

ANALISIS PENCAPAIAN TARGET PROGRAM PROMOSI KESEHATAN MENURUT JENIS PUSKESMAS DI KABUPATEN TULUNGAGUNG

{UJI KOMPERASI MANN WHITNEY TEST - DATA RIFASKES, 2011}

*(Analysis of Health Promotion Program Target Achievement based
on Public Health Care Types in Tulungagung {Comparasion by Mann
Whitney Test - Data Rifaskes 2011})*

Mugeni Sugiharto¹, dan Widjiartini¹

ABSTRACT

Background: Health promotion program as Constitution mandate (UU No 17, 2007 and UU No. 36, 2009, pasal 1), compulsory for implementation by Health Care (PHC), to improve public health status in it working area. The importance of performing health promotion program is due to relatively cheap in curative and rehabilitative, also due to 90–85% of Indonesian population need to be healthy and to keep them healthy so will avoid disease,. **The aim of this research** was to analyze difference of health promotion program target achievement based on location and type of PHC. **Methods:** Quantitative with Mann Whitney test to Rifaskes data, 2011. Independent variables were location and type of HC, and the dependent variable was active prepared village achievement ratio. Descriptive analysis was made two kategori ie < 50% unfavorable achievement category and > 50.1% as good categories. Analysis unit was PHC with 31 PHCs in Tulungagung Regency. **Results:** Mann Whitney analysis result based on PHC with in patient and not with in patient is not different because significance value = 0.308 > α (0,05). Descriptively care to PHC with in patient in rural that perform more of the four dimensions of health center program compared to PHC non with in patient. Mann Whitney analysis was not done on site health center, because only 2, it was analyzed based on good category achievement percentage, where of the two urban PHCs 50% (1 PHC) achieved good category for active prepared village target, while in rural area 41% achieved good category the Desa Siaga Aktif target. **Conclusion:** There is no significant between difference between PHC with in patient and PHC non with in patient in achieving the Desa Siaga Aktif target, but descriptively, PHC with in patient programs four dimensions implementing health promotion more appeal in PHC not with in patient.

Key words: Health Promotion, Public Health Care (PHC)

ABSTRAK

Pendahuluan: Program promosi kesehatan sebagai amanat undang-undang (UU No 17, 2007 dan UU No. 36, 2009 pasal 1), wajib dilaksanakan oleh Puskesmas, untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Program promosi kesehatan dilaksanakan dengan biayanya lebih murah dari kuratif dan rehabilitatif, juga karena 90–85% penduduk Indonesia yang sehat, perlu tetap di jaga kesehatannya agar tidak jatuh sakit. **Tujuan:** Penulisan adalah menganalisis perbedaan pencapaian target program promosi kesehatan menurut lokasi dan jenis puskesmas. **Metode:** Inferensial dengan uji Mann Whitney, dari data Rifaskes 2011. Independent variable adalah Lokasi dan Jenis puskesmas, dependent variable adalah rasio pencapaian desa siaga aktif. Analisis diskriptif di buat dua kategori yaitu < 50% kategori pencapaian kurang baik dan > 50,1% kategori baik. Unit analisis yaitu puskesmas, sebanyak 31 puskesmas yang ada di Kabupaten Tulungagung. **Hasil:** Mann Whitney adalah tidak berbeda antara puskesmas perawatan dan nonperawatan dalam mencapai target desa siaga aktif, karena sig = 0,308 > α (0,05). Secara diskriptif puskesmas perawatan di desa lebih banyak yang melaksanakan empat dimensi program promkes dibandingkan puskesmas nonperawatan. Analisis Mann Whitney, tidak dilakukan pada lokasi puskesmas, karena puskesmas perkotaan hanya 2, sehingga di analisis

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Indrapura 17 Surabaya
Alamat korespondensi: Mugeni Sugiharto, E-mail: mugeni_p3skk@yahoo.co.id

berdasarkan persentasi pencapaian kategori baik, puskesmas perkotaan yang hanya berjumlah 2 puskesmas, 50% (1 puskesmas) kategori baik, sedangkan di perdesaan 41% puskesmas mencapai kategori baik terhadap target desa siaga aktif. **Kesimpulan:** Tidak ada perbedaan signifikan antara puskesmas perawatan dan nonperawatan dalam pencapaian target desa siaga aktif, namun secara diskriptif puskesmas perawatan melaksanakan empat dimensi program promkes lebih banyak dibanding puskesmas nonperawatan.

Kata kunci: promosi kesehatan, Mann Whitney Test

Naskah Masuk: 27 September 2012, Review 1: 28 September 2012, Review 2: 28 September 2012, Naskah layak terbit: 22 Oktober 2012

PENDAHULUAN

Program promosi kesehatan sebagai program yang sangat strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberian informasi kesehatan kepada masyarakat untuk melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat dalam kehidupan sehari-hari. Menyadari pentingnya setiap wilayah memprioritaskan program promosi kesehatan, maka pada acara Hari Kesehatan Nasional (HKN) tahun 2011, yang bertema Indonesia Cinta Sehat, Ibu Menkes RI mengingatkan, pentingnya memprioritaskan tindakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kegiatan promotif dan preventif bisa melalui program imunisasi, skrining antenatal, peningkatan gizi masyarakat, posyandu, pemeriksaan antenatal, dan termasuk melakukan *medical checkup* secara rutin. Menurut Menkes jika dibandingkan dengan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (meminimalisasi dampak akibat suatu penyakit), maka kegiatan promotif dan preventif biayanya menjadi lebih murah, sementara biaya untuk pengobatan memerlukan biaya yang sangat besar. Himbauan Menkes ini sejalan dengan Kepmenkes RI No: 128/Menkes/SK/II/2004, tentang Kebijakan Dasar Pusat kesehatan masyarakat, bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007, tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) memberikan arah kebijakan pelaksanaan pembangunan di Indonesia sampai dengan tahun 2025 termasuk bidang kesehatan. Kebijakan tersebut dituangkan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009, bahwa upaya untuk meningkatkan pengetahuan,

kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam berperilaku sehat dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung melalui berbagai saluran media dan teknik promosi kesehatan. Salah satu pendekatan pelayanan kesehatan dalam SKN 2009 adalah pendekatan pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*) yang secara global telah diakui sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi semua.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 1, mendefinisikan bahwa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Peran serta masyarakat sangat dibutuhkan dalam pelaksanaan program promosi kesehatan, seperti mendirikan sarana pelayanan kesehatan posyandu) maupun memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan), termasuk pengembangan Desa Siaga atau bentuk-bentuk lain pada masyarakat desa/kelurahan.

