskesmas di Kabupaten Aceh Utara yang berjumlah 31 orang.

4.2.2. Sampel

Seluruh populasi dalam penelitian ini dijadikan sampel (*total sampling*) yaitu sebanyak 31 responden.

4.3. Tempat dan Waktu Penelitian

4.3.1. Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di 31(tiga puluh satu) puskesmas di Kabupaten Aceh Utara.

4.3.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan ⁵⁶ ai tanggal 10Nopember 2014 sampai dengan tanggal 18 September 2015. Adapun rinciannya adalah pada tanggal 20 Januari 2015 peneliti melakukan survey awal di Puskesmas, tanggal 11 Juli 2015 diadakan seminar proposal sedangkan penyebaran kuesioner kepada responden dilakukan pada tanggal 1 September sampai dengan tanggal 18 September 2015

4.4. Teknik Pengumpulan Data

4.4.1. Data Primer

Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara langsung menggunakan kuesioner yang telah disiapkan. Proses pengumpulan data primer adalah dengan mendatangi 31 (tiga puluh satu) puskesmas di Kabupaten Aceh Utara. Adapun proses pengambilan datanya adalah sebagai berikut :

Hari pertama tanggal 1 September 2015 peneliti mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Sawang dan Puskesmas Muara Batu.Hari

kedua tanggal 2 September 2015 peneliti mendatangi dan menyebarluaskan kuesioner di Puskesmas Dewantara, Puskesmas Nisam dan Puskesmas Banda Baro. Kemudian pada hari ketiga tanggal 3 September 2015 mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Nisam, Puskesmas Kuta makmur dan Puskesmas Simpang Keuramat.

Selanjutnya pada hari keempat tanggal 4 September 2015 peneliti mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Syamtalira Bayu, Puskesmas Samudera, Puskesmas Geurudong Pasee dan Puskesmas Meurah Mulia. Hari kelima tanggal 7 September 2015 peneliti mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Syamtalira Aron, Puskesmas Lapang dan Puskesmas Tanah Pasir

Pada hari keenam tanggal 8 September 2015 peneliti mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Nibong, Puskesmas Paya Bakong, Puskesmas Matang Kuli dan Puskesmas Tanah Luas. Selanjutnya pada hari ketujuh tanggal 10 September 2015 peneliti mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Lhoksukon, Puskesmas Cot Girek dan Puskesmas Buket Hagu

Hari kedelapan tanggal 14 September 2015 peneliti mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Baktiya, dan Puskesmas Baktiya Barat. Selanjutnya pada hari kesembilan tanggal 15 September 2015 peneliti mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Seunuddon, Puskesmas Blang Glumpang dan Puskesmas Tanah Jambo Ayee.

Sementara itu pada hari kesepuluh tanggal 15 September 2015 peneliti mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Lhok Beuringan. Hari kesebelas tanggal 16 September 2015 peneliti mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Langkahan. Hari terakhir yaitu hari keduabelas tanggal 18 September 2015 peneliti mendatangi dan membagikan kuesioner di Puskesmas Simpang Tiga dan Puskesmas Pirak Timu

4.4.2. Data Sekunder

Data yang diperoleh langsung dari registrasi Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara serta dokumen lain yang terkait dengan cakupan imunisasi

4.5. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

4.5.1. *Editing*

Editing yaitu mengoreksi kesalahan-kesalahan dalam pengisian atau pengambilan data.

4.5.2. *Coding*

Setelah selesai *editing*, penulis melakukan pengkodean data yakni untuk pertanyaan tertutup melalui simbol setiap jawaban.

4.5.3. *Tabulating*

Dilakukan setelah data tersebut diolah dengan cara menggunakan tabel frekwensi dan tabel silang.

4.6. Analisa Data

4.6.1. Uji Univariat

Merupakan analisa yang digunakan dengan menjabarkan secara deskriptif distribusi frekuensi variabel-variabel yang diteliti, baik variabel terikat maupun variabel bebas dengan analisis dibuat dalam bentuk proporsi ordinal (Burhan Bungin, 1999).

