

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan organisasi sangat dipengaruhi oleh sumber daya manusia sebagai pemeran utamanya. Kegiatan organisasi tidak akan terlaksana dengan baik apabila tidak didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas meskipun tersedia sarana dan prasarana serta sumber dana yang berlebih. Sumber Daya Manusia (SDM) adalah aset yang paling utama dalam sebuah organisasi. Potensi karyawan dapat memengaruhi pencapaian tujuan organisasi. Oleh karena itu, apabila karyawan atau SDM dikelola dengan baik, maka pencapaian tujuan organisasi akan semakin terwujud. Pengelolaan SDM juga akan memengaruhi kinerja organisasi. Pencapaian kinerja dapat dinilai menurut pelaku yakni 1. Kinerja individu yang menggambarkan seberapa jauh individu melaksanakan tupoksinya. 2. Kinerja program, yang berkaitan dengan seberapa jauh kegiatan program dilaksanakan sehingga mencapai tujuan organisasi. 3. Kinerja organisasi menggambarkan seberapa jauh satu kelompok melaksanakan seluruh kegiatan pokok sehingga visi dan misi organisasi tercapai (Keban, 2004).

Social capital merupakan konsep lama yang dimunculkan kembali. Pakar sosiologi ekonomi yaitu Pierre Bourdieu (1986), James Coleman (1988), dan Robert Putnam (1993) adalah yang pertama kali mengenalkan konsep *social capital* yang kemudian dikembangkan oleh Fukuyama (1999) dengan kajian *trust* dalam relasi ekonomi dan sosial. Bourdieu, Coleman, dan Putnam membawa teori *social capital*

dalam diskusi yang lebih populer dari konsep yang belum sempurna menjadi teori yang lebih kompleks (Rochmah, 2006).

Menurut Lynch, *et al.* (2000) konsep *social capital* termasuk baru dalam aplikasinya di bidang kesehatan masyarakat dan apabila *social capital* dipahami sebagai kemampuan sosial yang lebih luas menyangkut inklusivitas, hak asasi manusia, keadilan sosial, partisipasi ekonomis, dan politik secara penuh dari warga masyarakat, maka investasi *social capital* merupakan strategi yang berguna untuk kesehatan masyarakat.

Social capital mencakup *institutions, relationship, attitudes, dan values* yang mengarahkan dan menggerakkan interaksi antar orang dan memberikan kontribusi terhadap pembagunan sosial dan ekonomi. *Social capital* meliputi *shared values* dan *rules* bagi perilaku sosial yang terekspresikan dalam ubungan antar personal, *trust* dan *common sense* tentang tanggungjawab terhadap masyarakat, dimana hal tersebut menjadikan masyarakat lebih dari sekadar kumpulan banyak individu. *Social capital* mengandung *social sense* secara inheren, hampir seluruh bentuk *social capital* terbentuk dan tumbuh melalui gabungan atau kombinasi tindakan dari beberapa individu atau kelompok (World Bank, 1998).

Keputusan setiap pelaku mempunyai konsekuensi bagi seluruh anggota kelompok dan hal tersebut mencerminkan suatu atribut dari struktur sosial. *Social Capital* bukan merupakan properti privat dari orang yang mendapat manfaat darinya. *Social capital* hanya akan muncul dan tumbuh apabila dilakukan secara bersama (*shared*), sehingga *social capital* dapat dikatakan sebagai properti dari barang publik. *Social capital* akan tumbuh dan semakin berkembang apabila

digunakan secara bersama dan sebaliknya, akan mengalami penurunan bahkan kepunahan apabila tidak digunakan secara bersama (Dhesi, 2000).

Social Capital merujuk pada hubungan sosial dan koneksi antar individu ataupun kelompok, oleh karena lebih merupakan relasi antar individu atau kelompok daripada suatu atribut individu atau kelompok. *Social capital* bukan merupakan sebuah karakteristik individu atau sifat kepribadian, melainkan suatu sumber daya yang terletak di dalam jejaring dan kelompok manusia. Sumber daya tersebut sangat berguna untuk produksi kesehatan apabila dimanfaatkan.

