

KAPASITAS ORGANISASI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT DAN HUBUNGANNYA DENGAN KINERJA PROGRAM PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR KOTA BEKASI, INDONESIA

Organizational Capacity of Community Health Centers and It's Relationship with the Performance of Non Communicable Disease Control Program the City of Bekasi, Indonesia

Ede Surya Darmawan

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, 16424
edesurya@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Pusat Kesehatan Masyarakat Puskesmas adalah penyelenggara program kesehatan masyarakat termasuk deteksi dini dan pengendalian penyakit tidak menular. Tujuan penelitian ini adalah untuk menentukan hubungan antara kapasitas organisasi Puskesmas dan kinerja program PTM (pencapaian SPM). **Metode:** penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penampang silang. Uji korelasi Spearman dan multivarian dengan Partial least Square. Data penelitian adalah data primer dan mata pelajaran yang dipelajari adalah 31 Puskesmas di kota Bekasi. **Hasil:** hasil uji korelasi untuk variabel sumber daya Puskesmas menunjukkan bahwa dana dan sumber daya manusia tidak terkait dengan kinerja program PTM ($p > 0,05$ dan koefisien korelasi atau $r = 0,00 - 0,25$). Sementara fasilitas infrastruktur terkait dengan kinerja program PTM ($p < 0,05$ dan $r = 0,26-0,50$). Dalam manajemen Puskesmas variabel P1 (Perencanaan) tidak menunjukkan berkorelasi dengan kinerja program PTM ($p > 0,05$ dan $r = 0,00-0,25$). Sementara P2 (aktivitas implementasi) dan P3 (pengawasan, pengendalian dan penilaian) secara signifikan berkorelasi dengan kinerja program PTM ($p < 0,05$ dan $r = 0,26-0,50$). Hasil analisis PLS, diketahui bahwa sumber daya dan pengelolaan Puskesmas terkait dengan kinerja program PTM, hubungan ini hanya menjelaskan sekitar 5,89% ($R = 0,0589$). **Kesimpulan:** Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan pencegahan dan pengendalian PTM dengan membuat SPM sebagai indikator kinerja program PTM. Sinergisme dana Puskesmas dalam pembiayaan kesehatan menjadikan UKM sebagai upaya mendukung pengembangan kesehatan. Saran dari penelitian ini adalah untuk membuat program PTM sebagai program prioritas untuk meningkatkan kinerja dan membuat SPM sebagai instrumen untuk pelaksanaan kinerja berbasis anggaran.

Kata Kunci: Kapasitas Organisasi, Penyakit yang Tidak Dapat Menular, Standar Pelayanan Minimum (SPM), Manajemen Puskesmas.

ABSTRACT

Background: Community Health Center Puskesmas is the organizer of the public health program including early detection and control of non communicable diseases. The purpose of this study is to determine the relationship between the organizational capacity of the Puskesmas and the performance of the PTM program (achievement of SPM). **Method:** This research is a quantitative research with cross sectional design. Spearman and multivariate correlation test with Partial Least Square. The research data are primary data and subjects studied are 31 Puskesmas in Bekasi city. **Result:** The result of correlation test for resource variable of Puskesmas shows that fund and human resources are not related to program performance of PTM ($p > 0.05$ and correlation coefficient or $r = 0.00 - 0.25$). While infrastructure facilities are related to program performance of PTM ($p < 0.05$ and $r = 0.26 - 0.50$). In Puskesmas management variable P1 (Planning) showed not correlated with program performance of PTM ($p > 0.05$ and $r = 0.00 - 0.25$). While P2 (Activity Implementation) and P3 (Supervision, Controlling and Assessment) are significantly correlated with program performance of PTM ($p < 0.05$ and $r = 0.26 - 0.50$). Result of PLS analysis, it is known that resources and management of Puskesmas are related to program performance of PTM, this relationship only explain about 5.89% ($R = 0.0589$). **Conclusion:** Puskesmas is expected to increase prevention and control of PTM by making SPM as indicator of PTM program performance. The synergism of Puskesmas funds in health financing makes UKM as an effort to support health development. Suggestion from this research is to make PTM program as priority program to increase performance and make SPM as instrument for Performance Based Budgeting implementation.