Selanjutnya data dimasukkan dalam tabel distribusi frekuensi dan ditentukan persentase dari masing-masing sub variabel dengan menggunakan rumus Sudjana (2002) sebagai berikut:

$$P = \frac{f_i}{n} \times 100\%$$

4.6.2. Uji Bivariat

Analisa ini digunakan untuk menguji hipotesis dengan menentukan variabel bebas dengan variabel terikat melalui uji *Chi-Square test*. Dengan menggunakan metode statistik *Chi-Square* sebagai berikut :

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan

X^2 : Chi Square

O : Nilai Observasi

E : Nilai yang diharapkan

Bila pengolahan data menggunakan tabel 2x3 dan 2x2 selanjutnya bila dijumpai 20% sel nilai e (*Expendeed frequency*) ≤ 5 , maka dilakukan koreksi Yate

dengan menggunakan statistik uji statistik *yate's correction for continuity*, dengan rumus sebagai berikut :

$$X^2 = \sum \frac{(|O - E| - 0,5)^2}{E}$$

Perhitungan statistik untuk analisa tersebut dilakukan dengan menggunakan program komputer yaitu Analisis Statistika(SPSS), maka hasil yang diperoleh diinterpretasikan menggunakan nilai probilitas dengan keputusan untuk tabel kontingen 2x3 dimana terdapat sel yang kurang dari 5 maka dilakukan merger sel dan bila tidak adasel kurang dari 5 dapat dilihat nilai *p-value* pada kolom *Asymp Sig (2 Sided)* baris *Pearson Chi-Square* dan untuk tabel kontingen 2x2 dimana terdapat sel yang kurang dari 5 dapat dilihat nilai *p-value* pada baris *Fister's Exact Test Kolomexact Sig (2 Sided)* maka jika *p-value* $\geq 0,05$ maka H_0 diterimas sedangkan jika *p-value* $\geq 0,05$ H_0 ditolak.

4.7. Penyajian Data

Data dalam peneitian ini disajikan dalam bentuk narasi dan tabulasi.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum Kabupaten Aceh Utara

5.1.1. Data Geografis

Kabupaten Aceh Utara yang merupakan salah satu kabupaten di Propinsi Aceh mempunyai luas wilayah 3.296,86 km², dengan jumlah kecamatan 27 kecamatan dan jumlah desa sebanyak 852 desa. Adapun batas –batasnya adalah sebagai berikut :

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Kota Lhokseumawe
2. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Aceh tengah
3. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Bireun
4. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Aceh Timur

5.1.2. Data Demografis

Letak geografis Kabupaten Aceh Utara terdiri dari pantai (5%), dataran rendah (83%) dan sisanya 12% merupakan dataran tinggi. Luas tanah berdasarkan penggunaannya terdiri dari 6,4% perkampungan, 11,7% sawah, 8,1% kebun dan tegal, 10,7% perkebunan, 2,6% tambak dan rawa, 0,5% daerah industri dan sisanya sebanyak 60% berupa hutan bebas dan belukar. Kabupaten Aceh Utara dilalui oleh 4 buah sungai yaitu Krueng Tuan, Krueng Keureuto, Krueng Pasee dan Krueng Jambo Aye keempat sungai tersebut bermuara ke Selat Malaka.

Penduduk Kabupaten Aceh Utara tahun 2014 berjumlah 515.974 jiwa terdiri dari 252.889 laki-laki dan 263.085 perempuan, kepadatan penduduk mencapai jiwa per 157 km^2 dengan 62 kepadatan hunian 4 jiwa per rumah tangga, sebagian besar pencaharian penduduk adalah bertani. Kabupaten Aceh Utara adalah zona industri, terdapat beberapa pabrik raksasa yang beroperasi seperti PT Arun, Pupuk Iskandar Muda (PIM), Asean Aceh Fertilizer (AAF), KKA dan ExxonMobil.

