

Kode/Rumpun Ilmu : 594/Ilmu Administrasi
Negara
Bidang Fokus: Sosial Humaniora, Seni
Budaya Pendidikan

**LAPORAN PENELITIAN STIMULUS
UNIVERSITAS NASIONAL**



Judul Penelitian

**ANALISIS BEBAN KERJA TENAGA KESEHATAN DALAM
MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN DI
PUSKESMAS TANAH SAREAL
KOTA BOGOR**

Oleh:

Ketua Peneliti:

Dr. Bhakti Nur Avianto, M.Si.

NIDN. 0429077502

Anggota:

Dr. Zulmasyhur, M.Si.

NIDN. 0321116901

**Pusat Studi Birokrasi dan Tata Kelola Pemerintahan
Universitas Nasional
Tahun 2019**

LEMBAR PENGESAHAN

1. Judul Penelitian
Analisis Beban Kerja Tenaga Kesehatan Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor
2. Ketua
 - a. Nama : Dr. Bhakti Nur Avianto, SIP., M.Si.
 - b. Jenis Kelamin : Laki-Laki
 - c. NIDN/NIK : 0429077502 / 0102018007
 - d. Jabatan Struktural : Sekretaris PSBTP – Unas
 - e. Jabatan Fungsional : Lektor
 - f. Fakultas / Jurusan : FISIP / Ilmu Administrasi Negara
 - g. Alamat Kantor : Jl. Sawo Manila – Pejaten, Pasar Minggu Jaksel
 - h. Telepon / HP : 081320461679 / 081310526558
 - i. Alamat Rumah : Perumahan Graha Grande Blok C.41 RT 05/07
Cileubut Kota Bogor
 - j. Email : bh4kti.nur@gmail.com
3. Jangka Waktu Penelitian : 1 (Satu) Semester
4. Usulan Biaya : **Rp 7.500.000,- (Tujuh Juta Lima Ratus Ribu Rupiah)**

Jakarta, 5 Maret 2019

Mengetahui:

**Ketua Pusat Studi Birokrasi dan Tata
Kelola Pemerintahan Universitas Nasional**



Dr. Zulmasyhur, M.Si.

NIDN/NIK. 0321116901 / 0107140838

Ketua Peneliti

Dr. Bhakti Nur Avianto, M.Si.

NIDN/NIK.0429077502 / 0102018007

Menyetujui
Warek Bidang PPMK



Prof. Dr. Ernawati Sinaga, MS. Apt.

NIP. 19550731 198103 2 001

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	I	
BAB I	PENDAHULUAN	
	1.1 Latar Belakang Penelitian	1
	1.2 Tujuan Penelitian	10
	1.3 Kegunaan Penelitian	10
	1.4 Luaran Penelitian	11
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	
	2.1 Analisis Beban Kerja	13
	2.2 Pengertian Kualitas Pelayanan	17
	2.3 Puskesmas	23
	2.4 Pengembangan Fungsi Puskesmas	26
	2.5 Pengembangan Sarana dan Prasarana Puskesmas	27
	2.6 Roadmap Penelitian	32
BAB III	METODOLOGI PENELITIAN	
	3.1 Metode Penelitian	33
	3.2 Lokasi Penelitian	35
BAB IV	BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	
	4.1 Biaya Penelitian	36
	4.2 Jadwal Penelitian	37
BAB V	HASIL PENELITIAN	

5.1 Analisis Beban Kerja Tenaga Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor	38
5.2 Persepsi Masyarakat tentang Kualitas Pelayanan Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor.	62
BAB VI KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	
6.1 Kesimpulan	69
6.2 Rekomendasi	70
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN	74

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Salah satu unsur penting dari mutu kehidupan dalam pembangunan nasional untuk mewujudkan manusia Indonesia seutuhnya adalah kesehatan. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk memberikan kesempatan yang seluas-luasnya bagi masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal yang diwujudkan antara lain dengan membangun Puskesmas di seluruh Indonesia. Untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat banyak hal yang perlu dilakukan, salah satu diantaranya dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatnya kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Azrul Azwar, 1996).

Selama ini pembangunan dan pelayanan kesehatan masih dipahami sebagai permasalahan teknis saja, dimana pelayanan kesehatan hanya melibatkan dokter, perawat dan petugas medis lainnya. Sementara dari sisi kebijakan dan visi pembangunan dan pelayanan kesehatan belum banyak dibawa ke ruang publik

untuk dibicarakan dan menjadi bahan renungan bersama secara lebih mendalam. Pembangunan dan pelayanan kesehatan dianggap telah mampu melakukan perubahan secara otomatis dan responsif terhadap setiap perubahan sosial dan politik yang terjadi di masyarakat.

Dari keadaan tersebut maka seharusnya menjadi kewajiban kita untuk ikut peduli terhadap pelayanan dan pembangunan kesehatan masyarakat. Salah satu paradigma yang cukup membumi yaitu: kesehatan untuk semua “Health for All” adalah pelayanan jasa publik yang harus dapat diakses oleh setiap masyarakat dari segala macam lapisan yang ada. Konsekuensi dari kesehatan untuk semua adalah prinsip yang mendasari pelaksanaan otonomi daerah yaitu, keadilan, demokrasi dan partisipasi, efisiensi, serta efektifitas. Desentralisasi kesehatan juga menjadikan sektor kesehatan sebagai urusan pemerintah daerah yang harus dipertanggungjawabkan kepada masyarakatnya (*Public Accountability*). Sehingga Pembangunan Kesehatan yang dilakukan dan Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh pemerintah daerah dapat dijadikan salah satu ukuran untuk menilai kinerja pemerintah daerah terhadap masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang langsung menyentuh pada lapisan masyarakat yang paling bawah dan sangat diperlukan oleh masyarakat adalah sangat penting, hal ini dikarenakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas akan memberikan perlindungan kesehatan kepada warga masyarakat khususnya bagi warga kurang mampu. Puskesmas diharapkan mampu memberikan jaminan bagi warga masyarakat sekitarnya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sangat dibutuhkan.

Pemerintah memiliki kewajiban menyediakan pelayanan kesehatan minimum yang dibutuhkan rakyatnya. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan prinsip yang harus dipegang dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah bagaimana masyarakat puas dan nyaman dalam menerima pelayanan kesehatan yang diberikan dan keberadaan Puskesmas sebagai media untuk memberikan pelayanan kesehatan haruslah dijalankan dengan baik sehingga kualitas pelayanan yang diberikan sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh masyarakat.

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan disuatu wilayah kerja (Kebijakan Dasar Puskesmas, Depkes RI 2004). Keberadaan Puskesmas di tengah masyarakat sangatlah penting karena Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Pemerintah Daerah. Pelayanan kesehatan yang baik yang mampu diberikan oleh penyelenggara pemerintahan secara tidak langsung akan meringankan beban pemerintah.

Kesehatan menjadi kunci utama dari semua kegiatan dilakukan manusia, oleh karena itu masyarakat harus mendapatkan jaminan dari pemerintah bahwa mereka akan selalu mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Masyarakat yang sehat maka akan membuat mereka produktif dan produktivitas masyarakat akan menumbuhkan perekonomian daerah yang secara tidak langsung akan meningkatkan pendapatan daerah.

Puskesmas adalah salah satu instansi perintah yang berperan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dituntut untuk meningkatkan kualitas kinerja dalam memberikan pelayanan kepada

masyarakat. Pelayanan yang diberikan mampu memenuhi, kebutuhan, keinginan dan harapan masyarakat serta mampu memberikan kepuasan. Kepuasan masyarakat dapat menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya (Ratminto, 2006).

Di bidang pelayanan kesehatan selain rumah sakit, puskesmas khususnya keperawatan merupakan sebuah institusi pemerintah yang bergerak di bidang penyediaan jasa layanan kesehatan rawat inap kepada masyarakat di lini terdepan dengan memberikan jasa layanan medis, keperawatan, dan layanan penunjang medis. Untuk memberikan sebuah layanan yang baik kepada masyarakat khususnya masyarakat yang ingin mendapatkan jasa pelayanan kesehatan dasar dan konsultasi di bidang kesehatan khususnya di layanan puskesmas rawat inap, maka semua elemen pendukung di puskesmas harus berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan jika puskesmas tidak ingin ditinggalkan oleh masyarakat karena pada hakekatnya kepuasan terkait dengan peningkatan pelayanan, makin sempurna pelayanan yang diberikan kepada pasien maka makin tinggi pula tingkat kepuasan pasien (Wiyono, 2000 : 124) .

Akan tetapi, pada umumnya pelayanan puskesmas saat ini tidak sesuai dengan fungsinya yaitu memberikan pelayanan yang berkualitas pada pasiennya, apa yang diharapkan oleh pasien, atau dapat dikatakan kurang memuaskan hati pasiennya. Padahal kesehatan merupakan kebutuhan utama setiap manusia. Dikaitkan dengan berbagai bidang, banyak masyarakat tidak mau berobat ke puskesmas dengan berbagai alasan baik dari segi ekonomi, finansial maupun lokasi. Kualitas pelayanan puskesmas di atas tersirat bahwa kualitas pelayanan

publik merupakan suatu kondisi dimana pelayanan mempertemukan atau memenuhi atau bahkan melebihi dari apa yang menjadi harapan konsumen dengan sistem kinerja aktual dari penyedia jasa.