Key Words: Organizational Capacity, Noncommunicable Diseases, Minimum Service Standards (SPM), Puskesmas Management.

PENDAHULUAN

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi salah satu penyebab utama kematian di dunia. Menurut catatan WHO (2014), tingginya angka prevalensi PTM adalah disebabkan lemahnya sistem kesehatan pada level pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) terutama dalam deteksi dini dan kontrol terhadap PTM. Menurut Darmawan dan Sjaaf (2016), bahwa kemampuan organisasi (*organizational capacity*) merupakan suatu pengelolaan kegiatan secara lengkap untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Oleh sebab itu, saat ini Puskesmas dituntut agar memiliki kapasitas organisasi yang kuat meliputi aspek organisasi dan manajerial agar dapat menjalankan upaya kesehatan baik Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) maupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Ada lima komponen dalam kapasitas organisasi menurut PAHO (2007) yaitu SDM, sistem informasi, teknologi, kemampuan pengorganisasi, dan sumber daya keuangan.

Berdasarkan data target kinerja program penyakit tidak menular kinerja di puskesmas kota Bekasi pada tahun 2017, dimana target cakupan masyarakat yang melaksanakan deteksi dini faktor PTM adalah sebesar 20% masih belum tercapai (Dinkes Kota Bekasi, 2016). Perbandingan capaian kinerja di atas masih sangat jauh dengan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yaitu target 100% setiap tahunnya, dimana ada 12 SPM merupakan hal minimal yang harus dilaksanakan Pemerintah Daerah (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan April – Mei 2018 meliputi semua Puskesmas di Kota Bekasi yaitu 31 Puskesmas. Pengumpulan data primer berupa instrumen yang terdiri dari kuisioner dan daftar isian serta data sekunder berupa telaah dokumen. Variabel dependen adalah kinerja program PTM (capaian SPM) dan variabel independen adalah kapasitas organisasi Puskesmas yaitu ketersediaan sumber daya puskesmas (dana, SDM, sarana prasarana) dan proses manajemen puskesmas (P1, P2, P3). Analisis data menggunakan uji korelasi Spearman dan multivariat dengan *Partial Least Square* (PLS).

HASIL

Kinerja Program PTM (Capaian SPM)

Berdasarkan capaian kinerja program PTM (capaian SPM) di Kota Bekasi didapatkan bahwa untuk pelayanan kesehatan pada usia produktif capaian terendah adalah 0.45 persen dengan rata-rata capaian 44.68 persen. Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi capaian terendah adalah 1.46 persen dengan rata-rata capaian 71.09 persen. Dan Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus capaian terendah adalah sebesar 1.76 persen dengan rata-rata capaian 36.68 persen.

Tabel 1. Capaian Kinerja Program PTM di Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2017

Jenis Pelayanan Dasar	Rata-rata	Min	Maks
	(%)	(%)	(%)
Pelayanan Kesehatan pada usia produktif	44.68	0.45	100.00
Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi	71.09	1.46	100.00
Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus	36.68	1.76	100.00

Tingkat kinerja program PTM (capaian SPM), dibagi tiga kategori untuk penilaian

kinerjanya yaitu 1) Puskesmas dengan

tingkat kinerja apabila cakupan hasil pelayanan > 50%; 2) Puskesmas dengan tingkat kinerja apabila cakupan hasil pelayanan 25% - 50%; 3) Puskesmas dengan tingkat kinerja apabila cakupan

hasil pelayanan < 25%. Sesuai kategori yang tersebut di atas, pada tabel di bawah ini dijelaskan gambaran kinerja program PTM di wilayah Kota Bekasi.

Tabel 2. Tingkat Kinerja Program PTM di Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2017

Kinerja Program PTM (SPM)		Frekuensi	Persentase
Pelayanan Kesehatan pada usia produktif	< 25%	13	41.9
	25% - 50%	7	22.6
	> 50%	11	35.5
	Total	31	100.0
Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi	< 25%	15	48.4
	25% - 50%	5	16.1
	> 50%	11	35.5
	Total	31	100.0
Pelayanan Kesehatan penderita Diabetes Melitus	< 25%	16	51.6
	25% - 50%	5	16.1
	> 50%	10	32.3
	Total	31	100.0

Secara keseluruhan kinerja program PTM pada 3 indikator yaitu pelayanan kesehatan pada usia produktif, pelayanan kesehatan penderita Hipertensi dan Pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus masih di bawah 25%.