5.1.3. Fasilitas Kesehatan

Sarana pelayanan kesehatan yang tersedia di Kabupaten Aceh Utara terdiri dari sarana pelayanan kesehatan dasar yang ditujukan sebagai tempat pemberian pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan. Jumlah sarana pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Aceh Utara terdiri dari puskesmas sebanyak 31 unit, Puskesmas Pembantu 87 unit, puskesmas keliling 33 unit, polindes sebanyak 512 unit. Komposisi tenaga kesehatan berdasarkan tingkat

pendidikan di puskesmas di Kabupaten Aceh Utara yang paling banyak adalah bidan yaitu sebanyak 785 orang, dari jumlah tersebut sebanyak 542 orang adalah bidan desa.

5.1.4 Karakteristik Responden

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Petugas Imunisasi di Puskesmas
Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015

Karakteristik Responden	Jumlah	Persen
Umur Responden		
≤ 25 tahun	1	3,2
26-30 tahun	4	12,9
31-35 tahun	23	74,3
36-40 tahun	2	6,4
41-45 tahun	1	3,2
> 45 tahun	0	0
Tingkat Pendidikan		
Akademi	26	83,9
Sarjana	5	16,1
Masa Kerja		
< 5 tahun	7	22,6
> 5 tahun	24	77,4
Status Perkawinan		
Kawin	28	90,4

Tidak kawin	3	9,6
Jumlah	31	100,0

Sumber : Data Primer (Diolah) , 2015

Dari Tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar umur responden antara 31-35 tahun yaitu sebanyak 23 orang (74,3%), sedangkan responden yang berumur diatas 45 tahun tidak ada satu orang pun. Tingkat pendidikan responden umumnya tamatan akademi yaitu sebanyak 26 orang (83,9%). Adapun masa kerja responden umumnya diatas 5 tahun yaitu sebanyak 24 orang (77,4%). Responden yang status perkawinannya kategori sudah kawin adalah sebanyak 28 orang (90,4%).

5.2. Hasil Penelitian

5.2.1 Analisa Univariat

5.2.1.1. Fasilitas

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Fasilitas Imunisasi di Puskesmas
Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015

No	Fasilitas Imunisasi	Frekuensi	Per센
1.	Lengkap	26	83,9
2.	Tidak Lengkap	5	16,1
	Jumlah	31	100,0

Sumber : Data Primer (Diolah) , 2015

Dari Tabel 5.2 menunjukkan bahwa fasilitas imunisasi di puskesmas umumnya kategori lengkap yaitu sebanyak 26 puskesmas (83,9%), sedangkan puskesmas yang fasilitasnya tidak lengkap sebanyak 5 puskesmas (16,1%)

5.2.1.2. Iklim Organisasi

Tabel 5.3
Distribusi Iklim Organisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara
Tahun 2015

No	Iklim Organisasi	Frekuensi	Per센
1.	Mendukung	23	74,2
2.	Tidak mendukung	8	25,8
	Jumlah	31	100,0

Sumber : Data Primer (Diolah) , 2015

Dari Tabel 5.3 menunjukkan iklim organisasi di puskesmas umumnya kategori mendukung yaitu sebanyak 23 puskesmas (74,2%), sedangkan puskesmas yang iklim organisasinya tidak mendukung sebanyak 8 puskesmas (25,8 %)

5.2.1.3.SDM Pegawai

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi SDM Pegawai Imunisasi di Puskesmas
Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015

No	SDM Pegawai	Frekuensi	Per센
1.	Baik	20	64,5
2.	Kurang	11	35,5
	Jumlah	31	100,0

Sumber : Data Primer (Diolah) , 2015

Dari Tabel 5.4 menunjukkan bahwa SDM pegawai di puskesmas umumnya kategori baik yaitu sebanyak 20 orang (64,5%), sedangkan yang SDM kurang sebanyak 11 orang (35,5%)

5.2.1.4.Cakupan Imunisasi

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Cakupan Imunisasi di Puskesmas
Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015