Program promosi kesehatan tetap menjadi program utama Kemenkes RI pada tahun 2012 dalam rangka untuk mencapai target program MDGs 2015 untuk menurunkan angka kematian bayi, menurunkan angka kematian ibu, menurunkan prevalensi gizi kurang dan meningkatkan umur harapan hidup. Program utama Kemenkes 2012 ini sejalan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010–2014 bidang kesehatan yaitu pembangunan kesehatan diarahkan pada memprioritaskan kesehatan di setiap wilayah melalui program kesehatan untuk masyarakat, program KB, meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan obat-obatan dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif.

Penyelenggaraan upaya promotif dan preventif sangat penting untuk diutamakan dalam penyelenggaraan kesehatan di Indonesia, karena

secara statistik menurut Does Sampoerno (2010) jumlah penduduk Indonesia yang sehat jauh lebih banyak dari yang sakit, perbandingan hanya sekitar 10–15% saja orang Indonesia yang sakit, sedangkan selebihnya antara 90–85% adalah orang Indonesia yang sehat. Akan tetapi sebaliknya anggaran kesehatan lebih dimaksimalkan untuk pelayanan kuratif dengan perbandingan 85% penganggaran (budget) kesehatan dialokasikan untuk kegiatan kuratif, dan sisanya hanya 15% dialokasikan untuk kegiatan promotif dan preventif. Alokasi anggaran kesehatan yang demikian berdampak pada kurang seriusnya penyelenggaraan kesehatan promotif dan preventif yang akibatnya derajat kesehatan Indonesia masih belum membaik, ditandai dengan IPM Indonesia saat ini semakin menurun dalam dua tahun terakhir berada pada peringkat 107 dari 117 negara dan pada tahun 2009 baru menjadi peringkat 111. Buramnya kondisi kesehatan bangsa Indonesia saat ini juga masih ditandai dengan AKI 228 per 100.000 penduduk, padahal target MDGs 102 per 100.000 penduduk (Sampoerna, 2010) www.xamthone.com).

Pelaksanaan program promosi kesehatan di Indonesia merupakan salah satu dari enam program pokok (*Basic six*) kesehatan di Puskesmas. Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No: 128/Menkes/SK/II/2004, bahwa fungsi pelayanan kesehatan masyarakat (puskesmas) adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Puskesmas sebagai lini terdepan dalam Sistem Kesehatan Nasional, merupakan institusi terpenting yang di sediakan oleh pemerintah yang kerjanya sudah sangat baku sesuai petunjuk WHO (*World Health Organization*) dengan tugas utama adalah pengembangan kesehatan masyarakat dengan fokus program pendidikan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pentingnya puskesmas dalam system kesehatan nasional, sehingga pemerintah berupaya mendirikan puskesmas di semua kecamatan di Indonesia, bahkan saat ini setiap kecamatan sudah ada puskesmas bahkan ditunjang paling sedikit oleh tiga Puskesmas Pembantu. Akibatnya terjadi peningkatan rasio Puskesmas dari 3,46 per 100.000 penduduk pada tahun 2003 menjadi 3,65 per 100.000 pada tahun 2007 dan kemudian menjadi 3,86 per per

100.000 pada tahun 2011 (Profil Kesehatan, 2011; Sudayasa, P, 2010)

Upaya promosi kesehatan di puskesmas sebagai program pokok telah mampu meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dari 36,3% tahun 2007, menjadi 60% pada tahun 2009. Akses terhadap air bersih telah mencapai 57,7% dari seluruh rumah tangga di Indonesia dan 63,5% rumah tangga mempunyai akses sanitasi yang baik, dan hanya 24,8% rumah tangga tidak menggunakan fasilitas buang air besar, serta hanya 32,5% rumah tangga tidak memiliki saluran pembuangan air limbah. Jumlah UKBM, seperti Posyandu dan Poskesdes semakin meningkat, tetapi pemanfaatan dan kualitasnya masih rendah (SKN 2009).

Puskesmas sebagai *public goods* menurut Pudjirahardjo (1995), ada perbedaan dalam antara puskesmas yang berada di perkotaan dengan puskesmas yang berada di perdesaan. Puskesmas perkotaan lebih dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bersifat kuratif (pengobatan), agar tidak ditinggalkan masyarakat, karena di perkotaan tersedia banyak pilihan untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Sebaliknya puskesmas di perdesaan, menurut Winardi, 2003, lebih diarahkan untuk melayani masyarakat perdesaan dengan fokus kegiatan pelayanan kesehatan dasar. Masyarakat perdesaan masih menjadikan puskesmas sebagai satu satunya tempat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih lengkap. Program puskesmas khususnya program promosi kesehatan berupa penyampaian informasi/pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kemauan, kemampuan dan kesadaran hidup sehat, masih lebih mudah di terima masyarakat perdesaan.

Perubahan fungsi puskesmas dari *public goods* (pelayanan kesehatan masyarakat) ke arah *private goods* (pelayanan kesehatan perorangan/UKP) juga terjadi ketika puskesmas mengalami perubahan manajemen, dari puskesmas non perawatan menjadi puskesmas perawatan.

Perbedaan prinsip utama dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat antara puskesmas perkotaan dengan perdesaan, antara puskesmas perawatan dengan puskesmas non perawatan akan turut memengaruhi target pencapaian program promosi kesehatan. Padahal secara nasional program promosi kesehatan merupakan program prioritas kementerian kesehatan,

seperti yang terdapat dalam Kepmenkes RI No: 128/Menkes/SK/II/2004, yang semestinya menjadi wajib bagi semua puskesmas untuk melaksanakan. Sistem Kesehatan Nasional 2009, secara jelas mengarahkan pencapaian target utama program promosi kesehatan perlu dilakukan berbagai terobosan/pendekatan terutama pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan yang memberikan penguatan kapasitas dan surveilans berbasis masyarakat, diantaranya melalui pengembangan Desa Siaga. Untuk mengetahui fenomena tersebut, penulis melakukan penelitian terhadap pelaksanaan pelayanan promosi kesehatan Puskesmas khususnya di Kabupaten Tulungagung Propinsi Jawa Timur, sesuai hasil dari Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2011 yang dilaksanakan oleh Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, di mana penulis terlibat langsung dalam proses pengumpulan data di lapangan.

Secara topografis Jawa Timur Kabupaten Tulungagung berada di daerah dataran sedang (45–100 meter). Iklim tropis basah curah hujan rata-rata 1.900 mm per tahun, suhu rata-rata berkisar antara 21–34° C.