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN), upaya pemenuhan kebutuhan akan SDM kesehatan masih belum memperhatikan kondisi jumlah, jenis, kualitas dan distribusinya. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Tahun 2012 menyatakan bahwa sumber daya manusia sebagai salah satu subsistem yang memiliki peranan sangat penting dalam mengatasi berbagai masalah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Saat ini, efektivitas pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh adanya Sumber Daya Manusia (SDM), di mana SDM memberikan kontribusi sebesar 80% dari keseluruhan faktor yang terkait dalam pembangunan bidang kesehatan. (Kemenkes, 2016)

Subsistem sumber daya manusia mengandung berbagai upaya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan. Upaya tersebut meliputi upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan (pelatihan) dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dilihat dari rasionya dengan jumlah penduduk, jumlah tenaga kesehatan dokter spesialis, dokter umum, bidan, dan tenaga kesehatan masyarakat di Indonesia sudah sesuai dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2015, tetapi distribusinya yang belum merata (Kemenkes, 2016c).

Begitupula perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor Tahun 2016 dengan menggunakan metode rasio terhadap penduduk, ditunjukkan adanya kekurangan dari beberapa jenis ketenagaan yaitu: Medis (367 orang), Psikologi Klinis (1 orang), Keperawatan (1.133 orang), Kebidanan (395 orang), Kefarmasian (177 orang), Kesehatan Lingkungan (34 orang), Gizi (35 orang), Keterampilan (14 orang), Keteknisan (82 orang), Teknik Biomedika (117 orang), Asisten Tenaga Kesehatan (108 orang) dan Tenaga Penunjang (1.172 orang).

Berdasarkan data di atas, diketahui jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) terbanyak adalah tenaga penunjang yang tersebar di hampir seluruh Fasyankes dengan jumlah 1.172 orang. Jumlah ini terlihat lebih banyak dari jumlah SDMK yang lain karena dalam rumpun tenaga penunjang terdiri dari berbagai sub rumpun, antara lain, struktural, dukungan manajemen, dan pendidikan pelatihan. Sedangkan untuk SDMK lain diketahui jumlah terbanyak adalah tenaga keperawatan yaitu 1.133 orang. Hal ini menyebabkan tenaga medis, dokter spesialis, dan keteknisan medis jumlahnya belum memadai (Dinkes Kota Bogor, 2016).

Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan di puskesmas dalam Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, menyatakan bahwa jenis dan jumlah tenaga kesehatan dihitung berdasarkan analisis beban kerja. Selama ini perencanaan SDMK belum melihat dari tingkat kebutuhan terhadap pelaksanaan program pelayanan yang harus dilakukan, serta tenaga yang ada selama ini masih jauh dari standar rasio. Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas) merupakan salah satu unit pelaksana teknis dinas kesehatan yang

menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan kegiatan utama adalah kegiatan pencegahan dan promosi kesehatan (Permenkes No.75 Tahun 2014).

Puskesmas berperan sebagai ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yaitu pelayanan kesehatan minimal kepada masyarakat berupa pelayanan preventif, berkesinambungan, dan tentunya dapat diakses bagi seluruh masyarakat Kota Bogor. Saat ini di Kota Bogor mempunyai 22 UPTD Puskesmas terdiri dari 17 Puskesmas non rawat inap dan 5 Puskesmas non rawat inap dengan PONEB. Adapun jumlah Balai Pengobatan/Klinik di Kota Bogor sebanyak 36 klinik (1 klinik milik Pemerintah Provinsi dan 35 klinik swasta). Sedangkan apotek di Kota Bogor sebanyak 98 apotek. Selain itu, Kota Bogor memiliki 2 (dua) Rumah Sakit Umum Daerah milik pemerintah. Sedangkan Rumah Sakit Swasta sebanyak 9 (sembilan). Akan tetapi masih terdapat 2 (dua) puskesmas kualitas pelayanan yang belum memenuhi harapan masyarakat yaitu: Puskesmas Tanah Sareal (Dinas Kesehatan Kota Bogor, 2017)

Puskesmas dalam menjalankan organisasi tersebut tentunya tidak terlepas dari adanya SDM kesehatan yang menjadi tulang punggung dalam menjalankan segala upaya kesehatan di masyarakat terutama dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) seperti saat ini, diperkirakan akan terjadi perubahan dalam cara kerja serta perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan. Peningkatan jumlah dan jenis tenaga kesehatan tidak diikuti dengan adanya perencanaan kebutuhan serta pendistribusian yang memadai.

Penempatan tenaga kesehatan sangat dipengaruhi oleh informasi kesehatan SDM, tanggung jawab dari SDM, serta perhatian dari pimpinan. Pemenuhan

terhadap jumlah tenaga kesehatan jika dilihat dari ketepatan rasio jumlah dokter umum terhadap populasi sebenarnya belum ada bentuk yang jelas, dimana hal ini tergantung dari faktor kebutuhan, faktor ketersediaan, faktor yang terkait dengan produktivitas, serta prioritas dari kebijakan terkait layanan kesehatan.

Tabel: 1. Jumlah Puskesmas yang Memenuhi Standar Tenaga dan Perencanaan Kebutuhan SDM Puskesmas di Kota Bogor Tahun 2017 (Berdasarkan Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas)

JENIS TENAGA KESEHATAN	JUMLAH PUSKESMAS	JUMLAH TENAGA KESEHATAN	SESUAI STANDAR (Puskesmas)		BELUM SESUAI STANDAR		
			JUMLAH	%	JML PUSK. < STANDAR (Puskesmas)		KEKURANGAN NAKES (Orang)
					JUMLAH	%	
1. DOKTER UMUM	22	40	22	100	0	0	0
2. DOKTER GIGI		21	20	90.91	2	9.09	2
3. PERAWAT		126	19	86.36	3	13.64	3
4. BIDAN		134	22	100	0	0	0
5. KEFARMASIAN		38	22	100	0	0	0
6. KESEHATAN MASYARAKAT		15	15	68.18	7	31.82	7
7. SANITARIAN		18	18	81.82	4	18.18	4
8. GIZI		13	13	59.09	9	40.91	9
9. AHLI TEK. LAB. MEDIK		13	13	59.09	9	40.91	9

Sumber: Dinkes Kota Bogor, 2017

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa dari 22 Puskesmas yang ada di Kota Bogor telah memenuhi standar ketenagaan minimal untuk jenis tenaga dokter umum, bidan dan tenaga kefarmasian. Sedangkan untuk tenaga perawat jika dilihat dari perbandingan jumlah fasilitas dan ketenagaan telah memenuhi standar minimal tetapi karena distribusi ketenagaan yang tidak merata terdapat 2 Puskesmas yang masih kekurangan tenaga perawat sehingga menyebabkan rendahnya kualitas pelayanan puskesmas. Adapun di beberapa Puskesmas masih belum memenuhi standar ketenagaan minimal untuk jenis tenaga dokter gigi (2

Pusk.), tenaga kesehatan masyarakat (7 Pusk), sanitarian (4 Pusk), gizi (9 Pusk.) dan ahli teknis laboratorium medik (9 Pusk.)

Total kunjungan pasien pada tahun 2016 di seluruh puskesmas Kota Bogor yaitu 74.878 pasien dengan rata-rata kunjungan per hari adalah 42 pasien. Ini menunjukkan beban kerja puskesmas untuk pelayanan pasien cukup tinggi dengan jumlah kunjungan pasien selama satu bulan sering melebihi tingkat yang aman dan dokter melaporkan kunjungan pasien yang berlebih terjadi lebih dari sekali seminggu. Beban kerja yang berlebihan tersebut mempengaruhi kinerja tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Selain itu bahwa beban kerja yang berlebih akan berpengaruh pula terhadap kualitas dari pelayanan yang akan diberikan.

Menganalisis beban kerja tenaga kesehatan merupakan langkah yang sangat diperlukan menyikapi kondisi tersebut. Analisis beban kerja adalah upaya untuk menghitung beban kerja pada satuan kerja dengan cara menjumlah semua beban kerja dan selanjutnya membagi dengan kapasitas kerja perorangan persatuan waktu (Kepmenkes 81, 2014). Metode perencanaan SDM dalam Kepmenkes Nomor75 Tahun 2014Tentang Puskesmas di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit, disebutkan bahwa salah satu metode dalam perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan di institusi adalah dengan menghitung beban kerja menggunakan metode *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN).

Metode ini merupakan model yang diadopsi dari WHO yang telah dikembangkan sejak tahun 1998. Metode *Workload Indicators of Staffing Need*(WISN) memiliki kelebihan yaitu mudah digunakan baik secara teknis, komprehensif, realistis, serta memberikan kemudahan dalam menentukan variasi

kebutuhan SDM dalam berbagai tipe layanan kesehatan seperti puskesmas maupun rumah sakit. Kelengkapan data sekunder merupakan salah satu kunci keberhasilan dari penerapan metode.