Hubungan Kapasitas Organisasi Puskesmas dengan Kinerja Program PTM

1. Ketersediaan Sumber Daya Puskesmas

Sebagian besar puskesmas di Kota Bekasi telah menyediakan dana yang cukup untuk dialokasikan dalam kegiatan program PTM baik di dalam maupun luar gedung termasuk pelatihan petugas dan kader.

Tabel 3. Hasil Uji Korelasi Sumber Daya Puskesmas dengan Kinerja Program PTM

Sumber Daya Puskesmas	Hasil Uji Korelasi Spearman	
	r	p-value
1) Dana	0.130	0.486
2) SDM	0.144	0.441
3) Sarana Prasarana	-0.338	0.063

Hasil uji korelasi Spearman menunjukkan bahwa variabel sarana prasarana berhubungan sedang dengan kinerja program PTM ($p < 0.05$ dan koefisien korelasi atau $r = 0.26 - 0.50$). Berdasarkan asumsi linearitas di atas menunjukkan bahwa walaupun banyak puskesmas yang memiliki dana dan SDM namun tidak berdampak terhadap kinerja. Sedangkan sarana prasarana memiliki

hubungan dengan kinerja namun berpola negatif artinya semakin meningkat kinerja namun kebutuhan akan sarana prasarana pendukung berkurang.

2. Proses Manajemen Puskesmas

Proses manajemen puskesmas di Kota Bekasi secara keseluruhan sudah cukup dengan hasil P1 (Perencanaan)

menunjukkan bahwa puskesmas telah melaksanakan Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP). P2 (Penggerakkan Pelaksanaan) didapatkan hasil bahwa puskesmas melakukan kegiatan penggerakkan pelaksanaan melalui lokakarya mini puskesmas secara berkala.

Dan terakhir P3 (Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian) diperoleh hasil bahwa puskesmas telah melaksanakan pengawasan terhadap kegiatan program PTM dan evaluasi hasil kerja.

Tabel 4. Hasil Uji Korelasi Manajemen Puskesmas dengan Kinerja Program PTM

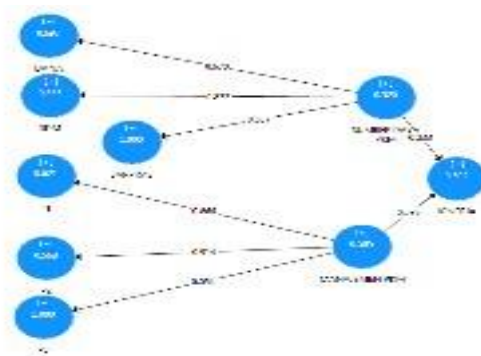
Manajemen Puskesmas	Hasil Uji Korelasi Spearman	
	r	p-value
1) P1 (Perencanaan)	-0.052	0.781
2) P2 (Pelaksanaan)	0.379	0.036
3) P3 (Pengawasan)	0.475	0.007

Hasil uji korelasi Spearman menunjukkan bahwa variabel manajemen Puskesmas yaitu P1 menunjukkan tidak ada hubungan dengan kinerja program PTM ($p > 0.05$ dan koefisien korelasi $r = 0.00 - 0.25$). Sedangkan P2 dan P3 berhubungan secara signifikan dengan kinerja program PTM ($p < 0.05$ dan koefisien korelasi $r = 0.26 - 0.50$). Berdasarkan asumsi linearitas di atas menunjukkan bahwa walaupun Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) telah dilaksanakan namun tidak berdampak terhadap kinerja. Sedangkan pelaksanaan dan pengawasan memiliki hubungan dengan kinerja karena merupakan penilaian terhadap puskesmas setiap tahunnya.

pengujian reliabilitas konstruk menunjukkan hasil bahwa seluruh variabel baik sumber daya Puskesmas dan manajemen Puskesmas memiliki nilai composite reliability > 0.7 dan nilai AVE > 0.5 , sehingga dinyatakan semua variabel tersebut reliabel.