Fasilitas kesehatan khususnya puskesmas, Kabupaten Tulungagung mempunyai 31 puskesmas, sebanyak 2 puskesmas berlokasi di perkotaan dan

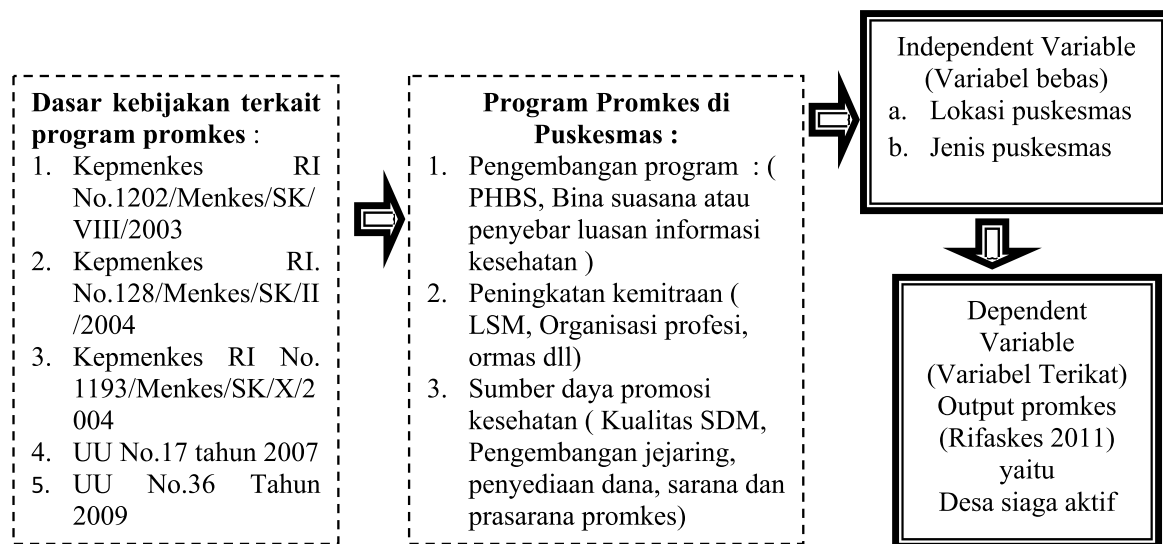
29 puskesmas berlokasi di perdesaan. Menurut jenis puskesmas, Kabupaten Tulungagung mempunyai 14 puskesmas perawatan yang berlokasi di perdesaan dan 17 puskesmas non perawatan. Puskesmas non perawatan yang ada sebanyak 2 puskesmas berlokasi di perkotaan dan 15 puskesmas berlokasi di perdesaan

Berdasarkan lokasi dan jenis puskesmas tersebut, maka yang menjadi pertanyaan penelitian (*research question*) pada artikel ini adalah apakah ada perbedaan pencapaian target program promosi kesehatan di puskesmas antara puskesmas yang berada di perdesaan dengan puskesmas yang berada di perkotaan dan apakah ada perbedaan pencapaian target promosi kesehatan antara puskesmas perawatan dengan puskesmas non perawatan?

Tujuan penulisan artikel ini adalah untuk menganalisis perbedaan pencapaian target program promosi kesehatan menurut lokasi puskesmas (perkotaan dan perdesaan) dan jenis puskesmas (puskesmas perawatan dan puskesmas non perawatan).

METODE

Artikel ini ditulis berdasarkan data sekunder hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) tahun 2011 yang



Gambar 1. Kerangka Konsep

Ket:

----- = Tidak di analisis dengan Mann whitney test

———— = Dilakukan analisis Mann whitney test

dilakukan oleh Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kementerian Republik Indonesia pada tahun 2011. Rancangan penelitian (*research design*) adalah secara potong lintang (*cross sectionanal*).

Analisis Mann Whitney Test hanya dilakukan terhadap *independent variable* (variabel bebas) yaitu lokasi puskesmas dan jenis puskesmas. Kategori masing-masing variabel adalah kode 1 untuk puskesmas perkotaan dan kode 2 untuk puskesmas perdesaan, puskesmas perawatan kode 1 dan puskesmas non perawatan kode 2. **Dependent variable** adalah output promkes yaitu desa siaga aktif, bersekalas rasio, seperti pada kerangka konsep pada Gambar 1.

Untuk kepentingan analisis statistik di gunakan pertimbangan kaedah normalitas distribusi data, melalui uji normalitas dengan *One – Sample Kolmogorof-Smirnov Test* dengan signifikan (α) = 5% dengan level kepercayaan (*Confident Interval*) sebesar 95%, jika hasilnya $p > \alpha$ (5%), dinyatakan sebagai data yang berdistribusi tidak normal dan di lakukan uji bivariat *Mann Whitney Test*.

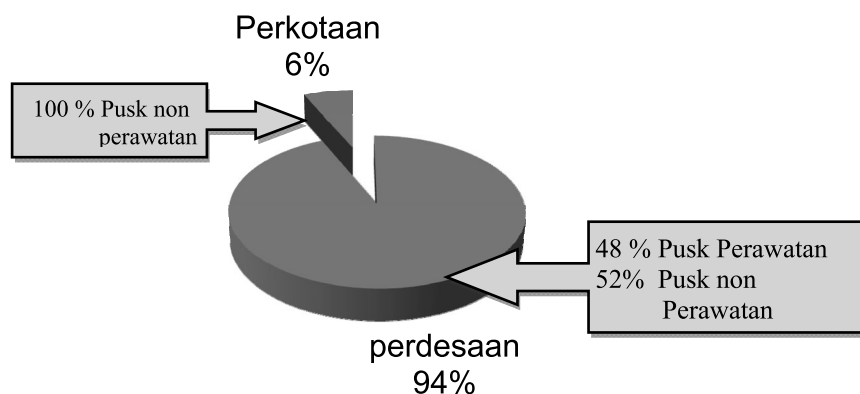
Untuk kepentingan analisis diskriptif terhadap output desa siaga aktif dipergunakan pengklasifikasian dengan dua kategori yaitu (1) pencapaian target desa siaga aktif bernilai baik, jika rasio pencapaian desa siaga aktif $> 50\%$ dan kurang baik jika pencapaian desa siaga aktif $\leq 50\%$. Lokasi Penelitian di laksanakan di Kabupaten Tulungagung yang terdiri atas 31 puskesmas dan semua puskesmas menjadi target Rifaskes 2011, sehingga semua puskesmas tersebut menjadi target analisis. Unit analisis yaitu Puskesmas.