Puskesmas merupakan salah satu organisasi pelayanan kesehatan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat dan penuh ketergantungan antar individu serta unit program. Oleh karena itu, *social capital* sangat diperlukan dalam peningkatan kinerja puskesmas, disebabkan proses pelayanan di puskesmas lebih didominasi oleh layanan yang diberikan oleh sumber daya manusia. Pelaksanaan pelayanan di puskesmas membutuhkan pelayanan yang didasari oleh rasa saling percaya, ikhlas, selalu berorientasi pasien, ada kerjasama, dan menjalin jejaring atau *networks* dengan pasien atau pelanggan agar dapat memberikan kepuasan pasien dan mencapai target yang menjadi tujuan bersama. Unsur-unsur seperti rasa ikhlas, saling percaya, menjalin kerjasama tersebut merupakan parameter yang membentuk *social capital*.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 Tahun 2014 tentang puskesmas, puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (UPTD) yang memiliki tanggungjawab untuk menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP).

Puskesmas adalah unit pelaksana tingkat pertama yang menjadi ujung tombak pembangunan di Indonesia dalam hal kesehatan oleh karena itu upaya kesehatan yang wajib harus dilaksanakan dengan optimal, salah satu upaya kesehatan wajib tersebut adalah pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Upaya peningkatan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak sejalan dengan *Sustainable Development Goals* (SDG's) yang merupakan keberlanjutan dari Millenium Development Goals (MDG's) yakni sebuah ketetapan yang dibuat oleh United Nation Development Program (UNDP) sebagai badan di bawah PBB untuk mewujudkan negara berkembang menjadi negara mandiri dan sejahtera. Salah satu tujuan dari Sustainable Development Goals adalah mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) hingga <70/100.000 kelahiran hidup, mengakhiri Angka Kematian Bayi dan Balita (AKB) dengan integrasi seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal minimal hingga 12/1.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita 25/1.000 kelahiran hidup dengan target tahun 2030. Tujuan tersebut sejalan dengan upaya puskesmas dalam rangka meningkatkan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) melalui upaya imunisasi. Imunisasi yang merupakan salah satu upaya pelayanan kesehatan dasar dari segi preventif yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi. Imunisasi juga merupakan salah satu investasi kesehatan yang paling *cost effective* untuk mencegah seseorang terkena penyakit menular yang diberikan secara rutin kepada masyarakat sejak bayi.

Menurut UNICEF (*United Nations Children's Fund*) diantara 2.400 anak di Indonesia meninggal setiap hari adalah termasuk yang meninggal akibat dari penyakit menular yang harusnya bisa dicegah dengan imunisasi (PD3I). Program

imunisasi merupakan program penyelenggaraan pelayanan kesehatan prioritas di Indonesia yang diimplementasikan dari pemerintah pusat hingga daerah. Setiap penyelenggaraan program pelayanan kesehatan, penyedia pelayanan kesehatan harus memperhatikan aspek kualitas, termasuk dalam hal kualitas pelayanan imunisasi.

Pelayanan imunisasi dilaksanakan di beberapa unit pelayanan kesehatan seperti puskesmas, puskesmas pembantu, polindes, posyandu, rumah sakit, rumah bersalin, rumah sakit swasta, dan praktek dokter/bidan swasta. Hasil pencatatan kegiatan dan pelaporan dari setiap unit diberikan kepada puskesmas, kemudian akan direkapitulasi dan dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terkait. Seluruh laporan hasil imunisasi akan diolah dan digunakan sebagai bahan monitoring dan perencanaan kegiatan berikutnya, sehingga kegiatan yang direncanakan menjadi tepat guna dan sesuai dengan kebutuhan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 12 Tahun 2017).

Indikator keberhasilan program imunisasi adalah tercapainya UCI. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 12 Tahun 2017 menyatakan bahwa sasaran target UCI yaitu bayi (0-11 bulan), dengan tercapainya UCI (persentase minimal 80% bayi yang mendapat IDL disuatu desa/kelurahan).

Tabel 1.1 Capaian desa/kelurahan UCI di Indonesia tahun 2014-2016.