Walaupun metode ini memiliki banyak kelebihan, namun kenyatannya belum digunakan sepenuhnya dalam penghitungan beban kerja tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Bogor dengan alasan dalam perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masih menggunakan metode rasio jumlah tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk. Dimana metode rasio belum dapat menghitung kebutuhan riil tenaga kesehatan berdasarkan beban kerja sehingga dapat mencapai keseimbangan antara jumlah tenaga kesehatan yang ada dengan beban kerja dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan puskesmas.

1.2 Tujuan Penelitian

- a. Mengetahui besaran pengaruh beban kerja tenaga kesehatan terhadap kualitas pelayanan puskesmas di Kota Bogor secara keseluruhan atau simultan.
- b. Mengetahui besaran pengaruh beban kerja tenaga kesehatan terhadap kualitas pelayanan puskesmas di Kota Bogorsecara parsial.
- c. Mengetahui dan menganalisis Kualitas Pelayanan Puskesmas di Kota Bogor melalui Studi Metode WISN Puskesmas Tanah Sareal, di mana kedua lembaga tersebut sedang melakukan upaya menempatkan rasio tenaga kesehatan dalam memenuhi harapan pengguna jasa publik.

1.3 Kegunaan Penelitian

- a. Manfaat Teoritis; Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan untuk penelitian lebih lanjut terkait bidang pelayan puskesmas umumnya dan diharapkan dapat menjadi sumbangan pemikiran bagi ilmuwan administrasi publik khususnya.
- b. Manfaat Praktis
 - 1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai masukan kepada Pemerintah Kota Bogor khususnya Dinas Kesehatan terkait dengan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan agar menggunakan analisis kebutuhan menurut beban kerja. Dengan demikian, perencanaan ketenagaan akan lebih sesuai kebutuhan riil berdasarkan beban kerja. Sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Kota Bogor.
 - 2) Bagi para kepala puskesmas, hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu dalam pengelolaan SDM kesehatan khususnya tenaga dokter umum untuk disesuaikan dengan kebutuhan dari program-program puskesmas.
 - 3) Bagi kepala puskesmas diharapkan agar hasil penelitian ini dapat sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas baik itu kemampuan dan keterampilan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

1.4 Luaran Penelitian

Sasaran penelitian yaitu: UPTD Dinas Kesehatan Kota Bogor yaitu: Puskesmas Kecamatan Tanah Sareal dengan anggota populasi berjumlah 30 Tenaga Kesehatan. Selanjutnya untuk penelitian eksperimental sederhana dengan

kontrol eskperimen yang ketat, menentukan jumlah responden sesuai dengan wilayah layanan, kemudian ditentukan dengan Rumus *Simple Random Sampling* dengan jumlah keseluruhan 50 orang pasien yang datang berkunjung ke Dua tempat Puskesmas yang telah ditentukan.

Tabel 1.4 Rencana Target Capaian Tahunan

No	Jenis Luaran		Indikator Capaian	
			Bulan ¹⁾	Bulan ⁺¹
1	Publikasi Ilmiah	Jurnal Ilmiah Indonesia	draft	Submitted
		Internasional	-	-
2	Pemakalah dalam temu Ilmiah	Internasional	-	-
		Nasional –	Draft	Submitted
3	Invited Speaker dalam temu ilmiah	Internasional	-	-
		Nasional	-	-
4	Visiting Lecturer	Internasional	-	-
5	Hak Kekayaan Intelektual	Paten	-	-
		Paten Sederhana	-	-
		Hak Cipta	-	-
		Merk Dagang	-	-
		Rahasia Dagang	-	-
		Desain Produk Industri	-	-
		Indikasi geografis	-	-
		Perlindungan varietas tanaman	-	-
6	Teknologi tepat guna	Perlindungan topografi sirkuit terpadu	-	-
			-	-
7	Model/Purwarupa/Desain/Karya Sosial	Senin/Rekayasa	Draft	Draft
8	Buku Ajar (ISBN)		-	-
9	Tingkat Kesiapan Teknologi (TKT)		-	-

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Analisis Beban Kerja

Analisis beban kerja merupakan salah satu cara dalam perencanaan kebutuhan sumber daya manusia (Kepmenkes 81, 2004). Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2007 tentang Tata Cara Memperoleh Informasi Ketenagakerjaan dan Penyusunan serta Pelaksanaan Perencanaan Tenaga Kerja, disebutkan bahwa dalam perencanaan tenaga kerja baik mikro ataupun makro dihitung berdasarkan beban kerja yang kemudian dituangkan dalam rencana tenaga kerja yang disusun dalam jangka waktu lima tahun.

Setiap tahunnya dilakukan penilaian untuk menyesuaikan dengan perkembangan kebutuhan dari masing-masing lembaga ataupun perusahaan. Hasil dari perhitungan analisis beban kerja sangat bermanfaat sebagai alat ukur terhadap kebutuhan sumber daya manusia dalam sebuah organisasi sebagai dasar dalam norma waktu penyelesaian kerja, tingkat efisiensi kerja, prestasi kerja, penyusunan formasi pegawai, dan penyempurnaan sistem prosedur kerja (Kemenkes, 2013b).

Berbagai metode telah dipublikasikan dalam menghitung kebutuhan tenaga kerja, tetapi perencanaan yang paling sering digunakan adalah dengan mengkombinasikan antara rasio praktisi terhadap populasi, pola riwayat, dan penilaian para ahli. Analisis yang lebih canggih dapat menggunakan perhitungan ukuran tenaga kerja dan campuran melalui penggunaan riwayat beban

kasus, ketajaman pengukuran, teori antrian, produksi fungsi-fungsi, standar perawatan pengobatan, atau kombinasi dari faktor-faktor dalam analisis regresi. (Ritta, 1993)

Menurut Ritta (1993:23) isu-isu dalam pengembangan SDM kesehatan dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Ketidak-seimbangan dari sumber daya kesehatan itu sendiri baik dari segi jumlah, jenis, fungsi, distribusi, serta kualitasnya.
2. Aspek ekonomi dari sumber daya kesehatan tersebut, meliputi pendanaan pemerintah terhadap gaji dan juga pendanaan untuk farmasi, teknologi kesehatan, dan pendidikan berkelanjutan yang sangat dibutuhkan oleh tenaga kesehatan.

Saat ini tantangan terhadap pengelolaan pelayanan kesehatan semakin meningkat yang ditandai dengan tidak adanya respon dari tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dari masyarakat akibat ketidakseimbangan distribusi dari tenaga kesehatan antara desa, perkotaan, dan juga antara tingkat layanan primer, sekunder, maupun tersier (WHO, 2010).

Berdasarkan panduan manual yang dikeluarkan oleh WHO, *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN) merupakan sebuah standar pengukuran kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan indikator beban kerja yang pertama kali diuji-cobakan sekitar tahun 1998. Metode WISN adalah alat manajemen sumber daya yang menghitung kebutuhan staf berdasarkan beban kerja untuk kategori staf tertentu dan jenis fasilitas kesehatan. Alat ini dapat diterapkan secara nasional, regional, di fasilitas kesehatan tunggal, bahkan sebuah unit atau bangsal di rumah sakit. Metode WISN memiliki kelebihan yaitu mudah digunakan baik secara teknis, komprehensif, realistis serta memberikan kemudahan

dalam menentukan variasi kebutuhan SDM dalam berbagai tipe layanan kesehatan seperti puskesmas maupun rumah sakit. Namun metode WISN memiliki kelemahan, dimana sangat diperlukan adanya kelengkapan data yang nantinya akan dianalisa secara statistik dan akan mempengaruhi akurasi hasil WISN (WHO, 2010).

Langkah kerja dalam metode WISN sesuai dengan pedoman WHO tahun 2010 dan digunakan oleh lembaga kesehatan di Indonesia dengan mengacu Kepmenkes Nomor 81/Menkes/SK/2004 yang kemudian dikutip oleh Ilyas (2011:39) menetapkan 5 (Lima) standar perhitungan WISN sebagai berikut

1. Menetapkan waktu kerja yang tersedia. Tujuannya adalah agar diperolehnya waktu kerja efektif selama satu tahun untuk masing-masing kategori SDM yang bekerja di suatu unit atau institusi.
2. Menetapkan Unit Kerja dan Kategori SDM yang dihitung. Tujuannya adalah diperolehnya unit kerja dan kategori SDM yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan pada pasien, keluarga dan masyarakat di dalam dan di luar institusi.
3. Menyusun Standar Beban Kerja. Standar beban kerja adalah volume atau uantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan (waktu rata-rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh unit masing-masing.
4. Menyusun standar kelonggaran. Tujuannya adalah untuk diperolehnya faktor-faktor kelonggaran setiap kategori SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu penyelesaian suatu kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan pokok/pelayanan.
5. Menghitung kebutuhan tenaga per unit kerja. Tujuannya adalah agar diperolehnya jumlah dan jenis/kategori SDM yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan wajib dan upaya pengembangan selama kurun waktu satu tahun

Analisis hasil WISN terdiri dari perbedaan antara tenaga yang ada dengan tenaga yang diperlukan dan penghitungan rasio WISN. Rasio WISN adalah pengukuran terhadap tekanan beban kerja sehari-hari dari tenaga

kesehatan. Menguji kedua hal antara gap dan juga rasio WISN adalah sangat penting dalam menentukan bagaimana cara dalam pengembangan tenaga kesehatan secara wajar (WHO, 2010). Penerapan metode WISN memberikan manfaat cukup besar dalam pengelolaan SDM dalam suatu organisasi.