HASIL

Sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat, Puskesmas di Kabupaten Tulungagung mengedepankan perilaku hidup bersih dan sehat. Prinsip perilaku yang dimaksud yaitu perilaku proaktif yaitu perilaku yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat, dengan MOTTO pembangunan kesehatan “SEHAT ITU MAHAL” “PENCEGAHAN LEBIH BAIK DARIPADA PENGOBATAN”.

Dilihat dari aspek lokasi puskesmas di Kabupaten Tulungagung, secara kuantitas ada sebanyak 6% puskesmas berlokasi di perkotaan dan sebanyak 94% puskesmas berlokasi di perdesaan. Sedangkan puskesmas perawatan secara kuantitas tidak terdapat di perkotaan dan 100% berada di puskesmas yang berlokasi perdesaan. Perbandingan puskesmas perawatan dan nonperawatan adalah sebanyak 48% puskesmas perawatan dan 52% nonperawatan.

Kegiatan promosi kesehatan yang dilaksanakan di puskesmas, menurut Rifaskes 2011 ada empat dimensi kegiatan yaitu (1) dimensi penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat, (2) pembinaan kesehatan, (3) pembinaan forum desa siaga, dan (4) pembinaan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Semua variabel ini dalam Rifaskes 2011 di kategorikan ada dan tidak ada kegiatan. Kategori dengan kode 1 untuk puskesmas yang ada kegiatan dan kode 2 untuk puskesmas yang tidak ada kegiatan. Analisis melalui tabel kontingensi



Sumber: Rifaskes 2011

Gambar 2. Jenis puskesmas menurut lokasi.

Tabel 1. Kegiatan program promkes menurut lokasi puskesmas di Kabupaten Tulungagung

No	Uraian	Kegiatan Puskesmas di perkotaan		Kegiatan Puskesmas di perdesaan		Jumlah
		Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	
1	PHBS	2	0	27	2	31
2	Poskesdes	2	0	23	6	31
3	Forum pembinaan desa siaga	1	1	24	5	31
4	UKBM	1	1	21	8	31

Sumber: data primer Rifsakes 2011

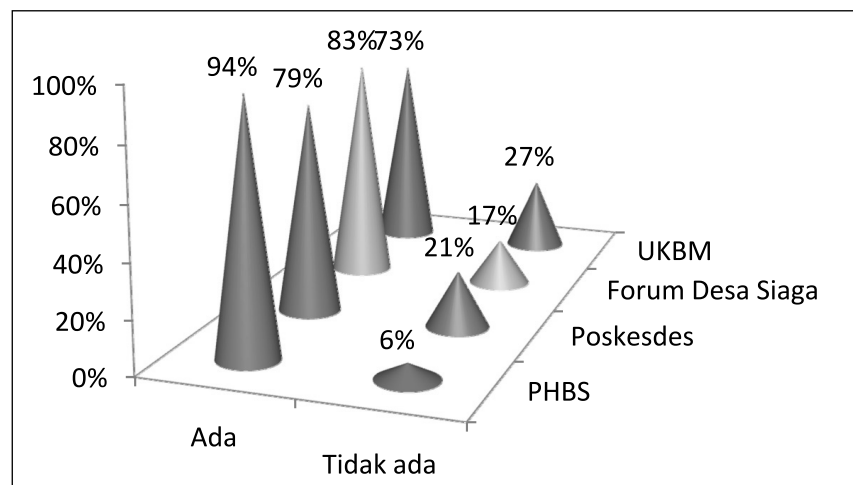
(analisis *discriptif crosstable*), antara puskesmas perkotaan dan perdesaan terhadap adanya kegiatan promosi kesehatan di puskesmas di peroleh hasil seperti pada Tabel 1.

Penyuluhan hidup bersih dan sehat dari 29 puskesmas di pedesaan yang melaksanakan kegiatan PHBS 27 puskesmas (93,1%). Pembinaan di Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) telah dilaksanakan 23 puskesmas (79,3%), pelaksanaan pembentukan forum desa siaga telah dilaksanakan 24 puskesmas (82,8), sedangkan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) telah dilaksanakan sebanyak 21 puskesmas (72,4%), sehingga rata-rata 81,9% puskesmas perdesaan telah melaksanakan empat dimensi kegiatan promosi kesehatan. Dari ke empat dimensi kegiatan promosi kesehatan, yang paling banyak dilakukan oleh puskesmas adalah kegiatan PHBS.

Hasil di atas mengindikasikan bahwa, meski program promosi kesehatan sebagai program prioritas,

namun belum masih belum dapat dilaksanakan puskesmas secara maksimal, sehingga masih cukup banyak puskesmas yang belum melaksanakan kegiatan itu. Gambaran perbandingan persentase puskesmas yang melaksanakan dan yang tidak melaksanakan kegiatan promosi kesehatan dapat dilihat pada gambar 2.

Selain dilakukan analisis empat dimensi kegiatan promosi kesehatan melalui lokasi puskesmas yaitu antara puskesmas perkotaan dan perdesaan, maka yang lebih penting adalah pengkajian melalui jenis puskesmas yaitu puskesmas perawatan dan nonperawatan, mengingat masing-masing puskesmas tersebut memiliki orientasi pelayanan yang berbeda. Puskesmas perawatan lebih bertumpu pada pelayanan kuratif yang bermutu, sementara puskesmas non perawatan tetap menjalankan sesuai fungsi puskesmas sebagai pelayanan kesehatan dasar yang menitik beratkan pada upaya kesehatan masyarakat melalui kegiatan promotif dan preeventif.