No	Tahun	Capaian Desa/Kelurahan UCI	Target Desa/kelurahan UCI
1	2014	81,82%	100%
2	2015	81,76%	100%
3	2016	56,08%	100%

Sumber: Profil kesehatan indonesia tahun 2016 (update data sampai dengan 28 Februari 2017)

Adanya desa/kelurahan yang masih belum mencapai UCI, menunjukkan bahwa imunisasi dasar lengkap masih belum terpenuhi dan tentunya memiliki risiko terjadinya PD3I di wilayah tersebut. Kota Probolinggo memiliki 6 Puskesmas dan 29 desa/kelurahan yang tersebar pada luas wilayah sekitar 56,7 km². Hal tersebut merupakan salah satu tantangan program imunisasi dapat terlaksana secara optimal baik secara proses maupun hasil. Hasil capaian program imunisasi, dapat dilihat melalui angka *Universal Child Immunization* (UCI). UCI adalah suatu kondisi tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada semua bayi (anak dibawah usia 1 tahun) (Kepmenkes, 2005). Berikut adalah data pencapaian desa/kelurahan UCI Kota Probolinggo Jawa Timur dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2018. Pencapaian desa/kelurahan UCI dilaporkan kepada propinsi dan pusat dengan angka penyebut (minimal bayi yang terimunisasi dasar lengkap) atau target yang diberikan oleh propinsi dan pusat berbeda. Target minimal IDL yang diberikan oleh propinsi Jawa Timur adalah sebesar 91% pada tahun 2015 dan meningkat sebesar 0,5% tiap tahun sehingga pada tahun 2018 adalah 93% IDL, sedangkan target yang diberikan oleh pusat adalah sebesar 80% bayi IDL di satu desa/kelurahan.

Tabel 1.2 Persentase Capaian Cakupan Desa/Kelurahan UCI di Kota Probolinggo Jawa Timur Tahun 2015 – 2018 berdasarkan Status UCI Propinsi.

No	Puskesmas	Jumlah Desa/Kelurahan	Desa/Kelurahan UCI							
			Tahun 2015		Tahun 2016		Tahun 2017		Tahun 2018	
			UCI	%	UCI	%	UCI	%	UCI	%
1	Sukabumi	2	2	100,0	2	100,0	0	0	1	50,0
2	Jati	3	3	100,0	3	100,0	3	100,0	2	66,7
3	Kanigaran	6	6	100,0	5	83,3	6	100,0	2	33,3
4	Kedopok	6	4	66,7	4	66,7	5	83,3	3	50,0
5	Wonoasih	6	2	33,3	3	50,0	6	100,0	3	50,0
6	Ketapang	6	5	83,3	3	50,0	6	100,0	2	33,3
	TOTAL	29	22	75,9	20	68,9	26	89,7	13	44,8

Sumber : Data Sekunder Dinas Kesehatan Kota Probolinggo (berdasarkan laporan di propinsi)

Berdasarkan Tabel 1.2 dapat dilihat bahwa cakupan desa/kelurahan UCI terendah pada tahun 2015 – 2018 di Kota Probolinggo berdasarkan status UCI Propinsi berada pada tahun 2018 sebesar 44,8%. Capaian cakupan desa/kelurahan UCI pada tahun 2017 mengalami peningkatan dan memiliki nilai cakupan tertinggi yaitu sebesar 89,7%, akan tetapi rerata persentase cakupan desa/kelurahan UCI masih belum mencapai target. Pencapaian cakupan desa/kelurahan UCI dan target pada tahun 2015 – 2018 berdasarkan status UCI propinsi dapat dilihat pada tabel berikut (Tabel 1.3),

Tabel 1.3 Pencapaian Cakupan Desa/Kelurahan UCI di Kota Probolinggo Jawa Timur Tahun 2015 – 2018 berdasarkan Status UCI Propinsi

No	Tahun	Jumlah Kelurahan	Kelurahan UCI	Cakupan UCI (%)	Target (%)
1	2015	29	22	75,9	100
2	2016	29	20	68,9	100
3	2017	29	26	89,7	100
4	2018	29	13	44,8	100
Rata-rata		29	20,5	69,8	100

Sumber : data sekunder Dinas Kesehatan Kota Probolinggo & Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur 2016 – 2018

Capaian cakupan desa/kelurahan UCI di Kota Probolinggo, selain berdasarkan status UCI propinsi, ada pula status UCI berdasarkan status pusat sebagaimana Tabel 1.4 berikut ini,

Tabel 1.4 Persentase Capaian Cakupan Desa/Kelurahan UCI di Kota Probolinggo Jawa Timur Tahun 2015 – 2018 berdasarkan Status UCI Pusat