1. Perencanaan ketenagaan mendatang. Pemanfaatan pertama yang dilakukan sesuai dengan hasil WISN adalah sebagai dasar dalam perencanaan kebutuhan mendatang akan tenaga kesehatan pada fasilitas kesehatan bersangkutan. Perencanaan ini harus mampu mengantisipasi akan munculnya beban kerja lain dengan meningkatkan standar profesi sesuai dengan standar terbaru yang relevan, memperhitungkan perubahan kondisi ketenagaan melihat dari waktu kerja tersedia, dan juga melakukan penyesuaian standar medis sesuai rata-rata waktu yang telah dihitung (WHO, 2010).
2. Pengalokasian tenaga kesehatan. Hasil dari WISN akan dapat memberikan gambaran akan dampak dari kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia. Melalui upaya pengalokasian tenaga kesehatan diharapkan dapat membantu meringankan beban kerja tenaga kesehatan bersangkutan. Apabila menambah jumlah tenaga tidak memungkinkan bisa diatasi dengan mengatur waktu kerja dengan cara bergantian (WHO, 2010).
3. Peningkatan kualitas tenaga kesehatan. Rasio WISN yang rendah akan berakibat terhadap rendahnya kualitas keluaran dari pelayanan kesehatan yang diberikan. Upaya-upaya untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan menjadi prioritas sesuai hasil WISN apabila dengan menambah jumlah tenaga sangat tidak memungkinkan (WHO, 2010).

4. Upaya pendistribusian tenaga kesehatan yang ada saat ini serta mengurangi tekanan beban kerja, membandingkan hasil dari WISN pada tempat pelayanan kesehatan yang serupa akan dapat membantu kita dalam pendistribusian dengan tepat. Tempat pelayanan kesehatan mana yang terlihat terjadi kekurangan tenaga kesehatan, berapa besar tekanan beban kerjanya bisa sebagai dasar untuk melakukan pemerataan distribusi tenaga kesehatan (WHO, 2010). Hasil dari penerapan WISN secara keseluruhan dimasukkan ke dalam metode perencanaan tenaga kerja (Dewdney, 2001), bersama-sama dengan data yang sesuai dan terperinci dari sistem informasi SDM (WHO, 2010).

Penelitian di Indonesia dengan metode WISN sudah pernah dilakukan di Provinsi NTT, NTB, dan Aceh yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan yang bekerjasama Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), sebuah lembaga donor dari Jerman (Depkes & GTZ 2009). Penelitian deskriptif dengan menggunakan metode WISN di Palembang menemukan bahwa jumlah SDM perawat, bidan, tenaga laboratorium, dan dokter spesialis kandungan di puskesmas masih kurang dan memiliki beban kerja yang tinggi (Saputri dan Ainy, 2009). Hasil tersebut hampir sama dengan penelitian WISN di Bali terkait layanan *treatment as prevention* pada pekerja seks perempuan di beberapa unit layanan *Voluntary Counseling Test* (VCT) termasuk di puskesmas secara *mixed method*, menyoroti kurangnya SDM pada layanan VCT di puskesmas (Nopiyani et al., 2014)

2.2 Pengertian Kualitas Pelayanan

Pelayan bagi masyarakat, pemerintah terwujud untuk memberikan pelayanan bagi masyarakat bukan masyarakat yang melayani pemerintah. Pelayanan publik yang profesional dapat diwujudkan oleh pemerintah jika adanya akuntabilitas dan bertanggung jawab pemberi layanan dalam hal ini aparatur pemerintah sendiri. Salah satu tugas pemerintah yang terpenting adalah memberikan pelayanan umum kepada masyarakat sebagus mungkin, namun tak jara pula khususnya di Indonesia dalam kenyataannya belum semua aparat pemerintah menyadari arti pentingnya pelayanan. Layanan diberikan oleh pemerintah melalui aparatnya Abdi dalem (pegawai/petugas) untuk memenuhi kepentingan umum atau kepentingan perorangan, yang bertumpu pada hak dasar sebagai warga negara. Bentuknya adalah bisa dalam layanan lisan, layanan dalam bentuk tulisan dan layanan dalam bentuk perbuatan. Ketiga bentuk layanan ini saling terkait, yang hasilnya diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dan memuaskan bagi mereka yang dilayani.

Karakteristik pelayanan publik menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 Tentang Pedoman Standar Pelayanan, memuat pedoman dasar bagi tata laksana pelayanan publik oleh Lembaga pemerintah pada masyarakat, semua layanan publik dilakukan dengan memperhatikan prinsip:

1. Sederhana. Standar pelayanan yang mudah dimengerti, mudah diikuti, mudah dilaksanakan, mudah diukur, dengan prosedur yang jelas dan biaya terjangkau bagi masyarakat maupun penyelenggara.
2. Partisipatif. Penyusunan standar pelayanan dengan melibatkan masyarakat dan pihak terkait untuk membahas bersama dan mendapatkan keselarasan atas dasar komitmen atau hasil kesepakatan

3. Akuntabel. Hal-hal yang diatur dalam standar pelayanan harus dapat dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan kepada pihak yang berkepentingan.
4. Berkelanjutan. Standar pelayanan harus terus menerus dilakukan perbaikan sebagai upaya peningkatan kualitas dan inovasi pelayanan.
5. Transformasi. Standar pelayanan harus dapat dengan mudah diakses oleh masyarakat.
6. Keadilan. Standar pelayanan harus menjamin bahwa pelayanan yang diberikan dapat menjangkau semua masyarakat yang berbeda status ekonomi, jarak lokasi geografis dan perbedaan kapabilitas fisik dan mental.

Kehadiran Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah saat ini memberikan dampak luas terhadap tata laksana pemerintah daerah. Dasar filosofi keseragaman berubah menjadi filosofi keanekaragaman dalam kesatuan. Dari paradigma administratif yang mengutamakan dayaguna dan hasilguna menjadi paradigma demokratisasi, partisipasi masyarakat serta pelayanan.

Selanjutnya dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 15 Tahun 2014 telah dijelaskan pula bahwa Instansi Pemerintah sebagai sebutan kolektif yang meliputi Satuan Kerja/satuan organisasi Kementerian, Departemen, Lembaga Pemerintah Non Departemen, Kesekretariatan Lembaga Tertinggi dan Tinggi Negara, dan Instansi Pemerintah lainnya, baik pusat maupun Daerah termasuk Badan Usaha Milik Negara, Badan Usaha Milik Daerah, Menjadi penyelenggara pelayanan publik. Sedangkan pengguna jasa pelayanan publik adalah orang, masyarakat, instansi pemerintah dan badan hukum yang menerima layanan dari instansi pemerintah.

Secara garis besar jenis-jenis layanan publik menurut Kepmenpan Nomor

15 Tahun 2014 dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu :

- a) Kelompok pelayanan administratif. Jenis pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk dokumen resmi yang dibutuhkan oleh publik, misalnya status kewarganegaraan, sertifikat kompetensi, kepemilikan atau penguasaan terhadap suatu barang dan sebagainya. Dokumen-dokumen ini antara lain Kartu Tanda Penduduk (KTP), Akte Pernikahan, Akte Kelahiran, Akte Kematian, Buku Pemilik Kendaraan Bermotor (BPKB), Surat Izin Mengemudi (SIM), Surat Tanda Nomor Kendaraan Bermotor (STNK), Izin Membangun Bangunan (IMB), Paspor, Sertifikat Kepemilikan/Penguasaan Tanah, dsb.
- b) Kelompok pelayanan barang. Jenis pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk/jenis barang yang digunakan oleh publik, misalnya jaringan telepon, penyediaan tenaga listrik, air bersih, dsb.
- c) Kelompok pelayanan jasa. Jenis pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk jasa yang dibutuhkan oleh publik, misalnya pendidikan, pemeliharaan kesehatan, penyelenggaraan transportasi, pos, dsb.

Konsep kualitas Pelayanan memiliki banyak definisi yang berbeda dan bervariasi, mulai dari definisi yang konvensional hingga yang strategis. Definisi konvensional dari kualitas biasanya menggambarkan karakteristik langsung dari suatu produk, seperti : performance (kinerja), reability (keandalan), ease of use (mudah dalam penggunaan), esthetics (estetika), dsb. Sedangkan dalam definisi startegis dinyatakan bahwa kualitas adalah sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (meeting the need of costumers). (Sumber: Sinambela, 2010:6)

Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan Vincent dan Gasperz (2006:1), bahwa kualitas diartikan sebagai segala sesuatu yang menentukan kepuasan pelanggan dan upaya perubahan kearah perbaikan terus-menerus sehingga dikenal istilah Q = MATCH (Meets Agreed Terms and Changes). Menurut the American

Society of Quality Control (Purnama N, 2006:9), “kualitas adalah keseluruhan ciri-ciri dan karakteristik dari suatu produk atau layanan menyangkut kemampuan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang telah ditentukan atau yang bersifat laten”. Gasperz (2008:9-11) mengemukakan bahwa pada dasarnya kualitas mengacu kepada pengertian pokok :

- a. Kualitas terdiri atas sejumlah keistimewaan produk, baik keistimewaan langsung, maupun keistimewaan aktraktif yang memenuhi keinginan pelanggan dan memberikan kepuasan atas penggunaan produk.
- b. Kualitas terdiri atas segala sesuatu yang bebas dari kekurangan atau kerusakan.