Analisis Persamaan Struktural dengan Metode *Partial Least Square*

Hasil pengujian model pengukuran (*outer model*) menunjukkan bahwa sebagian indikator di dalam dimensi dana, SDM dan sarana prasarana berpengaruh terhadap pembentukan variabel laten sumber daya Puskesmas dengan *loading score* > 0.5 dinyatakan valid dapat mengukur konstraknya. Dan juga indikator di dalam dimensi P1, P2 dan P3 berpengaruh terhadap pembentukan variabel laten manajemen Puskemas dengan *loading score* > 0.5 dinyatakan valid dapat mengukur konstraknya. Sedangkan untuk



Gambar 1. Model Persamaan Struktural Hubungan antara Sumber Daya Puskesmas dan Manajemen Puskesmas dengan Kinerja Program PTM di Kota Bekasi

Berdasarkan hasil analisis PLS di atas, diketahui bahwa sumber daya Puskesmas dan manajemen Puskesmas berhubungan dengan kinerja program PTM (capaian SPM). Walaupun demikian hubungan ini hanya menjelaskan sekitar 5.89% ($R=0.0589$) dan sisanya dijelaskan oleh variabel lain di luar model ini.

Kapasitas Pendanaan Puskesmas

1. Sumber

Sumber dana operasional Puskesmas Kota Bekasi untuk tahun anggaran 2017 ada 3 yaitu BOK, APBD dan Kapitasi. Berdasarkan Tabel 5 dapat diperoleh informasi bahwa dana Kapitasi menduduki

posisi teratas yaitu jumlah realisasi mencapai Rp. 68.140.787.523. Dan kedua terbesar adalah dana BOK dengan jumlah realisasi mencapai Rp. 8.389.932.504 dan terakhir dana APBD dengan jumlah realisasi mencapai Rp. 4.875.591.627.

Tabel 5. Sumber Dana Operasional Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2017

Dana	Pagu	Realisasi
APBD	5.241.200.000	4.875.591.627
BOK	9.427.865.000	8.389.932.504
Kapitasi	84.976.119.432	68.140.787.523

Sedangkan untuk jumlah dana minimal, maksimal dan rata-rata yang

diterima puskesmas seperti yang tertuang pada Tabel 6 berikut:

Tabel 6. Jumlah Dana Operasional Per Puskesmas di Kota Bekasi Tahun 2017

Total	Min	Max	Rata-rata
Pagu	1.076.625.941	8.007.824.634	3.213.231.111
Realisasi	825.351.800	5.909.557.796	2.626.564.255
%	49.48	98.16	84.65

2. Waktu Pencairan

Ada 4 kali termin realisasi dana yaitu TW1, TW2, TW3 dan TW4. Hal ini menjelaskan waktu normatif untuk realisasi dana termasuk besaran realisasi anggaran per termin. Hasil menunjukkan bahwa untuk semua Puskesmas belum ada pencairan dana di kuartal pertama (TW1), baik dana BOK, APBD dan Kapitasi artinya dana belum tersedia di rekening Puskesmas pada bulan Januari-Maret.

untuk belanja pegawai dana yang bersumber dari BOK mencapai 80.82%

3. Alokasi

Sebagian besar porsi dana Puskesmas dipergunakan untuk belanja barang dan jasa yaitu 91.16% dari Kapitasi yaitu sebesar Rp. 23.974.199.155 dikarenakan sebesar 60% dari dana yang diterima oleh Puskesmas dipergunakan untuk biaya jasa pelayanan kesehatan (Jaspel). Sedangkan

yaitu Rp. 6.780.655.500 dimana pemanfaatan utamanya untuk mendukung biaya operasional berupa honor atau uang saku bagi petugas kesehatan dan kader dalam menjalankan program ke masyarakat. Dan belanja modal menempati porsi terkecil yaitu 6.01% dari Kapitasi sebesar Rp. 1.580.105.609 dipergunakan untuk pengadaan sarana prasarana yang berkaitan langsung dengan pelayanan kesehatan.