No	Cakupan Imunisasi	Frekuensi	Per센
1.	Sesuai target	24	77,4
2.	Tidak sesuai target	7	22,6
	Jumlah	31	100,0

Sumber : Data Primer (Diolah) , 2015

Dari Tabel 5.5 menunjukkan cakupan imunisasi di puskesmas umumnya kategori sesuai target yaitu sebanyak 24 puskesmas (77,4%), sedangkan yang tidak sesuai target sebanyak 7 puskesmas (22,6%)

5.2.2. Analisa Bivariat

5.2.2.1. Hubungan Fasilitas dengan Cakupan Imunisasi

Tabel 5.6
Hubungan Fasilitas dengan Cakupan Imunisasi di Puskesmas
Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015

No	Fasilitas	Cakupan Imunisasi				Total	p-value	α			
		Memenuhi target		Tidak memenuhi target							
		n	%	N	%						
1	Lengkap	22	84,6	4	15,4	26	100,0				
2	Tidak Lengkap	2	40,0	3	60,0	5	100,0				
	Jumlah	24	77,4	7	22,6	31	100,0				

Sumber : Data Primer (Diolah) , 2015

Dari Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 26 puskesmas yang fasilitasnya lengkap ternyata sebanyak 22 puskesmas (84,6%) cakupan imunisasinya memenuhi target. Sedangkan dari 5 puskesmas yang fasilitasnya kategori tidak

lengkap ternyata 3 puskesmas (60,0%) cakupan imunisasinya tidak memenuhi target.

Hasil pengujian hipotesis dengan *Chi Square test (continuity Correction)* didapatkan *p-value* 0,000 ($p < 0,05$), menunjukkan bahwa H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara fasilitas dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara.

5.2.2.2. Iklim Organisasi

Tabel 5.7
Hubungan Iklim Organisasi dengan Cakupan Imunisasi di Puskesmas
Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015

No	Iklim Organisasi	Cakupan Imunisasi				Total	<i>p-value</i>	α			
		Memenuhi target		Tidak memenuhi target							
		n	%	N	%						
1	Mendukung	22	95,6	1	4,4	23	100,0	0,001			
		2	25,0	6	75,0	8	100,0				
Jumlah		24	77,4	7	22,6	31	100,0				

Sumber : Data Primer (Diolah) , 2015

Dari Tabel 5.7. menunjukkan bahwa dari 23 puskesmas yang iklim organisasinya mendukung ternyata sebanyak 22 puskesmas (95,6%) cakupan imunisasinya memenuhi target. Sedangkan dari 8 puskemas yang iklim organisasinya tidak mendukung ternyata sebanyak 6 puskesmas (75,0%) cakupan imunisasinya tidak memenuhi target.

Hasil pengujian hipotesis dengan *Chi Square test (continuity Correction)* didapatkan *p-value* 0,001 ($p < 0,05$), menunjukkan bahwa H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara iklim organisasi dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara.

5.2.2.3. SDM Pegawai

Tabel 5.8
Hubungan SDM Pegawai dengan Cakupan Imunisasi di Puskesmas
Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015

No	SDM Pegawai	Cakupan Imunisasi				Total	<i>p-value</i>	α	
		Memenuhi target		Tidak memenuhi target					
		n	%	N	%	n	%		
1	Baik	20	100,0	0	0,0	20	100,0	0,000	0,05
2	Kurang	4	36,4	7	63,6	11	100,0		
Jumlah		24	77,4	7	22,6	31	100,0		

Sumber : Data Primer (Diolah) , 2015

Pada Tabel 5.8. diatas menunjukkan bahwa dari 20 puskemas yang SDM pegawainya kategori baik ternyata semuanya (100%) cakupan imunisasinya memenuhi target. Sedangkan dari 11 puskesmas yang SDM pegawainya kategori kurang ternyata sebanyak 7 puskesmas (63,6%) cakupan imunisasinya tidak memenuhi target.