Pengertian kualitas menurut Tjiptono (2011:132) adalah 1) kesesuaian dengan persyaratan/tuntutan, 2) kecocokan pemakaian, 3) perbaikan atau penyempurnaan keberlanjutan, 4) bebas dari kerusakan, 5) pemenuhan kebutuhan pelanggan semenjak awal dan setiap saat, 6) melakukan segala sesuatu secara benar semenjak awal, 7) sesuatu yang bisa membahagiakan pelanggan. Sedangkan Triguno (1997:76) mengartikan bahwa:

Kualitas sebagai standar yang harus seseorang/ kelompok/ lembaga/ organisasi mengenai kualitas sumber daya kerja, kualitas cara kerja, proses dan hasil kerja atau produk yang berupa barang dan jasa. Berkualitas mempunyai arti memuaskan kepada yang dilayani, baik internal maupun eksternal, dalam arti optimal pemenuhan atas tuntutan/persyaratan pelanggan/masyarakat. Kualitas (*quality*) menurut Pasolong (2007:132), bahwa

Suatu produk dikatakan berkualitas bagi seseorang kalau produk tersebut dapat memenuhi kebutuhannya. pelayanan yang baik adalah kemampuan seseorang dalam memberikan pelayanan yang dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan dengan standar yang ditentukan. Definisi tersebut tersirat kualitas adalah kepuasan pelanggan sepenuhnya (*full customer satisfaction*). Suatu produk

dikatakan berkualitas jika dapat memberikan kepuasan sepenuhnya kepada konsumen, yaitu sesuai dengan apa yang diharapkan konsumen terhadap suatu produk.

Kualitas pelayanan sebagai tingkat kesempurnaan yang diharapkan dan pengendalian atas kesempurnaan tersebut untuk memenuhi keinginan konsumen.

Menurut Tjiptono (2012:19) bahwa:

Kualitas layanan merupakan perbandingan antara layanan yang dirasakan (persepsi) konsumen dengan kualitas layanan yang diharapkan konsumen. Jika kualitas layanan yang dirasakan sama atau melebihi kualitas layanan yang diharapkan maka layanan dikatakan berkualitas dan memuaskan.

Pelayanan yang berhasil guna dalam suatu organisasi adalah bahwa pelayanan yang diberikan oleh anggota organisasi tersebut dapat memberikan kepuasan kepada konsumen atau pelanggannya. Sebagai tolak ukur adalah tidak adanya atau kurangnya keluhan dari masyarakat /konsumen. Sedangkan pelayanan umum yang berhasil guna ditandai dengan tidak adanya calo-calo. Sejalan dengan pendapat Dwiyanto (2010:44), yang mengatakan bahwa penilaian kinerja publik tidak cukup hanya dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator yang melekat pada birokrasi seperti efisiensi dan efektivitas, tetapi harus pula dilihat dari indikator yang melekat pada pengguna jasa seperti kepuasan pengguna jasa.

Konsep kualitas pelayanan dapat pula dipahami melalui “consumer behaviour” (perilaku konsumen) yaitu perilaku yang dimainkan oleh konsumen dalam mencari, membeli, menggunakan dan mengevaluasi suatu produk pelayanan yang diharapkan mampu memenuhi kebutuhannya. Keputusan konsumen untuk mengkonsumsi atau tidak mengkonsumsi suatu barang/jasa dipengaruhi berbagai faktor, antara lain persepsinya terhadap kualitas

pelayanan. Hal ini menunjukkan adanya interaksi yang kuat antara kepuasan konsumen dengan kualitas pelayanan. (Pasolong, 2008:135)

2.3 Pengertian Puskesmas

Berbicara mengenai Puskesmas maka tidak akan jauh-jauh dari masalah kesehatan. Puskesmas pada dasarnya merupakan singkatan dari Pusat Kesehatan Masyarakat. Jika diartikan secara bahasa, Puskesmas merupakan sebuah lembaga yang berguna untuk mendukung dan memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Ada beberapa definisi mengenai puskesmas baik dari Departemen Kesehatan maupun dari berbagai ahli. Menurut Departemen Kesehatan (2009), Puskesmas merupakan kesatuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan pada perorangan. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

Pengertian Puskesmas menurut Azwar (1997:13) menjelaskan bahwa:

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas adalah unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang, dan terpadu. Puskesmas adalah penanggung jawab penyelenggara upaya kesehatan untuk jenjang tingkat pertama. Pada saat ini puskesmas telah didirikan di hampir seluruh pelosok tanah air. Untuk menjangkau seluruh wilayah kerjanya, puskesmas diperkuat dengan puskesmas pembantu serta puskesmas keliling. Kecuali itu untuk daerah yang jauh dari sarana pelayanan rujukan, puskesmas dilengkapi dengan fasilitas rawat inap (Triyono, 2005:11)

Pusat Kesehatan Masyarakat, disingkat Puskesmas, adalah Organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) merupakan ujung tombak dari peranan pemerintah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat luas. Dengan kata lain Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya. Puskesmas merupakan perangkat pemerintah daerah tingkat II, sehingga pembagian wilayah kerja Puskesmas ditentukan oleh Bupati/Walikota, dengan saran teknis dari kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor

kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik, dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas. Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap Puskesmas.

Tanpa disadari bahwa tugas atau area profesi kesehatan masyarakat sangat luas. Peningkatan kesehatan (promotif) dan juga pencegahan penyakit (preventif) merupakan salah satu keahlian Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) dimana kegiatan riil ini untuk mencegah terjadinya berbagai masalah kesehatan, khususnya yang diakibatkan oleh lingkungan yang kurang sehat (penyakit berbasis lingkungan). Kompetensi yang dimiliki SKM sangatlah cocok untuk diaplikasikan di wilayah kerja Puskesmas di mana berguna untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kompetensi yang dimiliki Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) sangatlah bermanfaat dalam mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat berbasis lingkungan. Misalnya pada kasus Demam Berdarah Dengue (DBD), kasus ini sebenarnya bisa dicegah jika para profesi kesehatan masyarakat ditempatkan dengan baik di struktural pemerintah. Dimana disesuaikan bidang yang ditekuni, namun realita yang ada pemerintah melalui Departemen Kesehatan serta jajarannya belum memnfaatkan profesi kesehatan masyarakat secara maksimal.

Masih banyak kegiatan yang seharusnya dapat ditangani oleh profesi kesehatan masyarakat, tetapi belum dianggap perlu. Sisi lain jika penyakit sudah mewabah, pemerintah kemudian bertanya-tanya mengapa hal tersebut bisa terjadi. Hal-hal yang terjadi dalam lingkungan masyarakat tentunya memberi peluang bagi Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) untuk memimpin Puskesmas atau

menjadi seorang kepala Puskesmas dimana seorang kepala Puskesmas yang merupakan ahli kesehatan masyarakat mampu melakukan berbagai kreasi dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2.4 Pengembangan Fungsi Puskesmas

Pengembangan fungsi puskesmas di perkotaan merupakan pengembangan aspek pengelolaan masalah kesehatan yang ada. Sebagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama, Puskesmas harus melaksanakan upaya kesehatan wajib yang terdiri dari upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, upaya perbaikan gizi, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dan upaya pengobatan.

Disamping upaya kesehatan wajib, puskesmas perkotaan memiliki peluang untuk melaksanakan usaha kesehatan pengembangan yang dilaksanakan berdasarkan prioritas masalah dan ketersediaan pelayanan kesehatan di puskesmas. Pengembangan upaya pelayanan penunjang di puskesmas dapat dilakukan dalam bentuk:

1. Pemenuhan kebutuhan akan pelayanan yang lebih lengkap dengan mengadakan peralatan yang modern.
2. Meningkatkan sistem pencatatan dan pelaporan di puskesmas perkotaan seperti penggunaan komputer.
3. Pengembangan kegiatan perawatan kesehatan masyarakat seperti pengadaan rawat inap

Seperti halnya yang telah disampaikan pada uraian di atas, Puskesmas memiliki fungsi berupa pemberi layanan kesehatan untuk masyarakat. Dengan kehadiran Puskesmas di berbagai daerah, diharapkan lingkungan dan perilaku hidup sehat masyarakat di sekitar Puskesmas dapat lebih baik lagi. Jika dirinci secara lebih mendalam, maka fungsi Puskesmas adalah sebagai berikut :

- a. Puskesmas sebagai inti dari pembangunan kesehatan masyarakat di sekitar daerah operasionalnya. Pada fungsi ini, puskesmas berguna sebagai lembaga yang berguna membantu masyarakat yang ada di sekitar wilayah kerjanya dalam proses membangun kehidupan yang lebih sehat lagi. Puskesmas berguna sebagai pusat dan sumber masyarakat untuk mempelajari dan mengamalkan kehidupan yang lebih baik dan lebih sehat lagi.
- b. Puskesmas sebagai pembina masyarakat dalam membangun kehidupan yang lebih sehat. Dalam hal ini, Puskesmas memiliki fungsi sebagai lembaga yang berperan aktif memberikan bimbingan dan binaan terhadap masyarakat yang ada di sekitar lingkungan kerjanya dalam rangka peningkatan kesehatan masyarakat sekitar. Para pegawai puskesmas memiliki kewajiban memberikan pengajaran tentang kehidupan yang lebih sehat kepada masyarakat sekitar wilayah kerjanya.
- c. Puskesmas sebagai pemberi layanan kesehatan di sekitar daerah operasionalnya. Pada fungsi yang ketiga ini, Puskesmas ditugaskan sebagai lembaga yang melayani masyarakat dalam hal kesehatan. Masyarakat yang memiliki keluhan kesehatan dapat mengunjungi Puskesmas untuk dilakukan pengobatan.