Sumber: Rifsakes 2011

Gambar 2. Kegiatan Penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat

Tabel 2. Kegiatan program promkes menurut jenis puskesmas di kabupaten Tuban

No	Uraian	Kegiatan di Puskesmas Perawatan		Kegiatan di Puskesmas Non Perawatan		Jumlah
		Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	
1	PHBS	14	0	15	2	31
2	Poskesdes	13	1	12	5	31
3	Forum pembinaan desa siaga	12	2	13	4	31
4	UKBM	13	1	8	9	31

Sumber: data primer hasil Rishfaskes 2011

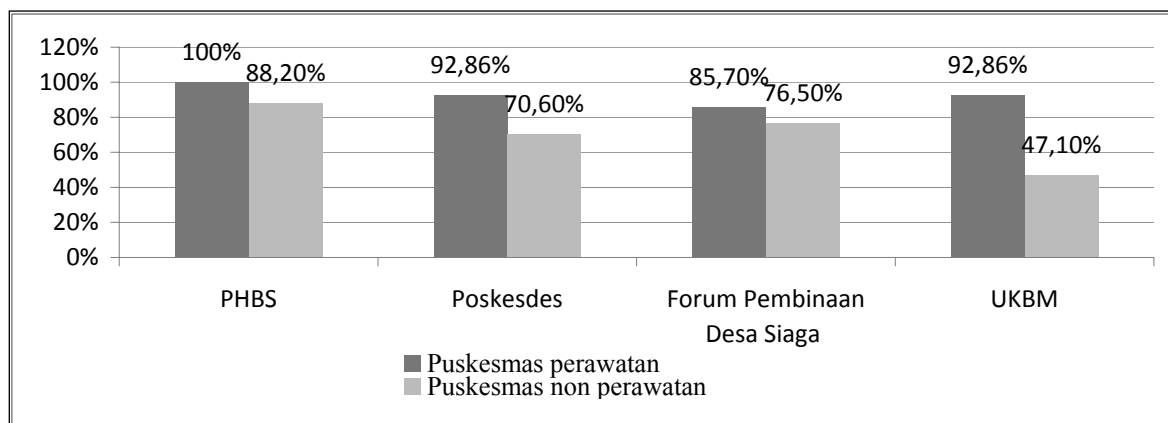
Hasil analisis bivariat antara puskesmas perawatan dan non perawatan dapat dilihat pada Tabel 2:

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa antara puskesmas perawatan dan nonperawatan sama-sama memaksimalkan pelaksanaan empat dimensi kegiatan promosi kesehatan. Hal ini terbukti meski puskesmas perawatan lebih diarahkan ke kuratif, ternyata hasilnya lebih baik dari pada puskesmas non perawatan dalam melaksanakan empat dimensi kegiatan promosi kesehatan. Ada sebanyak 14 (100%) puskesmas perawatan yang ada telah melaksanakan kegiatan PHBS, kegiatan poskesdes dan UKBM telah dilaksanakan sebanyak 13 (92,86%) puskesmas perawatan dan kegiatan forum pembinaan desa siaga juga telah dilaksanakan sebanyak 12 (85,7%) puskesmas perawatan yang ada. Sementara puskesmas non perawatan dalam kegiatan PHBS telah dilaksanakan hanya 15 (88,2%) dari jumlah puskesmas non perawatan yang ada, begitu pula dengan kegiatan poskesdes hanya dilaksanakan oleh 12 (70,6%) puskesmas non perawatan yang ada, kegiatan forum pembinaan desa siaga

hanya dilaksanakan oleh 13 (76,5%) puskesmas nonperawatan yang ada dan kegiatan terburuk dari empat dimensi kegiatan promkes adalah kegiatan UKBM yang hanya dilaksanakan oleh 8 (47,1%) puskesmas non perawatan saja, seperti yang ditunjukkan pada gambar 3 berikut.

Selanjutnya analisis dilakukan terhadap target output program promosi kesehatan yaitu desa siaga aktif. Setelah dilakukan analisis diskriptif statistik, diperoleh nilai rasio desa siaga aktif dengan rata-rata (mean) sebesar 49,97% atau 50% dengan standar deviasi 44,6 atau ± 45 . Sesuai kategori klas, maka pencapaian desa siaga aktif di puskesmas rata-rata tergolong pencapaian kurang baik.

Untuk melakukan uji statistik yang tepat, langkah awal dilakukan analisis terhadap distribusi data rasio pencapaian desa siaga aktif melalui uji normalitas dengan metode One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test dan hasilnya adalah nilai p (signifikan) adalah 0,034 lebih kecil dari level signifikan (α) = 5% dengan level kepercayaan (*Confident Interval*) sebesar 95%, sehingga dapat diinterpretasikan sebagai



Sumber: Rifaskes 2011

Gambar 3. Perbandingan empat dimensi kegiatan promkes di puskesmas perawatan dan non perawatan

data berdistribusi tidak normal, seperti tampak pada tabel 3.

Untuk melakukan uji komperasi menurut lokasi puskesmas sangat sulit di jadikan dasar untuk membuat interpretasi statistik, karena puskesmas perkotaan hanya 2 merupakan (n) yang sangat kecil, sehingga analisis cukup dilakukan secara bivariat frekuensi Puskesmas perkotaan yang hanya berjumlah 2 puskesmas, 50% (1 puskesmas) telah mampu melaksanakan kegiatan desa siaga aktif dengan kategori baik, sedangkan di perdesaan hanya 41% (12 puskesmas dari 29 puskesmas yang berlokasi di perdesaan) yang mampu melaksanakan kegiatan desa siaga aktif dengan kategori baik.

Alternatif berikutnya adalah melakukan analisis statistik terhadap jenis puskesmas yaitu puskesmas perawatan dan puskesmas nonperawatan. Jumlah puskesmas perawatan ada 14 dan puskesmas nonperawatan ada 17. Sesuai teoretis ada perbedaan prinsip pola pelayanan kesehatan antara dua jenis puskesmas tersebut, yaitu puskesmas perawatan lebih berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan kuratif dan umumnya berlokasi di perkotaan, sementara puskesmas non perawatan masih berorientasi pada fungsi puskesmas sebagai pelayanan *primary health care* dan umumnya berlokasi di perdesaan. Namun di Kabupaten Tulungagung puskesmas perawatan dan non perawatan sama-sama berlokasi di perdesaan, sehingga sangat menarik untuk di uji, apakah perbedaan prinsip pelayanan juga akan menghasilkan perbedaan yang signifikan dalam pencapaian target program promkes, meskipun kedua jenis puskesmas sama-sama berlokasi di perdesaan?

Tabel 3. Analisis normalitas metode One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Rasion desa siaga
N		31
Normal Parameters (a,b)	Mean	49.9663
	Std. Deviation	44.59581
Most Extreme Differences	Absolute	.256
	Positive	.193
	Negative	-.256
Kolmogorov-Smirnov Z		1.426
Asymp. Sig. (2-tailed)		.034

Untuk menjawab pertanyaan ini dilakukan pengujian secara uji komperasi 2 sampel bebas pada data tidak berdistribusi normal dengan menggunakan *Mann-Whitney Test*. Hasil akhir analisis *Mann Whitney Test* (tabel 5) menunjukkan angka signifikan (p) = 0,308. Jika hasil akhir *Mann Whitney Test* ini di bandingkan dengan level signifikan (α) 5% pada kondisi CI 95%, maka $p = 0,308$ lebih besar dari (α) 5%, artinya zona 0,308 di luar dari zona level signifikan (α) 5%, sehingga interpretasi $p > \alpha$ adalah tidak ada pengaruh yang berbeda antara puskesmas perawatan dan nonperawatan yang sama-sama berlokasi di perdesaan dalam mencapai target output desa siaga aktif.