Hasil pengujian hipotesis dengan *Chi Square test (continuity Correction)* didapatkan *p-value* 0,000 ($p < 0,05$), menunjukkan bahwa H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan SDM pegawai dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara.

5.3. Pembahasan

5.3.1. Hubungan Fasilitas dengan Cakupan Iumunisai

Hasil pengujian hipotesis dengan *Chi Square test (continuity Correction)* didapatkan *p-value* 0,000 ($p < 0,05$), menunjukkan bahwa H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara fasilitas dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Lienda (2009) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Jawa Barat dan Jawa Tengah, dalam penelitiannya menunjukkan bahwa kelengkapan fasilitas imunisasi berhubungan dengan kelengkapan imunisasi.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Adinda Nola Karlina (2012) tentang pengetahuan ibu terhadap pemberian imunisasi di Kota Surabaya, dalam penelitiannya menunjukkan bahwa fasilitas berhubungan dengan cakupan imunisasi pada balita.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar Puskesmas di Kabupaten Aceh Utara yaitu sebanyak 17 puskesmas (54,8%) tidak memiliki *mini freezer*. Hal ini dikarenakan stok *mini freezer* di puskesmas umumnya mengalami kerusakan yang parah dan biaya perbaiki *mini freezer* yang rusak tersebut

samadengan harga *mini freezer* yang baru, sehingga pihak puskesmas tidak memperbaikinya lagi.

Cakupan imunisasi pada puskesmas yang fasilitasnya tidak lengkap hanya 40%, dikarenakan umumnya puskesmas tidak memiliki mini freezer sehingga petugas imunisasi menyimpan vaksin di lemari es biasa yang suhunya tidak sesuai dengan anjuran, sehingga umur vaksin tidak bertahan lama (vaksin menjadi rusak).Akibatdari kerusakan vaksin tersebut petugas imunisasi harus memusnahkan vaksin tersebut yang berakibat berkurangnya persediaan vaksin di puskesmas yang pada akhirnya berpengaruh terhadap cakupan imunisasi

Saranaprasaranayangmenyenangkan akanmenjadikuncipendorong bagiparakaryawan untukmenghasilkan kinerjapuncak. Demikianpulakondisi prasaranayang lengkap, modem, berkualitasandan jumlah cukup merupakan keinginan karyawan untukdipenuhi perusahaan.Teorihubungan manusiawimenggunakan faktorketersediaan sarana prasaranasebagaisalahsatuvariabelmotivator. Asumsimanajemenyang dipakaiadalahoranginginbekerjadenganmenggunakan saranaprasarana yang lengkap,modem,berkualitasandanjumlahyangcukup,Karyawanyangterpenuhi harapannya akanbekerja lebihgiatkarenakepuasan kerjayangmeningkat (Handoko, 2005)

5.3.2. Hubungan Iklim Organisasi dengan Cakupan Imunisasi

Hasil pengujian hipotesis dengan *Chi Square test (continuity Correction)* didapatkan *p-value* 0,001 ($p < 0,05$), menunjukkan bahwa H_0 ditolak, sehingga

dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara iklim organisasi dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Jenny Sarinta Hotmaria (2008), tentang cakupan imunisasi pada ibu hamil di Kota Jambi, dalam penelitiannya menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara iklim organisasi dengan cakupan imunisasi (*p-value* 0,001).

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Mislianti (2012), tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian imunisasi TT pada wanita usia subur di Puskesmas Kesumadadi Kabupaten Bekri Lampung Tengah, dalam penelitiannya menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara iklim organisasi dengan cakupan imunisasi pada wanita usia subur.

Dari hasil penelitian didapatkan sebanyak 8 puskesmas (25,9%) di Kabupaten Aceh Utara iklim organisasinya tidak mendukung, hal ini terjadi karena kurang harmonisnya hubungan antara pegawai dengan petugas imunisasi dan pegawai dengan kepala puskesmas. Tidak kondusifnya iklim organisasi menyebabkan masing-masing pemegang program termasuk petugas imunisasi menjalankan programnya sendiri-sendiri. Tidak kondusifnya iklim organisasi di puskesmas juga berpengaruh terhadap motivasi kerja petugas imunisasi yang pada akhirnya akan menentukan keberhasilan program imunisasi yang dijalankannya.