2.5 Pengembangan Beban Kerja Tenaga Kesehatan

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat sesuai kebutuhan dan tuntutan masyarakat, puskesmas perlu meningkatkan berbagai sarana pendukung pelayanan dengan tetap memperhatikan kemampuan sumberdaya yang ada. Hal ini ditujukan untuk mewujudkan pelayanan yang bermutu, profesionalisme, aman dan nyaman melalui penyediaan: 1) Tenaga kesehatan yang sesuai dengan upaya yang diselenggarakan, misalnya mengadakan dokter spesialis di puskesmas; 2) Peralatan medis dan non medis untuk menunjang upaya kesehatan; 3) Penambahan ruangan pelayanan, pengaturan tata ruang, serta penyediaan fasilitas rawat inap di puskesmas; 4) Sarana transportasi dan komunikasi; 5) Fasilitas penunjang seperti tempat tidur, kursi, papan alur pelayanan, tempat parkir (Depkes, 2005)

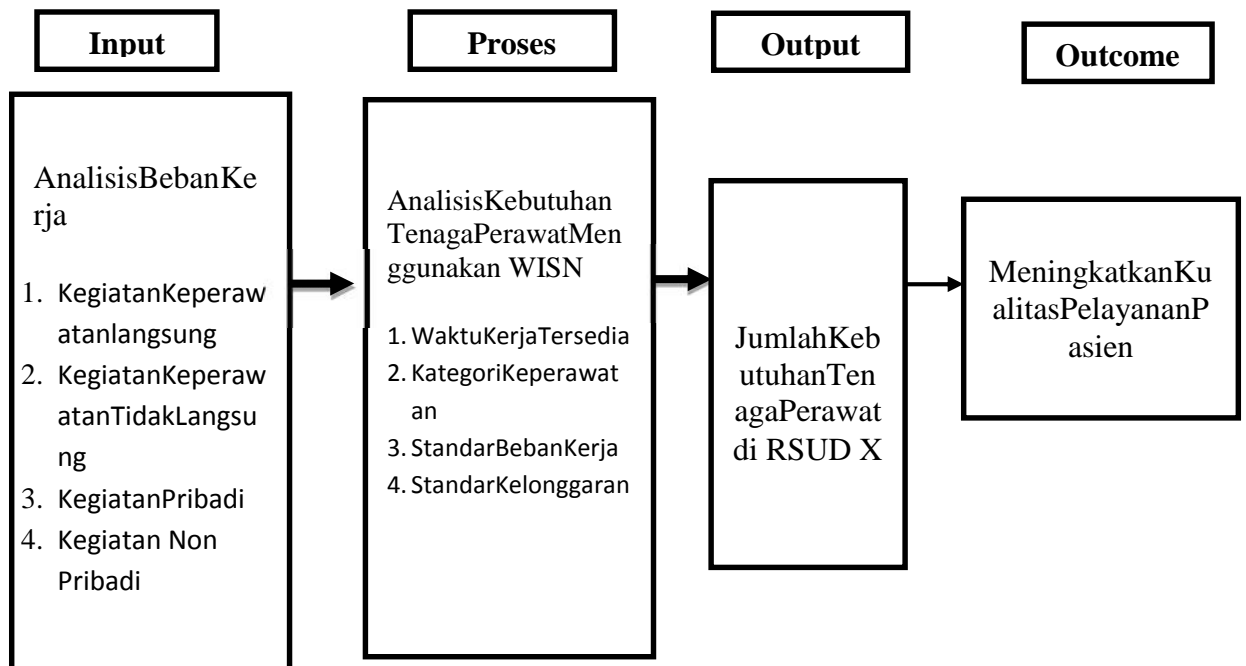
Dalam menentukan kebutuhan tenaga kerja dibutuhkan perhitungan berdasarkan pengukuran beban kerja. Beban kerja adalah sejumlah target pekerjaan atau target hasil yang harus dicapai dalam satu satuan tertentu (KepMenPan No.75, 2004).

Perhitungan beban kerja yang dapat melalui teknik *work sampling*, digunakan untuk menghitung kebutuhan tenaga dengan menggunakan metode *workload indicator staff need* (WISN) yang kemudian dilakukan analisa terhadap hasil beban kerja dan kebutuhan tenaga yang telah diperoleh tersebut untuk menentukan strategi untuk memenuhi kebutuhan tenaga perawat. Pengukuran beban kerja dilakukan dengan teknik *work sampling* dengan mengamati kegiatan perawatan Antara lain: kegiatan perawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung, kegiatan pribadi dan kegiatan non produktif. Kegiatan keperawatan

langsung yang dimaksud adalah komunikasi dengan pasien dan keluarganya, pemeriksaan kondisi pasien, prosedur keperawatan dan pengobatan, kebersihan pasien, tranfusi, serah terima pasien, pengambilan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium sedangkan kegiatan keperawatan tidak langsung adalah mendokumentasikan hasil pengkajian, membuat diagnosa keperawatan, menyusun intervensi mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Jenis kegiatan selanjutnya adalah kegiatan pribadi yaitu kegiatan untuk memenuhi keperluan perawatan seperti: sholat, makan, minum, kebersihan diri, duduk di nurse station, ganti pakaian dan ketoilet. Selanjutnya adalah kegiatan non produktif, yaitu tidak terkait dengan tugas dan tanggung jawab sebagai perawat, merupakan kegiatan pribadi misalnya: nonton televisi, baca Koran, mengobrol, telepon urusan pribadi, pergi keluar ruangan/pergi untuk keperluan pribadi atau keluarga, datang terlambat dan pulang lebih awal dari jadwal. Hasil pengukuran beban kerja yang dilakukan dengan mengamati kegiatan keperawatan tersebut akan dimasukkan ke dalam rumus perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan WISN dengan menghitung Waktu Kerja Tersedia, Kategori Keperawatan, Standar Beban Kerja, Standar Kelonggaran untuk diketahui jumlah perawat pelaksana yang tepat di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor, setelah melakukan perhitungan kebutuhan tenaga diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan pasien.

Berdasarkan masalah yang ditemukan dalam latar belakang, maka kerangka pemikiran dalam menghitung beban kerja dan menentukan jumlah kebutuhan tenaga perawat di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor adalah sebagaimana tergambar dibawah ini :



Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.81/Menkes/SK/2004, WISN adalah suatu metode perhitungan kebutuhan. Sumber Daya Manusia berdasarkan pada beban kerja pekerjaan nyata. Standar beban kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan professional dalam satu tahun dalam satu sarana pelayanan kesehatan (Depkes, 2004). Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2007 tentang Tata Cara Memperoleh Informasi Ketenagakerjaan dan Penyusunan serta Pelaksanaan Perencanaan Tenaga Kerja, disebutkan bahwa dalam perencanaan tenaga kerja baik mikro ataupun makro dihitung berdasarkan beban kerja yang kemudian dituangkan dalam rencana tenaga kerja yang disusun dalam jangka waktu lima tahun.

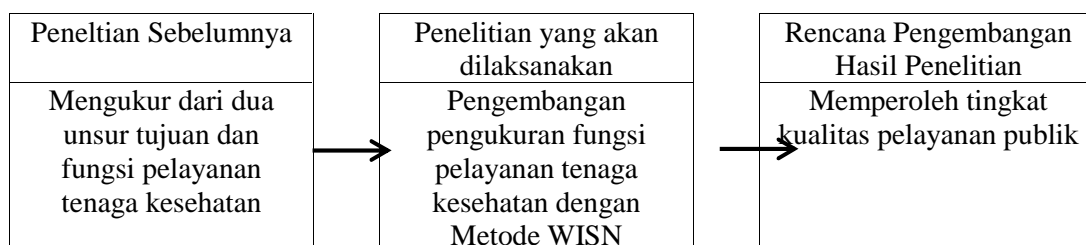
Setiap tahunnya dilakukan penilaian untuk menyesuaikan dengan perkembangan kebutuhan dari masing-masing lembaga ataupun perusahaan. Hasil dari perhitungan analisis beban kerja sangat bermanfaat sebagai alat ukur terhadap kebutuhan sumber daya manusia dalam sebuah organisasi sebagai dasar dalam norma waktu penyelesaian kerja, tingkat efisiensi kerja, prestasi kerja, penyusunan formasi pegawai, dan penyempurnaan sistem prosedur kerja. Berbagai metode telah dipublikasikan dalam menghitung kebutuhan tenaga kerja, tetapi perencanaan yang paling sering digunakan adalah dengan mengkombinasikan antara rasio praktisi terhadap populasi, polariwayat, dan penilaian para ahli (Markham dan Birch, 1997), (David dan Chopra, 2008).