Selain signifikansi, hasil output *Mann Whitney Test*, juga mendiskripsikan nilai mean rank yang bertujuan untuk melihat rata-rata rentang yang bisa dijadikan sandaran analisis diskriptif untuk melihat perbedaan, seperti tampak pada tabel 5 berikut ini:

Tabel 5 menunjukkan puskesmas perawatan berjumlah 14 dengan peringkat rata-rata (*mean rank*) 17,75 dan puskesmas nonperawatan sebanyak 17 dengan peringkat rata-rata (*mean rank*) sebanyak 14,56. Hasil mean rank menunjukkan ada selisih 3,19, antara pencapaian output puskesmas perawatan dengan nonperawatan, sehingga diasumsikan bahwa puskesmas perawatan yang berlokasi di perdesaan lebih baik dalam kegiatan desa siaga aktif daripada puskesmas nonperawatan.

Tabel 4. Hasil Analisis Mann Whitney Test

	Rasion desa siaga
Mann-Whitney U	94.500
Wilcoxon W	247.500
Z	-1.020
Asymp. Sig. (2-tailed)	.308
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.336(a)

Tabel 5. Hasil Analisis Rank

	Jenis Puskesmas	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Rasion desa siaga	Puskesmas perawatan	14	17.75	248.50
	Puskesmas Non Perawatan	17	14.56	247.50
	Total	31		

PEMBAHASAN

Pentingnya kegiatan program promotif dan preventif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat daerah merupakan amanat undang-undang yang sudah semestinya dilaksanakan sebaik mungkin, seperti; (1) Kepmenkes RI No: 128/Menkes/SK/II/2004, bahwa peningkatan derajat kesehatan, dilakukan melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang; (2) Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007, tentang RPJPN memberikan arah pembangunan kesehatan dalam 20 tahun yang tertuang di dalam SKN 2009, salah satunya adalah puskesmas sebagai *Primary Health Care* yang menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan baik melalui kegiatan upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan; (3) Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 1, menegaskan pentingnya pelayanan kesehatan promotif dan perlu menggali dukungan masyarakat melalui pentingnya peningkatan peran serta masyarakat dalam bidang promosi kesehatan melalui kegiatan pemberian informasi kesehatan (promosi kesehatan), termasuk pengembangan Desa Siaga pada masyarakat desa/kelurahan; (4) Peraturan Presiden No. 5 Tahun 2010 tentang RPJMN 2010–2014, khusus bidang kesehatan juga memprioritaskan program kesehatan di setiap wilayah melalui upaya promotif dan preventif.

Hasil analisis univariat, menunjukkan bahwa jumlah puskesmas di perkotaan hanya 6% jauh lebih sedikit dari puskesmas yang berada di perdesaan mencapai 94%. Perbedaan ini tentu dibangun berdasarkan pertimbangan geografis bahwa Kabupaten Tulungagung hanya ada 2 kota dan selebihnya berjumlah 29 termasuk kategori perdesaan. Puskesmas di perkotaan masih puskesmas nonperawatan, sedangkan puskesmas perdesaan sudah mengalami perubahan menjadi puskesmas perawatan sebesar 48%, sedangkan 52% tetap puskesmas nonperawatan.

Secara teoritis, menurut Pudjirahardjo, W.J. (1995) dan Winardi, J. (2003), pada dasarnya puskesmas perdesaan lebih diarahkan untuk melayani masyarakat perdesaan dengan fokus kegiatan *public goods* (pelayanan kesehatan masyarakat). Sementara puskesmas perkotaan lebih mengutamakan kesehatan medis (kuratif) *private goods* (pelayanan kesehatan perorangan), karena masyarakat perkotaan lebih

menuntut kualitas pelayanan dan adanya persaingan antarunit pelayanan kesehatan baik rumah sakit maupun klinik kesehatan swasta. Namun kenyataannya tidak demikian di Kabupaten Tulungagung, justru 2 puskesmas di perkotaan masih tetap mempertahankan sebagai puskesmas nonperawatan dengan basis pelayanan kesehatan yang tetap mengutamakan kegiatan promotif dan preventif sebagai fungsi *primary health care*, sedangkan sebaliknya puskesmas perdesaan hampir mencapai 50% sudah berubah menjadi puskesmas non perawatan yang tentunya lebih mengutamakan kuratif. Secara geografis kebijakan Pemda Kabupaten Tulungagung patut dimaklumi, karena kondisi perdesaan yang jauh dari pusat pemerintahan Kabupaten Tulungagung, sehingga menyulitkan penduduk perdesaan untuk datang berobat ke rumah sakit sebagai pusat rujukan. Puskesmas dipandang sebagai satu-satunya harapan bagi masyarakat perdesaan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau, sehingga masyarakat tidak perlu berobat jauh-jauh ke rumah sakit. Sementara di sisi lain puskesmas juga menampung aspirasi masyarakat, agar masyarakat yang perlu penanganan rawat inap dapat terlayani oleh puskesmas dengan baik dan tidak perlu ke rumah sakit di kabupaten yang begitu jauh dari perdesaan. Selain itu untuk membiasakan perilaku masyarakat berobat mengutamakan pergi ke puskesmas dari pada berobat di praktik bidan dan dokter yang pada umumnya nakes tersebut juga berasal dari puskesmas itu juga, sehingga bisa menghemat biaya berobat masyarakat.

Dari aspek penyelenggaraan program promosi kesehatan, puskesmas perkotaan dan perdesaan tidak ada perbedaan, sama-sama tetap melaksanakan kegiatan program PHBS, Poskesdes, Forum Pembinaan Desa Siaga dan UKBM. Namun secara kuantitas ada perbedaan di mana hanya 50% puskesmas perkotaan menyelenggarakan kegiatan Forum pembinaan desa siaga dan UKBM, sementara rata-rata sebanyak 82% puskesmas perdesaan telah melaksanakan program promosi kesehatan baik PHBS, Poskesdes, Forum pembinaan desa siaga dan UKBM secara baik. Perbedaan ini linier dengan maksud Winardi, J. (2003), bahwa memang ada perbedaan prinsip pelayanan kesehatan masyarakat perkotaan dan perdesaan, di mana puskesmas perkotaan lebih berorientasi kuratif, sedangkan puskesmas di perdesaan masih berorientasi manajemen pelayanan promotif dan

preventif, meski puskesmas perdesaan sudah banyak yang mengalami perubahan dari puskesmas non perawatan menjadi perawatan.