Lingkungankerja/iklim organisasi merupakan seperangkatunsur darilingkungankerjayangdipersiapkansecaralangsung atau tidak langsung oleh parakaryawanyang bekerjadalam lingkungan tersebut, dan dia sumsikan menjadikekuatanutama dalam mempengaruhi

perilaku kerja merekakinerja. Disebutkan oleh Keller bahwa klim kerja terfokus pada interaksi bersama terhadap situasi kerja yang dapat mempengaruhi perilaku dan hasil kerja seperti produktivitas kelompok.

5.3.3. Hubungan SDM Pegawai dengan Cakupan Imunisasi

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Moch.Ramli (2012), tentang faktor-faktor yang mempengaruhi *drop out* hasil cakupan imunisasi DPT di Puskesmas Kabupaten Semarang Propinsi Jawa Tengah, dalam penelitiannya menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara SDM pegawai dengan cakupan imunisasi DPT.

Penelitian didapatkan bahwa dari 11 puskesmas di Kabupaten Aceh Utara walaupun SDM petugas imunisasinya kurang, namun sebanyak 4 puskesmas (36,4%) cakupan imunisasinya mencapai target. Hal ini dikarenakan adanya dukungan penuh (*support*) dari kepala puskesmas. Kepala puskesmas selalu melakukan supervisi dan pengawasan terhadap program dipuskesmas.

Kualitas Sumber Daya Manusia adalah unsur yang sangat penting dalam meningkatkan pelayanan organisasi terhadap kebutuhan publik. Oleh karena itu, terdapat dua elemen mendasar yang berkaitan dengan pengembangan SDM yaitu tingkat pendidikan dan keterampilan yang dimiliki karyawan/pekerja. Sedangkan Noto Admodjo (2008) menyatakan bahwa kualitas SDM menyangkut dua aspek, yaitu aspek kualitas fisik dan aspek kualitas non fisik, yang menyangkut kemampuan bekerja, berpikir, dan keterampilan-keterampilan lain.

BAB VI

KESEIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

- 6.1.1. Ada hubungan fasilitas dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015 (*p-value* = 0,000)
- 6.1.2. Ada hubungan iklim organisasi dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015 (*p-value* = 0,001)
- 6.1.3. Ada hubungan SDM petugas dengan cakupan imunisasi di Puskesmas Kabupaten Aceh Utara Tahun 2015 (*p-value* = 0,000)

6.2. Saran

- 6.2.1. Diharapkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara agar melakukan penggantian terhadap mini freezer dipuskesmas yang telah rusak, hal ini bertujuan untuk mencegah terjadi kerusakan vaksin sehingga vaksin yang tersedia dipuskesmas efektif untuk pencapaian program dan pencapaian target imunisasi yang telah ditetapkan.
- 6.2.2. Diharapkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Utara agar melaksanakan pelatihan/penataran 74 petugas imunisasi dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan untuk meningkatkan peningkatan pencapaian cakupan imunisasi dimasa yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

Atikah, P., 2010. *Pengaruh Budaya Organisasi Terhadap Motivasi dan Kepuasan Kerja Serta Kinerja Karyawan Pada Sub Sektor Industri Pengolahan Kayu Skala Menengah di Jawa Timur*, Jurnal Fakultas Ekonomi Universitas Katholik Widya Mandala, Surabaya. Di Akses Tanggal 12 Juni 2015

Aviantono., 2009. *Akselerasi Reformasi Kesehatan*: Iteda, Jakarta

Depkes RI.,2000. *ManajemenImunisasi.BukuPanduanBagiBidandanPetugas Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta

-----, 2005. *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.