No	Puskesmas	Jumlah Desa/Kelurahan	Desa/Kelurahan UCI							
			Tahun 2015		Tahun 2016		Tahun 2017		Tahun 2018	
			UCI	%	UCI	%	UCI	%	UCI	%
1	Sukabumi	2	2	100,0	2	100,0	2	100,0	2	100,0
2	Jati	3	3	100,0	3	100,0	3	100,0	3	100,0
3	Kanigaran	6	6	100,0	6	100,0	6	100,0	5	83,3
4	Kedopok	6	6	100,0	6	100,0	5	83,3	5	83,3
5	Wonoasih	6	5	83,3	5	83,3	6	100,0	4	66,7

Lanjutan

Tabel 1.4 Persentase Capaian Cakupan Desa/Kelurahan UCI di Kota Probolinggo Jawa Timur Tahun 2015 – 2018 berdasarkan Status UCI Pusat

No	Puskesmas	Jumlah Desa/Kelurahan	Desa/Kelurahan UCI							
			Tahun 2015		Tahun 2016		Tahun 2017		Tahun 2018	
			UCI	%	UCI	%	UCI	%	UCI	%
6	Ketapang	6	5	83,3	6	100,0	6	100,0	6	100,0
	TOTAL	29	27	93,1	28	96,5	28	96,5	25	86,2

Sumber : Data Sekunder Dinas Kesehatan Kota Probolinggo (berdasarkan laporan di pusat)

Berdasarkan Tabel 1.4 dapat dilihat bahwa cakupan desa/kelurahan UCI terendah pada tahun 2015 – 2018 di Kota Probolinggo berdasarkan status UCI pusat berada pada tahun 2018 sebesar 86,2%. Pencapaian cakupan desa/kelurahan UCI dan target pada tahun 2015 – 2018 berdasarkan status UCI pusat dapat dilihat pada tabel berikut (Tabel 1.5),

Tabel 1.5 Pencapaian Cakupan Desa/Kelurahan UCI di Kota Probolinggo Jawa Timur Tahun 2015 – 2018 berdasarkan Status UCI Pusat

No	Tahun	Jumlah Kelurahan	Kelurahan UCI	Cakupan UCI (%)	Target (%)
1	2015	29	27	93,1	100
2	2016	29	28	96,5	100
3	2017	29	28	96,5	100
4	2018	29	25	86,2	100
	Rata-rata	29	26,5	93,1	

Sumber : data sekunder Dinas Kesehatan Kota Probolinggo

Tabel 1.3 dan Tabel 1.5 menunjukkan bahwa pencapaian cakupan desa/kelurahan UCI tahun 2015 – 2018 belum mencapai target. Berdasarkan profil kesehatan Kota Probolinggo, pencapaian hasil program imunisasi merupakan *performance* kinerja pembangunan kesehatan di Kota Probolinggo yang digunakan sebagai bahan evaluasi dan menyusun perencanaan kegiatan di tahun mendatang agar pembangunan kesehatan masyarakat menjadi lebih baik lagi.

Cakupan desa/kelurahan UCI yang masih rendah dan belum mencapai target merupakan salah satu indikator dari kurang maksimalnya kinerja program imunisasi di puskesmas Kota Probolinggo. Berdasarkan Resume Lakip Renstra Dinas Kesehatan Kota Probolinggo Tahun 2015-2019, Dinas Kesehatan Kota Probolinggo menggambarkan kinerja melalui capaian Indikator Kinerja Utama dan Indikator Kinerja Upaya Kesehatan dan cakupan desa/kelurahan UCI adalah salah satu indikator kinerja upaya kesehatan. Berikut adalah indikator kinerja upaya kesehatan berdasarkan Renstra Kota Probolinggo Tahun 2015-2019,