Penyebab yang mendasari puskesmas perdesaan lebih *promotive oriented*, adalah seperti yang di terangkan Winardi. J. (2003) yaitu puskesmas perdesaan lebih didasarkan pada pengaruh agregasi dari aspek lingkungan, prasarana, sosial ekonomi masyarakat perdesaan yang berbeda dengan masyarakat perkotaan. Akibatnya manajemen puskesmas perdesaan lebih diarahkan untuk melayani masyarakat perdesaan dengan fokus kegiatan pelayanan kesehatan dasar, yang dituntut untuk melakukan pengembangan yang lebih baik dalam memberikan pelayanan kesehatan. Sementara puskesmas perkotaan meski puskesmas non perawatan dalam system manajemen pelayanan kesehatan masyarakat lebih mengutamakan kesehatan medis (kuratif) sesuai dengan tuntutan masyarakat perkotaan terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu.

Pelaksanaan program promosi kesehatan didasarkan pada type/jenis puskesmas, hasilnya puskesmas perawatan yang berlokasi di perdesaan telah mampu melaksanakan kegiatan program promkes lebih baik dari pada puskesmas non perawatan. Program PHBS telah mampu dilaksanakan oleh semua puskesmas perawatan, sementara hanya 88,2% PHBS di laksanakan oleh puskesmas non perawatan. Secara umum puskesmas perawatan telah melaksanakan program poskesdes sebanyak 92,9%, UKBM sebanyak 85,7% dan Forum pembinaan desa siaga aktif sebanyak 92,9%, sementara puskesmas non perawatan masih sangat sedikit yang melaksanakan kegiatan tersebut, bahkan hanya 47,10% puskesmas non perawatan yang ada yang melaksanakan UKBM. Puskesmas perawatan yang berlokasi di perdesaan masih tetap konsisten dalam melaksanakan kegiatan *public goods* (kesehatan masyarakat) di samping perannya sebagai pelaksana pelayanan kuratif. Sementara puskesmas non perawatan pada umumnya masih belum maksimal dalam melaksanakan program promkes, padahal puskesmas non perawatan adalah puskesmas yang didirikan sesuai dengan konsep awal berdirinya puskesmas yaitu sebagai *public goods*, sesuai dengan Kepmenkes RI No: 128/Menkes/SK/II/2004, tentang Kebijakan Dasar Pusat kesehatan masyarakat

Analisis lanjut terhadap pencapai program promosi kesehatan di puskesmas, menurut hasil Rifaskes 2011 adalah desa siaga. Rasio pencapaian desa siaga aktif di peroleh dari perbandingan antara jumlah desa siaga aktif dengan jumlah desa siaga yang di bentuk hingga pada tahun 2010 dikalikan konstanta (100%). Dari aspek lokasi puskesmas, karena puskesmas perkotaan hanya 2 saja, sementara puskesmas perdesaan mencapai 29 buah, sehingga sulit di temukan signifikansi untuk uji 2 sampel bebas, oleh karena itu dilihat analisis *mean rank* (peringkat) saja. Rata-rata peringkat (*mean rank*) puskesmas perkotaan mencapai 15,5%, sedangkan perdesaan 16%, ini artinya tidak ada perbedaan pencapaian target program promkes antara perdesaan dengan perkotaan.

Jika rasio pencapaian target desa siaga aktif di kategorikan antara baik dan kurang baik, di mana untuk nilai $> 50\%$ kategori baik dan $\leq 50\%$ kategori kurang baik, maka puskesmas perkotaan yang memperoleh nilai baik 1 puskesmas (50%) dan yang mempunyai nilai kurang baik 1 puskesmas juga (50%). Sebaliknya puskesmas perdesaan cukup berbeda, yaitu puskesmas perdesaan yang memperoleh nilai baik terhadap pencapaian target program promkes sebanyak 12 puskesmas (41%) dan kurang baik 17 puskesmas (59%). Atas dasar analisis diskriptif ini, menunjukkan masih cukup besar 59% puskesmas perdesaan belum mampu melaksanakan kegiatan pencapaian desa siaga aktif, padahal kegiatan desa siaga aktif merupakan kegiatan prioritas yang semestinya harus dimaksimalkan hingga mencapai 100%. Oleh karena itu perlu dilakukan analisis kebijakan, baik dari segi implementasi kebijakan maupun evaluasi kebijakan program prioritas, yang bertujuan untuk mencari tahu penyebab puskesmas perdesaan dengan *design oriented care public* adalah promotif dan preventif, tetapi tidak mampu mencapai target 100% desa siaga aktif. Hasil studi kualitatif melalui indepth interview di Dinkes Kabupaten Tulungagung, bahwa tenaga promkes yang sudah ada tidak di dimanfaatkan semaksimal mungkin sesuai dengan kompetensinya untuk melaksanakan kegiatan promkes di puskesmas, karena tenaga tersebut di peruntukkan menangani masalah manajemen atau administrasi puskesmas. Belum adanya SOP (standard operasional prosedur) terhadap kegiatan promkes di puskesmas, menyebabkan tenaga

promkes puskesmas sulit untuk melakukan inovasi program, karena belum ada keseragaman panduan yang bisa dipergunakan untuk melaksanakan kegiatan promkes di puskesmas.

Dari aspek jenis puskesmas yang ada di Kabupaten Tulungagung, secara *analysis statistic Mann Whitney Test*, menunjukkan nilai signifikan (p) 0,308. Nilai 0,308 terlalu lebar dari zona level signifikan (α) 5% pada tingkat kepercayaan (CI) 95%, oleh karena itu jika $p < (\alpha)$ 5%, maka interpretasinya adalah tidak ada perbedaan (pengaruh) secara signifikan antara puskesmas perawatan dengan puskesmas non perawatan dalam mencapai target desa siaga aktif. Hasil analisis ini sejalan dengan pendapat Winardi. J (2003), bahwa jika puskesmas berkedudukan di perdesaan, maka kegiatan puskesmas tersebut lebih berorientasi pada menyesuaikan kebutuhan masyarakat perdesaan dengan pertimbangan karakteristik penduduk desa termasuk tingkatan pendidikan, pekerjaan, pendapatan maupun budaya setempat.