-----,2006. *Rencana Pembangunan Indonesia Sehat 2010*, Jakarta

-----, 2009. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta

Depkes RI., 2014, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas*, Jakarta.

Dinas Kesehatan Provinsi Aceh., 2014. *Profil Kesehatan Provinsi Aceh Tahun 2014*, Banda Aceh

Dinas Kesehatan Aceh Utara., 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Aceh Utara Tahun 2014*, Lhoksukon.

Effendy., N, 2006. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta:EGC

Gibson., 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Yogyakarta:Andi Offset

Handoko, T. H., 1989. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*, Edisi Ke-2. Yogyakarta :BPFE,

Houssei., 2002. *Psikologi Kesehatan*, Jakarta:PT Grasindo

Karlina., A.N., 2012. *Pengaruh Faktor Organisasi Terhadap Kinerja Pegawai Dinas Komunikasi Informasi dan Pengolahan Data Elektronik Kota Medan*, Skripsi Fakultas Ilmu Sosial Politik USU, Medan

Kartini, K., 2010. *Perencanaan Dan Kebijakan*, Jakarta :Rineka.

Lienda., 2009. *Evaluasi Kinerja Perawat Berdasarkan Faktor Organisasi di RSUD Karel Sadsuitubun Kabupaten Maluku Tenggara*. Jurnal Seminar Nasional Sains Farmasi dan Klinik III, Di Akses Tanggal 2 Juli 2015

Muninjaya, A.A.,2002. *Manajemen Kesehatan*:Jakarta:EGC

Mardiatmo, K., 2002. *Akutansi Sektor Publik* :Jakarta:Erlangga

Notoadmodjo, S., 2006. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*,Jakarta:Rineka Cipta

Notoadmodjo, S., 2008. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta

Oleske., 2002. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*,Jakarta:EGC

Steers., 2001. *International Encyclopedia of Educational Technology*,Cambridge,UK: Elsevier ScienceLtd

Wirawan., 2007. *Sistem Manajemen Kerja*,Jakarta:Gramedia Pustaka

LEMBARAN KONSULTASI FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

**Nama : Cut Malahayati
NPM : 1216010229**

Banda Aceh, Nopember 2015
Pembimbing,

(Yusnidaryani, SKM, M.Kes)

KUESIONER

I. Identitas Responden

Nomor Responden :

Tempat Tugas : Puskesmas.....

Umur :

Pendidikan :

Masa Kerja :

Berilah tanda (✓) pada kolom jawaban yang menurut anda benar

II Fasilitas yang dimiliki

No	Checklist	Ada	Tidak ada
1.	Lemari es		
2.	Mini freezer		
3.	Vaccine carrier		
4.	Termos		
5.	Cold box		
6.	Freezer tag		
7.	Kotak dingin cair		
8	Buku garfik pencatatan suhu		
9	Buku laporan imunisasi		
10	Data sasaran imunisasi		

III Iklim Organisasi

No	Pernyataan	SL	SR	KD	JR	TP
1.	Di tempat kerja anda orang hanya memperhatikan diri mereka sendiri					
2.	Apakah anda dalam bekerja bertindak secara bertanggung jawab					
3.	Pegawai ditempat kerja anda selalu membantu anda jika mendapat kesulitan dalam melaksanakan tugas					
4.	Pimpinan menegur/ menghukum anda jika hasil kerja tidak sesuai target					
5.	Pimpinan memuji/memberi penghargaan/reward kepada anda jika hasil kerja tidak sesuai target					
6.	Pimpinan melakukan pengawasan secara berkala terhadap hasil kerja anda					

7.	Pimpinan melakukan evaluasi secara berkala terhadap hasil kerja anda				
8	Pimpinan melakukan evaluasi terhadap pekerjaan anda secara berkala				
9.	Pimpinan melakukan supervisi langsung terhadap pekerjaan anda				
10	Pimpinan melakukan feedbacak terhadap pekerjaan anda				
11	Pimpinan memberikan solusi terhadap kendala/hambatan dalam melakukan pekerjaan				
12	Pimpinan memberikan kemudahan dalam mengikuti pendidikan/pelatihan untukmenunjang pekerjaan anda				
13	Selain sebagai petugas imunisasi, apakah anda diserahkan tugas lain (rangkap jabatan)				