Perhitungan Kebutuhan Biaya Program PTM Berdasarkan SPM

Alokasi dana untuk program dan kegiatan PTM dalam penelitian ini menggunakan estimasi anggaran berdasarkan teknik penghitungan pembiayaan SPM. Berdasarkan Tabel 7 didapatkan informasi bahwa estimasi biaya SPM merupakan kebutuhan biaya untuk kota Bekasi dengan asumsi capaian SPM pada tahun 2017 adalah 60%.

Tabel 7. Estimasi Biaya SPM Program PTM di Kota Bekasi Tahun 2017

JPD	Jenis Pelayanan Dasar	2017
6	Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif	5.021.612.240
	I. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan	5.017.933.040
	II. Penyelenggaraan Pelatihan SDM	-
	III. Penyediaan Alat Kesehatan Dan Pedoman Kerja	3.679.200
8	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi	274.925.232
	I. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan	274.925.232
	II. Penyelenggaraan Pelatihan SDM	-
	III. Penyediaan Alat Kesehatan Dan Pedoman Kerja	-
9	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus	786.933.614
	I. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan	786.498.414
	II. Penyelenggaraan Pelatihan SDM	-
	III. Penyediaan Alat Kesehatan Dan Pedoman Kerja	435.200
Total Biaya Penyelenggaraan SPM		6.083.471.086

Pembahasan**Kinerja Program PTM (Capaian SPM)**

Kinerja Program PTM tahun 2017 di Puskesmas kota Bekasi sebagian besar mengacu pada capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) sesuai PMK No. 43 Tahun 2016 yang terdiri dari 3 indikator yaitu Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif (JPD no.6), Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi (JPD no.8) dan Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus (JPD no.9). Menurut penelitian Rifa'i, Madjid, & Ismunarta (2016) bahwa dampak kebijakan pemerintah dalam pelaksanaan SPM bidang kesehatan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang sekaligus bisa mendongkrak besaran IPM. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Khozin (2010) bahwa kebijakan Standar Pelayanan Minimal diyakini dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, hal ini dapat dilihat dari hasil capaian indikator pelayanan yang makin tahun makin meningkat.

SPM juga berfungsi sebagai instrumen untuk memperkuat pelaksanaan anggaran berbasis kinerja (*Performance Based*

Budgeting) yaitu anggaran yang disusun berdasar kinerja masing-masing kegiatan (Maryanti & Hardianto, 2010). Anggaran berbasis kinerja memiliki karakteristik sebagai berikut: (1) Orientasi pada aktivitas; (2) Fokus pada hasil/*outcome*; (3) Fokus pada kerja; (4) Memiliki alat ukur/indikator kinerja sebagai alat untuk evaluasi; (5) Memenuhi tuntutan efisiensi, efektivitas dan akuntabilitas.

Hubungan Kapasitas Organisasi Puskesmas dengan Kinerja Program PTM

1. Ketersediaan Sumber Daya Puskesmas

Sumber dana yang dikelola Puskesmas saat ini terdiri dari BOK, APBD dan Kapitasi dimana dana tersebut digunakan untuk membiayai semua program dan kegiatan di Puskesmas. Alokasi dana kapitasi 91.16 persen digunakan belanja barang dan jasa. Sesuai penelitian Hasan & Adisasmito (2016) bahwa pemanfaatan dana kapitasi porsi 40 persen untuk penunjang operasional antara lain pengelolaan obat-obatan. Sedangkan dana BOK 71.95 persen digunakan untuk belanja pegawai. Senada dengan penelitian

Laeliyah & Nadjib (2017) bahwa BOK dapat dimanfaatkan untuk kegiatan luar gedung, seperti pendataan, pelayanan di Posyandu, kunjungan rumah serta sweeping kasus *drop out*. Menurut Trisnantoro (2009) dalam Dodo (2014), menyatakan sangat sulit mencapai target program secara maksimal dengan penggunaan dana yang cukup besar dalam waktu yang singkat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fort & Voltero (2004) yang mendapatkan hasil serupa yaitu pelatihan merupakan faktor yang berhubungan kuat dengan kinerja. Sarana prasarana juga dibutuhkan dalam rangka pelaksanaan program PTM. Hal ini sesuai penelitian Dodo (2014) bahwa SDM dan sarana prasarana merupakan hal yang perlu ditingkatkan kualitas dan kuantitasnya dalam rangka menjamin efektivitas implementasi kebijakan BOK. Berdasarkan hasil penelitian Prasastin (2013) bahwa ada hubungan antara ketersediaan sarana dengan kinerja petugas surveilans.