Analisis yang lebih canggih dapat menggunakan perhitungan ukuran tenaga kerja dan campuran melalui penggunaan riwayat beban kasus, ketajaman pengukuran, teori antrian, produksi fungsi – fungsi, standar perawatan pengobatan, atau kombinasi dari faktor – faktor dalam analisis regresi (Homby et al, 1976; Hurst et al, 2008; Musau et al, 2008; Schoo et al, 2008). Isu-isu dalam pengembangan SDM kesehatan di bagi menjadi dua yaitu :1) Ketidakseimbangan dari sumber daya kesehatan itu sendiri baik dari segi jumlah, jenis, fungsi, distribusi, serta kualitasnya. 2) Aspek ekonomi dari sumber daya kesehatan tersebut, meliputi pendanaan pemerintah terhadap gaji dan juga pendanaan untuk farmasi, teknologi kesehatan, dan pendidikan berkelanjutan yang sangat dibutuhkan oleh tenaga kesehatan. Saat ini tantangan terhadap pengelolaan pelayanan kesehatan semakin meningkat yang ditandai dengan tidak kuatnya respon dari tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dari masyarakat akibat ketidakseimbangan distribusi dari

tenagakesehatan antara desa, perkotaan, dan juga antara tingkat layanan primer,sekunder, maupun tersier (WHO, 2010)

2.5 Roadmap Penelitian

Secara prinsip penelitian yang dilaksanakan sebelumnya mendasari ide dalam merancang penelitian yang akan dilaksanakan. Penelitian sebelumnya untuk mendeskripsikan hubungan antara pengambilan keputusan dengan hasil kerja program pemerintah. Metode sebelumnya yang digunakan tidak dapat merepresentasi model rekayasa kebijakan dengan mengukur aspek affektif, keberlanjutan dan normatif sebagai akibat adanya perubahan akulturasi budaya organisasi yang berubah-ubah dan tidak dapat terukur. Roadmap penelitian disajikan dalam gambar berikut:



Gambar 2.1 Roadmap Penelitian

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Metode penelitian ini menggunakan kualitatif deskriptif yang akan menggambarkan analisis beban kerja tenaga kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tanah Sareal Kota Bogor. Penelitian ini dilakukan dengan tahapan pekerjaan yang sedang dikerjakan dan yang sudah dikerjakan dalam waktu 2 (Dua) Bulan dengan uraian sebagai berikut:

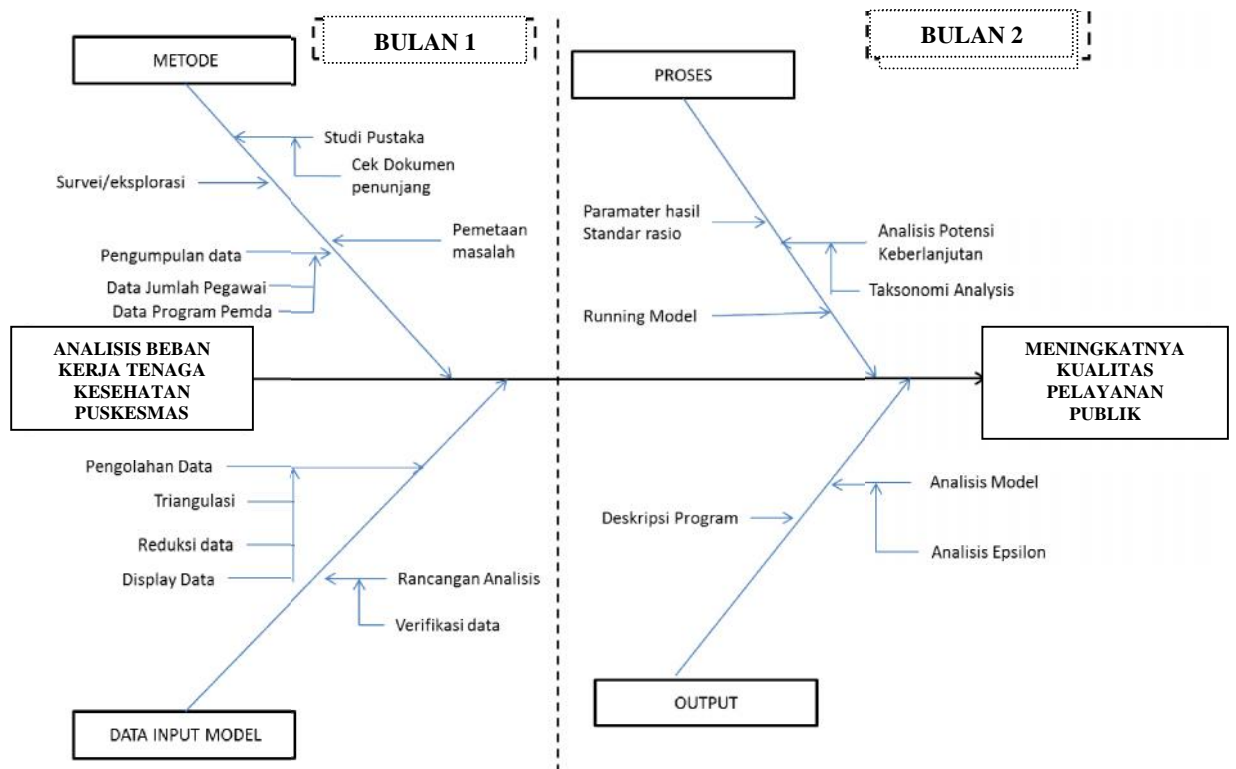
- 1) Bagian awal penelitian yang meliputi:
 - a. Survei/eksplorasi lapangan pada wilayah studi penelitian.
 - b. Studi pustaka dan dokumen penunjang penelitian.
 - c. Pengumpulan data lapangan (data eksternal), berupa data kependudukan Kota Bogor
 - d. Pemetaan permasalahan wilayah penelitian.
- 2) Bagian pengambilan data lapangan dan proses analisis, yang meliputi :
 - a. Pengolahan analisis data penelitian menggunakan model Triangulasi Data
 - b. Pengumpulan data informan melalui reduksi data, display data dan verifikasi data
 - c. Rancangan Analisis model komitmen aparatur
- 3) Bagian perumusan model penelitian dan pembuatan laporan hasil penelitian
 - a. Mendeskripsikan prespektif loyalitas publik di Kabupaten Brebes.
 - b. Menganalisis faktor pendorong dan penghambat model komitmen aparatur
 - c. Pembuatan laporan hasil penelitian.

Penelitian untuk Bulan ke-2 adalah penerapan model penelitian untuk menganalisis perubahan dilakukan melalui 2 tahap yaitu

- 1) Bagian pengambilan data lapangan dan proses analisis
- 2) Bagian perumusan luaran penelitian yaitu:
 - a. Perumusan luaran penelitian berupa analisis rasio kecukupan input dan output hasil/kinerja aparatur.
 - b. Pembuatan laporan akhir.

Prinsip utama dalam analisis data adalah bagaimana menjadikan data atau informasi yang telah dikumpulkan disajikan dalam bentuk uraian, dan sekaligus memberikan makna atau interpretasi sehingga informasi tersebut memiliki signifikansi ilmiah atau teoritis. Dalam penelitian ini, data-data yang sudah peneliti dapatkan kemudian dianalisis dengan menggunakan teknik analisis taksonomis (*taxonomis analysis*), yaitu membentuk analisis yang lebih rinci dan mendalam dalam membahas suatu tema atau pokok permasalahan.

Secara keseluruhan diagram alir penelitian disajikan melalui *fishbone diagram* seperti dalam Gambar 3.1 sebagai berikut:



Gambar 3.1 Fishbone Theory - Rancangan Model Analisis Beban Kerja WISN

3.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan pada UPTF Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor. Dimana implementasi model penelitian yakni menentukan nilai potensi respons masyarakat setempat terhadap kebijakan pemerintah daerah dalam program pelayanan publik terutama dalam meningkatkan layanan kesehatan masyarakat.