IV. SDM

No	Pernyataan	SL	SR	KD	JR	TP
1.	Mencatat di buku stok vaksin, antara lain ; tanggal terima vaksin, jumlah,nomor batch, tanggal kadaluarsa					
2.	Mencatat suhu penyimpanan vaksin 2 kali sehari, pagi dan siang/sore					
3.	Menentukan jumlah sasaran imunisasi setiap tahun					
4.	Menentukan target cakupan imunisasi					
5.	Menghitung indeks pemakaian vaksin					
6.	Menghitung kebutuhan vaksin					
7.	Melakukan pemetaan (mapping) terhadap lokasi dari sasaran kerja anda (balita yang harus di imunisasi)					
8.	Pengiriman laporan anda tepat waktu					
9.	Jika target kerja anda belum tercapai, anda melakukan sweeping door to door					
10.	Jika orang tua balita tidak bersedia anaknya di imunisasi, apakah anda memberikan pengertian tentang arti pentingnya imunisasi tersebut					
11.	Melibatkan tokoh masyarakat dalam upaya pencapaian target imunisasi di wilayah kerja anda					
12	Dalam melakukan pekerjaan, anda punya motivasi untuk sukses					
13	Jika target anda belum tercapai, apakah anda merasa terbebani					
14	Jika ada pelatihan/seminar yang berkaitan dengan pekerjaan, anda termotivasi untuk mengikutinya					
15	Anda merasa tertekan jika pekerjaan anda diawasi langsung oleh pimpinan					
16	Jika hasil evaluasi pekerjaan belum memuaskan, anda tertantang untuk memperbaikinya					

V. Cakupan Imunisasi

TABEL SKOR

Variabel	No urut Pertanyaan	Skor					Rentang
		Ada	Tidak ada				
Fasilitas yang dimiliki	1	2	1				(10 – 20) Lengkap jika skor ≥ 15 Tidak skor < 15
	2	2	1				
	3	2	1				
	4	2	1				
	5	2	1				
	6	2	1				
	7	2	1				
	8	2	1				
	9	2	1				
	10	2	1				
		SL	SR	KD	JR	TP	
Iklim Organisasi	1	5	4	3	2	1	(7 – 35) Mendukung > 26 Tidak < 26
	2	5	4	3	2	1	
	3	5	4	3	2	1	
	4	5	4	3	2	1	
	5	5	4	3	2	1	
	6	5	4	3	2	1	
	7	5	4	3	2	1	
Keterampilan	1	5	4	3	2	1	(7 – 35) Baik > 26 Kurang < 26
	2	5	4	3	2	1	
	3	5	4	3	2	1	
	4	5	4	3	2	1	
	5	5	4	3	2	1	
	6	5	4	3	2	1	
	7	5	4	3	2	1	
		Ya	Tidak				
Sikap	1	2	1				(8 – 16) Positif skor ≥ 12 Negatif skor < 12
	2	2	1				
	3	2	1				
	4	2	1				
	5	2	1				
	6	2	1				
	7	2	1				
	8	2	1				
		B	S				
Pengetahuan	1	2	1				(10 – 20) Baik ≥ 15 Kurang < 15
	2	2	1				
	3	2	1				
	4	2	1				
	5	2	1				
	6	2	1				
	7	2	1				
	8	2	1				
	9	2	1				
	10	2	1				

LAMPIRAN**JADWAL PENELITIAN**

N o	Kegiatan Penelitian	September	Oktober	Nopember	Desember
1	Survey penelitian				
2	Persiapan pengambilan data				
3	Pengambilan data didaerah penelitian				
4	Penulisan Proposal				
5	Seminar Proposal				
6	Penelitian				
7	Penulisan Skripsi				
8	Seminar skripsi				