2. Proses Manajemen Puskesmas

Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) merupakan inti kegiatan manajemen Puskesmas, karena semua kegiatan manajemen diatur dan diarahkan oleh Perencanaan. Semua Puskesmas di Kota Bekasi telah membuat Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan juga mendapatkan bimbingan teknis dari Dinas Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI., 2004). Hal ini sesuai dengan penelitian Dodo (2014) bahwa proses perencanaan diperlukan adanya data dalam pengambilan keputusan untuk mendesain rencana kegiatan.

Penelitian ini sejalan dengan Rachmawati (2017) yang menyatakan bahwa kepemimpinan kepala Puskesmas menjadi sebuah faktor atau aspek yang paling berpengaruh dalam proses *capacity building*. Dengan adanya pertemuan secara rutin dan berkala diharapkan dapat menjalin kerjasama tim dan motivasi

kepada pegawai untuk mencapai kinerja yang lebih baik sehingga dapat terciptanya optimalisasi kinerja (Rachmawati, 2017). Sejalan dengan penelitian Kiting, dkk. (2017) bahwa motivasi merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan kinerja.

Adanya pengawasan dari dinas kesehatan, masyarakat dan institusi lainnya penting untuk mengidentifikasi adanya hambatan dan penyimpangan. Pengawasan dalam manajemen seperti yang dikemukakan oleh Stonner, Freeman dan Gilbert (2000) dalam Darmawan & Sjaaf, (2016) dikatakan bahwa pengawasan adalah proses memastikan segala aktivitas yang terlaksana sesuai dengan apa yang direncanakan.

KESIMPULAN

Kinerja program PTM tahun 2017 di Puskesmas Kota Bekasi adalah hasil 3 indikator capaian SPM yaitu pelayanan kesehatan pada usia produktif capaian 44.68 persen, Pelayanan kesehatan penderita Hipertensi capaian 71.09 persen, dan Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus 36.68 persen. Capaian masih di bawah target yang ditetapkan yaitu 100 persen. Kapasitas sumber daya Puskesmas pada umumnya sudah mencukupi dan manajemen Puskesmas sudah terlaksana dengan baik. Kapasitas pendanaan Puskesmas di Kota Bekasi tahun 2017 sudah cukup baik, hal ini dapat dilihat dari jumlah dana yang diterima Puskesmas berdasarkan tiga sumber yaitu APBD, BOK dan Kapitasi. Namun realisasi pendanaan di Puskesmas cenderung menumpuk di akhir tahun anggaran. Dinas Kesehatan Kota Bekasi belum menerapkan perencanaan dan penganggaran berdasarkan SPM. Proses mekanisme perencanaan dan penganggaran berdasarkan Rencana Usulan Kegiatan (RUK), namun untuk target capaian kinerja sudah mengacu pada capaian SPM.