Tabel 1.6 Indikator Kinerja Upaya Kesehatan Kota Probolinggo

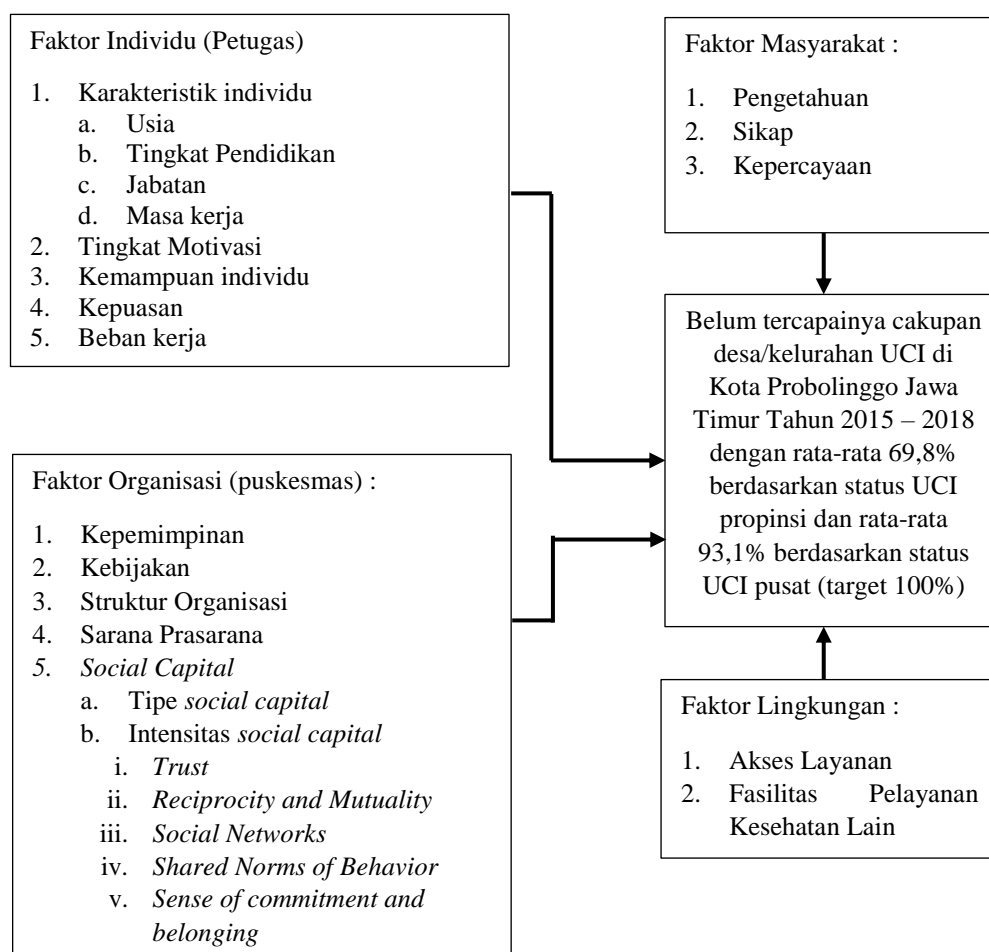
No.	Indikator
1.	Cakupan kunjungan ibu hamil
2.	Cakupan Komplikasi kebidanan yang ditangani
3.	Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan
4.	Cakupan pelayanan nifas
5.	Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani
6.	Cakupan kunjungan bayi
7.	Cakupan desa/kelurahan <i>Universal Child Immunization</i>
8.	Cakupan pelayanan anak balita
9.	Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan
10.	Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan
11.	Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat
12.	Cakupan peserta KB aktif
13.	Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit
14.	Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin
15.	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin
16.	Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di kab/kota
17.	Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam
18.	Cakupan desa siaga aktif

Program imunisasi sangat bermanfaat dan penting bagi masyarakat terutama balita dalam hal perolehan imunisasi dasar lengkap. Hal ini menjadi salah satu dasar bagi peneliti untuk meneliti program imunisasi di Kota Probolinggo. Berdasarkan

fakta dan data yang telah dijabarkan maka masalah yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah belum tercapainya cakupan desa/kelurahan UCI di Kota Probolinggo Jawa Timur tahun 2015 – 2018 dengan rata-rata 69,8% berdasarkan status UCI propinsi dan rata-rata 93,1% berdasarkan status UCI pusat (target 100%).

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, faktor yang dapat berpengaruh terhadap belum tercapainya cakupan desa/kelurahan *Universal Child Immunization* (UCI) di Kota Probolinggo adalah sebagai berikut (Gambar 1.1),



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah

1.2.1 Faktor Individu (Petugas Imunisasi)

Faktor penyebab yang mempengaruhi rendahnya pencapaian cakupan desa/kelurahan UCI di Puskesmas Kota Probolinggo Propinsi Jawa Timur berdasarkan faktor individu adalah sebagai berikut.