Selain menentukan signifikansi, uji *Mann Whitney Test* juga memunculkan analisis deskriptif melalui tabel *Mean Rank*. Untuk kepentingan perencanaan program dan pengembangan program (*program development*) kesehatan di puskesmas perdesaan, maka hasil *Mean Rank* yang menunjukkan rata-rata rentang perbedaan masing-masing variabel yang dianalisis, dapat dijadikan sebagai sumber data dasar. Hasil *mean rank* (peringkat rata-rata) menunjukkan puskesmas perawatan mempunyai peringkat rata-rata (*mean rank*) sebesar 17,75% dan puskesmas non perawatan peringkat rata-rata (*mean rank*) sebesar 14,56%. Hal ini dapat diasumsikan bahwa puskesmas perawatan lebih baik dari pada puskesmas non perawatan dalam mencapai keberhasilan kegiatan desa siaga aktif dengan rentang 3,19.

Untuk kepentingan kebijakan program promkes di puskesmas, hasil *mean rank* tersebut dapat diasumsikan bahwa puskesmas perawatan yang berlokasi di perdesaan meski secara prinsip berorientasi pada kuratif, namun pada kenyataannya masih tetap memprioritaskan kegiatan desa siaga aktif sebagai upaya untuk menumbuhkan kemauan, kemampuan dan kesadaran masyarakat perdesaan di bidang kesehatan dalam rangka untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat perdesaan itu sendiri. Hal ini sangat sejalan dengan Kepmenkes RI No: 128/

Menkes/SK/II/2004, tentang Kebijakan Dasar Pusat kesehatan masyarakat, Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007, tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2025 dan program prioritas Kementerian Kesehatan tahun 2012.

Sebaliknya jika dilihat hasil analisis secara keseluruhan, maka masih rendahnya pencapaian pelaksanaan program promkes maupun target *output* berupa kegiatan desa siaga aktif, maka puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan terdepan, perlu meningkatkan pelayanan kesehatan berbasis masyarakat melalui program promosi kesehatan, karena hal ini sesuai dengan Kebijakan dasar Puskesmas sesuai dengan Kepmenkes RI No: 128/Menkes/SK/II/2004, yang menitikberatkan pada tiga hal yaitu puskesmas berfungsi sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat serta pusat pelayanan kesehatan sebagai *public goods* (pelayanan kesehatan masyarakat) dan *private goods* (pelayanan kesehatan perorangan). Tiga pilar tersebut jika dijalankan puskesmas secara professional, akan sejalan dengan kebijakan pembangunan kesehatan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Kebijakan bidang kesehatan pemda Kabupaten Tulungagung dengan moto "SEHAT ITU MAHAL" "PENCEGAHAN LEBIH BAIK DARIPADA PENGOBATAN", merupakan bentuk kepedulian Pemda Tulungagung dalam mendukung kebijakan nasional bidang kesehatan yang memprioritaskan penyelenggaraan promosi kesehatan di seluruh wilayah khususnya di puskesmas.

Hasil empat dimensi program promkes PHBS, poskesdes, forum pembinaan desa siaga dan UKBM masih konsisten di laksanakan puskesmas perawatan di pedesaan dibandingkan dengan puskesmas non perawatan.

Analysis Mann Whitney Test, menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan dalam mencapai target desa siaga aktif antara puskesmas perawatan dan non perawatan.

Hasil *mean rank* menunjukkan puskesmas perawatan memiliki mean rank yang lebih baik dari pada puskesmas non perawatan terhadap pencapaian promkes (desa siaga aktif). Hasil ini penting untuk pengembangan dan perbaikan program.

Kebijakan pengembangan puskesmas dari non perawatan menjadi perawatan di perdesaan adalah lebih ditujukan untuk membantu kemudahan masyarakat desa dalam memperoleh pelayanan pengobatan yang bermutu dan mudah di jangkau.

Saran

Meningkatnya pengembangan puskesmas dari non perawatan ke perawatan yang tidak hanya terjadi di perkotaan, tetapi juga di perdesaan, maka sesuai fungsi puskesmas menurut Kepmenkes RI No: 128/Menkes/SK/II/2004, puskesmas disarankan mengutamakan *public goods* (pelayanan kesehatan masyarakat), karena program promosi kesehatan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pendidikan/informasi kesehatan, dengan target yang sangat luas dan hemat biaya.

Perlu dilakukan analisis evaluasi kebijakan, untuk mengetahui penyebab tidak tercapainya target 100% desa siaga aktif di puskesmas perdesaan, padahal puskesmas perdesaan *design oriented care public* adalah promotif dan preventif.

DAFTAR PUSTAKA

Anonim. Media group Haluan Mencerdaskan Bangsa. HKN, sehat itu bukan biaya tapi investasi. www.harianhaluan.com. Diposkan tanggal 15 November 2011.

- Departemen Kesehatan. 2009. Sistem Kesehatan Nasional 2009.
- Departemen Kesehatan. 2009. Lembar Fakta dan Tanya Jawab Pembangunan Kesehatan. Pusat Komunikasi Publik. Jakarta.
- Departemen Kesehatan. 2003. Kepmenkes RI. Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003, Tentang Indikator Indonesia sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi dan Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta.
- Departemen Kesehatan. 2004. Kepmenkes RI. Nomor 128/Menkes/SK/II/2004. Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- Departemen Kesehatan, 2007. Profil Kesehatan 2011. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan, 2012. Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan. Jakarta.
- Kuntoro, 2007. Metode Statistik, Pustaka Melati, Surabaya.
- Peraturan Presiden No. 5 Tahun 2010, tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010–2014.
- Pudjirahardjo, W.J. 1995. Pengembangan model puskesmas perkotaan. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia. Tahun XXIII, Nomor 11, 1995.
- Sampoerno D. (Ketua Kolegium Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat/IAKMI) Seimbangkan Upaya Preventif dan Kuratif. www.xamthone.com. Diposkan hari Senin tanggal 18 Oktober 2010).
- Santoso.S. 2010. Statistik Multivariat. PT. Elex Media Komputindo. Jakarta.
- Sarwono, J. 2009. Statistik itu Mudah. CV. ANdi Offset. Yogyakarta.
- Sudayasa, P, Fungsi Utama Puskesmas. 2010. www.puskel.com. Diunduh tanggal 4 Maret 2012
- Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007, tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN)
- Winardi, J. 2003. Teori organisasi dan Pengorganisasian. PT Rajagrafindo Persada. Jakarta