SARAN

Menjadikan program PTM sebagai program prioritas dalam rangka meningkatkan upaya kesehatan masyarakat (UKM) sebagai basis utama di Puskesmas, Dinas Kesehatan Kota Bekasi harus segera memulai perencanaan dan penganggaran berdasarkan SPM, karena hal ini menyangkut dengan kinerja pemerintah daerah dan merupakan elemen penting dalam penerapan perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja, dan bagi Puskesmas Kota Bekasi lebih memperkuat strategi promotif dan preventif agar masyarakat mendapatkan informasi serta edukasi mengenai pencegahan dan deteksi dini berbagai penyakit khususnya PTM.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO., **Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014**; 2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1, Accessed January 12, 2018.
2. Darmawan, E. S., Sjaaf, A. C., **Administrasi Kesehatan Masyarakat**, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada; 2016.
3. PAHO., **Public Health Capacity in Latin America and the Caribbean: Assessment and Strengthening**, PAHO HQ Libr Cataloguing; 2007, <http://www.who.int/management/publichealthcapacity.pdf>. Accessed February 26, 2018.
4. Dinkes Kota Bekasi, **Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2016**, Bekasi; 2016.
5. Kementerian Kesehatan RI., **Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan**, Jakarta; 2016.
6. Azwar, A. **Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga**, Jakarta: Binarupa Aksara; 1996.
7. Sulaeman, E. S., **Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas**, Gadjah Mada University Press; 2011.
8. Setiawan, E., **Kamus Besar Bahasa Indonesia Offline 1. 5**. www.google.com; 2013.
9. Wibowo, **Manajemen Kinerja**, Jakarta: Raja Grafindo Persada; 2013.
10. Kementerian Kesehatan RI., **Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan**; 2016.
11. Brown, L., Lafond, A., Macintyre, K., **Measuring Capacity Building**, Carolina Population Center - University of North Carolina at Chapel Hill; 2001, www.cpc.unc.edu/measure. Accessed February 26, 2018.
12. Muqorrobin, Bagus, A., **Capacity Building Instansi Puskesmas Dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Jagir Kota Surabaya**, Kebijakan dan Manaj Publik; 2015, vol. 3, no. 2.
13. Kementerian Kesehatan RI., **Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat**, Jakarta; 2014.
14. Rifa'i, M., Madjid, U., Ismunarta, **Implementasi Kebijakan Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Garawangi Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat**, *J Polit Pemerintah*; 2016, vol. 9, no. 1, p.p. 25 – 43.
15. Khozin, M., **Evaluasi Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul**, *J Stud Pemerintah*; 2010, vol. 1, no. 1.
16. Maryanti, A. H., Hardianto, D., **Penganggaran Menggunakan RASK dan Pembiayaan Kesehatan**, *In: Perencanaan dan Penganggaran Untuk Investasi Kesehatan di Tingkat*

- Kabupaten dan Kota*; 2006. p.p. 79-124.
17. Hasan, A. G., Adisasmito, W. B. B., **Analisis Kebijakan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Puskesmas di Kabupaten Bogor Tahun 2016**, *Kebijak Kesehat Indones*; 2017, vol. 6, p.p. 127-137.
 18. Laeliah, S. N., Nadjib, M., **Hubungan Pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dengan Peningkatan Cakupan Kunjungan Antenatal K4 di Puskesmas Kota Serang Tahun 2014-2016**, *J Kebijak Kesehat Indones*; 2017, vol. 6, no. 3, p.p. 115-126.
 19. Dodo, D. O., **Monitoring Pelaksanaan Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan**, *J Kebijak Kesehat Indones*; 2014, vol. 03, no. 2), p.p. 82-96.
 20. Fort, A. L., Voltero, L., **Factors Affecting the Performance of Maternal Health Care Providers in Armenia**, *Hum Resour Health*; 2004, vol. 2, no. 1, p.p. 8, doi:10.1186/1478-4491-2-8.
 21. Prasastin, O. V., **Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Surveilans Epidemiologi Penyakit Malaria Tingkat Puskesmas di Kabupaten Kebumen Tahun 2012**, *Unnes J Public Heal*; 2013, vol. 2, no. 4, doi:10.15294/UJPH.V2I4.3061.
 22. Kementerian Kesehatan RI, **Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128 Tahun 2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat**; 2004.
 23. Rachmawati, A. M., **Capacity Building Organisasi dalam Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya. Kebijak dan Manaj publik**; 2017, vol. 5, no. 1, <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-kmp462dd7af30full.pdf>. Accessed February 24, 2018.
 24. Kiting, R. P., Ilmi, B., Arifin, S., **Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Kader Posbindu Penyakit Tidak Menular**, *J Berk Kesehat*; 2017, vol. 1, no. 2, p.p. 106-114. <http://ppjp.unlam.ac.id/journal/index.php/berkala-kesehatan/article/view/3149>. Accessed February 8, 2018.