1. Karakteristik Individu

a. Usia

Usia berpengaruh terhadap tingkat produktivitas terutama bila dikaitkan dengan keterampilan, kecepatan, kecekatan, dan kekuatan. Seiring berjalannya waktu maka koordinasi antara anggota badan juga menurun kurangnya rangsangan intelektual berpengaruh juga pada keterampilan fisik, dan juga akan mempengaruhi petugas imunisasi dalam melakukan pelayanan. Apabila kurang cekatan dan terjadi keterlambatan dalam pemberian vaksin, maka bisa jadi dapat menyebabkan kegagalan dalam pencapaian hasil imunisasi dan berdampak pada pencapaian cakupan UCI desa/kelurahan.

b. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh pada kemampuan berpikir sehingga berdampak pada kinerja yang dihasilkan. Petugas imunisasi dengan pendidikan yang tinggi diharapkan dapat menghasilkan kinerja yang baik, karena kemampuan manajemen yang baik dalam melaksanakan pekerjaan akan memiliki sistem yang baik pula sehingga dapat mencapai cakupan UCI desa/kelurahan.

c. Masa Kerja

Masa kerja akan berpengaruh pada sisi keterampilan, petugas imunisasi dengan tingkat pendidikan tinggi tapi baru bekerja akan berbeda dengan petugas imunisasi yang lebih senior. Masa kerja yang panjang memiliki pengalaman yang lebih dalam dibandingkan petugas imunisasi dengan masa kerja yang pendek. Pengalaman kerja yang dalam akan meningkatkan keterampilan petugas imunisasi sehingga dapat berdampak pada hasil kinerja dalam pencapaian cakupan UCI desa/kelurahan.

2. Tingkat Motivasi

Motivasi setiap individu dalam organisasi akan berbeda dengan yang lainnya, motivasi muncul karena adanya keinginan untuk memenuhi kebutuhannya. Motivasi ada kalanya dapat bersifat membangun, di lain sisi dapat juga bersifat destruktif. Motivasi yang lebih ke arah konstruktif harus dimiliki oleh setiap individu dalam organisasi, agar senantiasa kerja yang dilakukan oleh individu tersebut menghasilkan keluaran yang lebih baik, misalnya tercapai desa/kelurahan UCI di Kota Probolinggo.

3. Kemampuan Individu

Seorang pegawai yang memiliki kemampuan dalam melaksanakan pekerjaannya akan menghasilkan kinerja yang bagus pula, dengan demikian kemampuan kinerja petugas imunisasi yang baik akan menghasilkan kinerja yang baik yaitu tercapainya cakupan UCI desa/kelurahan.

4. Kepuasan

Apabila karyawan merasa puas dengan pekerjaannya, maka mereka akan mempunyai motivasi dan memanfaatkan seluruh potensi yang dimilikinya dalam melakukan pekerjaan (Ramadhita, *et al.*, 2017).

5. Beban Kerja

Beban kerja merupakan usaha yang harus dikeluarkan oleh seseorang untuk memenuhi “permintaan” dari pekerjaan tersebut, sedangkan kapasitas adalah kemampuan atau kapasitas manusia. Kapasitas ini dapat diukur dari kondisi fisik maupun mental seseorang. Apabila beban kerja tidak melebihi kapasitas yang dimiliki seseorang, maka orang tersebut dapat menunjukkan kinerja yang optimal, begitu juga sebaliknya.

1.2.2 Faktor Organisasi

1. Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah kemampuan yang dimiliki individu untuk memengaruhi individu lainnya agar bekerja dengan baik dan mencapai tujuan yang diharapkan. Kepemimpinan merupakan proses untuk melakukan pengembangan secara langsung dengan melakukan koordinasi kepada anggotanya. Oleh karena itu, apabila seorang pemimpin tidak dapat melakukan koordinasi maka target UCI desa/kelurahan tidak akan tercapai.

2. Kebijakan

Kebijakan organisasi yang diputuskan sesuai dengan situasi yang faktual akan menentukan keberlanjutan suatu organisasi. Penentuan atau pengambilan kebijakan dengan mengikutsertakan karyawan atau petugas sebagai pelaksana

kegiatan akan membuat karyawan merasa dihargai, didengarkan, dan lebih sukarela dalam melaksanakan tugas dan kewajiban dalam bekerja, sehingga kinerja dapat maksimal dan target tercapai.

3. Struktur organisasi

Puskesmas Kota Probolinggo memiliki struktur organisasi, dengan adanya struktur organisasi tersebut jelas akan mempermudah petugas dalam menyelesaikan pekerjaan dan tanggungjawabnya, sehingga target cakupan UCI desa/kelurahan dapat tercapai.

4. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana memiliki fungsi yang penting dalam organisasi sebagai katalisator proses pelaksanaan pekerjaan, meningkatkan produktivitas dan menyederhanakan gerak pekerja. Kegiatan program imunisasi akan cepat proses pelaksanaannya apabila tersedia sarana dan prasarana, sehingga tujuan program dapat tercapai dan dapat ditingkatkan.

5. *Social Capital*

Keberadaan *social capital* dalam organisasi sudah pasti diperlukan selain modal finansial dan modal manusia. Intensitasnya pun akan mempengaruhi hubungan kerja yang ada di organisasi. Semakin tinggi intensitas *social capital*, hubungan kerja akan semakin baik dan menghasilkan kerja yang maksimal.

a. Tipe *Social Capital*

Tipe *social capital* dapat mempengaruhi pencapaian target UCI. Apabila tipe *social capital* yang dimiliki oleh organisasi memiliki tipe *bonding*, maka memiliki sifat yang cenderung sama dengan kelompoknya, sehingga

koordinasi kurang berjalan dengan baik. Namun, apabila tipe *social capital* yang dimiliki yaitu tipe *bridging*, maka akan lebih terbuka dan mudah menerima saran dari pihak luar kelompoknya, sehingga akan memudahkan kerjasama dalam program imunisasi dan target desa/kelurahan UCI akan tercapai.

b. Intensitas *Social Capital* (intensitas Modal Sosial)

1. *Trust* (Rasa Kepercayaan)

Rasa saling percaya yang tinggi antar sesama anggota atau organisasi dalam program imunisasi yaitu saling percaya dengan rekan kerja dalam puskesmas. Rasa percaya ini akan meningkatkan kerjasama program imunisasi yang nantinya akan terbentuk suasana kerja yang baik sehingga memudahkan pencapaian target desa/kelurahan UCI di Kota Probolinggo.

2. *Reciprocity and mutuality* (Hubungan Timbal Balik dan Kebersamaan)

Hubungan yang masing-masing tidak mengharapkan imbalan saling membantu dan siap bekerja demi kepentingan bersama dan diharapkan dapat mencapai pencapaian UCI di Kota Probolinggo.

3. *Social networks* (Jejaring Sosial)

Social networks adalah hubungan dengan berbagai macam orang dan organisasi sehingga bisa mengenal satu sama lain, belajar mempercayai dan bekerja sama dengan mereka, serta bertukar informasi (Conscise, 2000). Semakin banyak hubungan kerja yang dimiliki, semakin banyak

pula bantuan yang didapatkan dan semakin mudah koordinasi yang dilakukan, sehingga akan tercapai target yang ingin dicapai.

4. *Shared norms of behavior* (Norma/Nilai Bersama)

Adanya kesadaran tentang pentingnya berbagi ide dengan orang lain mengenai beberapa hal yang harus dilakukan dalam membangun visi yang sama, dalam hal ini adalah pencapaian target UCI di Kota Probolinggo.

5. *Sense commitment and belonging* (Rasa saling memiliki dan komitmen bersama)

Kesadaran untuk berbagi komitmen dengan sebuah kelompok agar dapat membentuk suatu kesepakatan terhadap suatu masalah dan menuntun pada tujuan bersama yaitu untuk mencapai tujuan pelaksanaan program imunisasi di puskesmas.

1.2.3 Faktor Masyarakat

1. Pengetahuan

Pengetahuan orang tua bayi mengenai imunisasi yang meliputi manfaat serta akibat apabila tidak diberikan imunisasi pada bayi, jadwal pemberian vaksin, dan beberapa hal dasar yang perlu diketahui oleh orang tua bayi. Pengetahuan akan memengaruhi pencapaian program imunisasi. Apabila orang tua memiliki pengetahuan yang cukup akan imunisasi, maka akan mudah membawa bayinya untuk memperoleh imunisasi sesuai jadwal sehingga program imunisasi dan target UCI desa/kelurahan dapat tercapai.

2. Sikap

Sikap orang tua bayi yang positif yaitu mendukung dan menerima program imunisasi sehingga mau memberikan bayinya imunisasi akan mempermudah pencapaian target UCI desa/kelurahan.

3. Kepercayaan

Kepercayaan disini adalah dalam pemanfaatan pelayanan imunisasi. Kepercayaan masyarakat yang negatif akan mengakibatkan masyarakat tidak mau memberikan imunisasi kepada bayinya sehingga cakupan akan menjadi rendah dan target UCI desa/kelurahan tidak tercapai.

1.2.4 Faktor Lingkungan

1. Akses Pelayanan

Akses dalam hal ini adalah jarak antara rumah masyarakat dengan fasilitas pelayanan kesehatan. Masyarakat yang tempat tinggalnya jauh dari faskes akan enggan dan sulit untuk datang ke tempat pelayanan untuk melakukan imunisasi pada bayi, hal ini menyebabkan rendahnya cakupan UCI desa/kelurahan.

2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain

Adanya berbagai tempat pelayanan imunisasi di berbagai fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, klinik, dan praktek dokter spesialis anak, maka perlu adanya pencatatan oleh petugas imunisasi yang dilakukan tiap awal bulan. Dikarenakan banyaknya data dengan alamat sasaran, petugas mengalami kesulitan untuk menyalinnya kembali ke dalam buku catatan imunisasi di puskesmas, sehingga data tersebut tidak masuk dalam laporan cakupan imunisasi yang tiap bulannya harus dilaporkan ke Dinas Kesehatan, hal ini

menjadi salah satu penyebab pelayanan imunisasi yang dilakukan di luar posyandu akan memengaruhi pencapaian UCI desa/kelurahan di Kota Probolinggo.

1.3 Pembatasan dan Perumusan Masalah

1.3.1 Pembatasan Masalah

Berdasarkan hasil identifikasi masalah yang telah diuraikan, ada beberapa kemungkinan penyebab terjadinya masalah dalam penelitian ini. Namun, dalam penelitian ini akan dibatasi pada faktor organisasi yaitu intensitas *social capital* menggunakan lima elemen dari *the Conscise Project 2000-2003* yang meliputi *trust, reciprocity and mutuality, social networks, shared norms of behavior, dan sense of commitment and belonging*. Pembatasan masalah ini mengacu pada hasil riset pakar manajemen Kaplan and Nonton (2004) yang menyebutkan bahwa nilai sebuah perusahaan ditentukan lebih banyak oleh aset, baik itu yang terlihat atau *tangible* (25%) dan yang tidak terlihat atau *intangible* (75%).

Social capital merupakan salah satu aset yang tidak terlihat atau dapat disebut *intangible asset* yang menyebutkan bahwa di dalam organisasi bukan modal ekonomi yang utama dalam keberlanjutan organisasi. Peran *social capital* terlihat nyata memberikan dampak positif terhadap perkembangan organisasi dan masyarakat. Sehingga dengan mempelajari intensitas *social capital* di Puskesmas diharapkan dapat memberikan dampak yang positif.

1.3.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut,

1. Bagaimana karakteristik tim program imunisasi di Puskesmas Kota Probolinggo?
2. Bagaimana intensitas *social capital* yang meliputi *trust, reciprocity and mutuality, social networks, shared norms of behavior*, dan *sense of commitment and belonging* pada tim program imunisasi di Puskesmas Kota Probolinggo?
3. Bagaimana kinerja program imunisasi di Puskesmas Kota Probolinggo?
4. Bagaimana pengaruh intensitas *social capital* terhadap kinerja program imunisasi di puskesmas Kota Probolinggo?

1.4 Tujuan dan Manfaat Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh intensitas *social capital* terhadap kinerja program imunisasi di Puskesmas Wilayah Kota Probolinggo.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut,

1. Mengidentifikasi karakteristik tim program imunisasi di Puskesmas Kota Probolinggo.
2. Mengidentifikasi intensitas *social capital* yang meliputi *trust, reciprocity and mutuality, social networks, shared norms of behavior*, dan *sense of commitment and belonging* pada tim program imunisasi di Puskesmas Kota Probolinggo.

3. Mengidentifikasi kinerja program imunisasi di Puskesmas Kota Probolinggo.
4. Menganalisis pengaruh intensitas *social capital* terhadap kinerja program imunisasi di puskesmas Kota Probolinggo.

1.4.3 Manfaat Penelitian

Manfaat yang didapatkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut,

1. Bagi Puskesmas Kota Probolinggo, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pihak manajemen untuk menentukan strategi yang tepat dalam upaya meningkatkan kinerja tim program imunisasi dalam pencapaian cakupan desa/kelurahan UCI di Puskesmas Kota Probolinggo.
2. Bagi Peneliti, proses dan hasil dari melakukan penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengalaman berharga dan memperluas ilmu pengetahuan mengenai pengaruh intensitas *social capital* terhadap kinerja program imunisasi di Puskesmas Kota Probolinggo.