BAB IV

BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

4.1 Biaya Penelitian

Anggaran yang diajukan disusun secara rinci dengan mengikuti format

Tabel 4.1 sedangkan ringkasan anggaran biaya yang diajukan sebagai berikut:

Tabel 4.1 Format Ringkasan Anggaran Biaya Penelitian Stimulus Tahun 2018

No	Jenis Pengeluaran	Biaya Yang Diusulkan (Rp)	
		Bulan Ke-1	Bulan Ke-2
1	Honorarium untuk pelaksana, pengumpul data, pengolah data, penganalisis data, honor operator dan honor petugas administratif	525.000	525.000
2	Pembelian bahan habis pakai ATK, fotocopy, surat menurut, penggandaan laporan, penjilidan, sapras, peralatan penunjang lainnya	250.000	
3	Perjalanan suvery lapangan, konsumsi, dan transportasi	850.000	
4	publikasi jurnal ilmiah Indonesia terakreditasi.		1.100.000
Jumlah Keseluruhan		Rp 3.250.000	
Terbilang (sudah termasuk PPn)		Tiga Juta Dua Ratus Lima Ribu Rupiah	

4.2 Jadwal Penelitian

Jadwal peneliti disusun dalam bentuk diagram batang (*bar chart*) untuk rencana penelitian yang diajukan sebagaimana terlihat dalam tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.3 Jadwal Penelitian

No	JENIS KEGIATAN	BULAN 1				BULAN 2			
		1	2	3	4	1	2	3	4
A	TAHAP PERSIAPAN								
	a. Hasil Studi Terkait	■							
	b. Kajian Literatur	■							
	c. Peraturan Perundangan	■							
	d. Pengumpulan data primer		■						
	dari instansi, non-instansi								
	Tokoh masyarakat								
	e. Observasi Lapangan			■	■				
B	TAHAP PELAKSANAAN								
	Pengumpulan Data								
	a. Triangulasi					■			
	b. Reduksi data					■			
	a. Display Data					■			
	d. Verifikasi Data					■			
	e. Taksonomi Analisis						■		
C	Analisis Data								
	a. Rekapitulasi Hasil					■	■	■	
D	Laporan Akhir								
	a. Penyusunan Draft Laporan			■	■	■	■	■	
	b. Penyerahan Laporan Akhir							■	
	e. Revisi Laporan Akhir								■

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis Beban Kerja Tenaga Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan berhubungan dengan kinerja petugaskesehatan. Kemampuan kerja merupakan kemampuan, pengetahuan dan penguasaan tenaga kesehatan atas teknis pelaksanaan tugas yang diberikan. Dengan adanya kemampuan kerja, tenaga kesehatan dapat menyelesaikan pekerjaannya dengan baik sesuai dengan jatah waktu maupun target yang telah ditetapkan dalam program kerja. Kemampuan kerja memiliki kaitan erat dengan kinerja tenaga kesehatan karena kemampuan tenaga kesehatan merupakan faktor yang penting guna mendukung pencapaian hasil pekerjaan. Penilaian kemampuan kerja sangat penting bagi suatu organisasi karena dengan penilaian kemampuan tersebut suatu organisasi dapat melihat sampai sejauh mana faktor manusia dapat menunjang tujuan suatu organisasi. Penilaian terhadap kemampuan dapat memotivasi pegawai agar terdorong untuk bekerja lebih baik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum kemampuan tenaga kesehatan baik, hal ini disebabkan mayoritas tenaga kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor masih berada pada usia dewasa serta memiliki tingkat pendidikan yang masih sesuai dengan standar minimal untuk menjadi tenaga kesehatan yaitu tingkat pendidikan diploma. Usia yang masih dewasa sangat memungkinkan tenaga kesehatan dapat bekerja maksimal karena masih memiliki kemampuan fisik dan stamina untuk menyelesaikan tugas pokok dan fungsinya serta dengan tingkat pendidikan yang minimal diploma menjadi salah satu modal bagi tenaga

kesehatan untuk mudah memahami dan mengerjakan tugas yang diberikan kepadanya. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa kapasitas individu dalam menyelesaikan berbagai tugas dalam sebuah pekerjaan, kemampuan menyeluruh seorang pegawai meliputi kemampuan intelektual dan kemampuan fisik. Kemampuan intelektual dibutuhkan untuk menunjukkan aktivitas-aktivitas mental. Kemampuan fisik diperlukan untuk melakukan tugas yang menuntut stamina koordinasi tubuh atau keseimbangan, kekuatan, kecepatan dan kelenturan atau fleksibilitas tubuh.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suparman (2012) yang mengatakan bahwa ada hubungan dengan kemampuan kerja dengan kinerja pegawai di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor. Sejalan juga dengan penelitian yang lainnya yang mengatakan bahwa kemampuan ada keterkaitan dengan beban kerja dengan kinerja tenaga kesehatan. Beban kerja merupakan frekuensi kegiatan rata-rata dari masing-masing jenis pekerjaan dalam jangka waktu tertentu. Beban kerja adalah semua faktor yang menentukan orang yang sedang bekerja. Definisi lain tentang beban kerja adalah merupakan sebagian dari kapasitas kemampuan pekerjanya yang diberikan untuk mengerjakan tugasnya. Beban kerja berpengaruh terhadap kinerja individu dalam melaksanakan pekerjaan yang dilakukan. Beban kerja tidak hanya dilihat dari beban fisik semata akan tetapi beban kerja juga bisa berupa beban mental. Pekerja yang mempunyai beban kerja yang berlebihan akan menurunkan produktivitas dan kualitas hasil kerja, dan ada kemungkinan dalam pelaksanaan pekerjaan tidak tepat waktu, kurang memuaskan dan mengakibatkan kekecewaan. Beban kerja berlebih dan beban kerja terlalu sedikit merupakan pembangkit stres, beban kerja dapat dibedakan lebih lanjut ke dalam beban kerja berlebih atau terlalu sedikit yaitu kuantitatif yang timbul sebagai akibat dari tugas yang terlalu banyak/sedikit diberikan kepada tenaga kerja untuk diselesaikan pada waktu

tertentu dan bebankerja kualitatif yaitu jika orang merasa tidak mampu untuk melakukan suatu tugas.

Kemampuan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya akan sangat berbeda antaraorang yang satu dengan orang yang lain, hal tersebut bisa juga dipengaruhi oleh adanya kegiatanatau tugas tambahan yang melebihi kemampuanseorang tenaga kesehatan. Keterbatasan tenagakesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor khususnyapada beberapa bagian tertentu menjadi salah satufokus perhatian pimpinan untuk mencarikan solusiatau jalan keluar. Salah satu solusi yang ditawarkan adalah dengan acara memperbantukan tenagakesehatan dari bagian lain untuk menyelesaikanbeberapa pekerjaan tersebut.

Ditambah lagi padaakhir tahun 2018, semua tenaga kesehatan disibukkan dengan persiapan akreditasi puskesmassehingga fokus tenaga dan pikiran lebih banyakpada persiapan akreditasi tersebut. Semua hal initerakumulasi pada beberapa tenaga kesehatan sehingga beberapa orang memiliki beban kerja yangberlebih walaupun pada akhirnya semua tenagakesehatan dapat melaksanakan tugasnya denganbaik sesuai dengan target yang telah ditentukandengan mengedepankan aspek kerjasama. Walaupun sebagian besar tenagakesehatan mempunyai tugas tambahan akan tetapihal ini tidak berpengaruh terhadap pelaksanaan tugas pokoknya sehingga semua tugas dapat dilaksanakan dengan baik. Akan tetapi dalam pelaksanaan tugas pokok dan tambahan bisa terlaksana denganbaik.

Disiplin adalah sikap kesediaan dankerelaan seseorang untuk mematuhi dan menaatinorma-norma peraturan yang berlaku disekitarnya. Disipilin merupakan perilaku tenaga kesehatandalam menggunakan dan memanfaatkan waktukerja, baik dari segi absensi, ketepatan waktu danpemanfaatan waktu. Dalam instansi kesehatan, disiplin waktu menentukan kualitas kerja dalam prioritas pelayanan kesehatan.Hal ini

akan menjadimasalah jika penggunaan waktu yang kurang tepat tentunya pelayanan akan tertunda dan mencerminkan tenaga kesehatan belum semaksimal mungkin membantu dalam proses penyembuhan klien bahkan sebaliknya dapat menjadi masalah bagikita sebagai profesi kesehatan dimata masyarakat.

Maka dapat pula disimpulkan bahwa disiplin waktu merupakan suatu sikap kewajiban yang dimiliki oleh seseorang untuk mengikuti, mematuhi, menaati dan memanfaatkan aturan standar yang berlaku dalam lingkungan organisasi. Mayoritas tenaga kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal memiliki disiplin kerja yang disiplin mereka memiliki tingkat absensi yang baik, ketepatan waktu datang dan pulang kantor sesuai dengan jadwal serta mereka mampu memanfaatkan waktu sebaik mungkin ketika berada di puskesmas. Disiplin kerja yang dilaksanakan tenaga kesehatan berdampak pada kinerja tenaga kesehatan yang mampu menyelesaikan tugas dan fungsinya dengan baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indra (2010) yang mengatakan bahwa ada pengaruh ketepatan waktu (disiplin) adanya peran responden yang memiliki kinerja kurang dengan ketaatan yang cukup. Hal ini berarti bahwa tenaga kesehatan yang memiliki ketaatan yang baik akan berpengaruh pada kinerja yang baik pula.

5.1.1 Analisis Beban Kerja Tenaga Kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor

Penelitian ini menggunakan aktivitas dan waktu yang digunakan perawat pelaksana selama dilakukan pengamatan dengan formulir work sampling. Aktivitas yang dilakukan terbagi menjadi empat, yaitu jenis kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung, kegiatan pribadi dan kegiatan non produktif.

Tabel 4.1

**Distribusi Jumlah Tenaga Kesehatan Dan Jumlah Pasien di
Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor**

No	Hari/Tanggal	Shift			
		Pagi-Siang 08:00-14:00		(IGD) 14:00-08:00	
		Perawat	Pasien	Perawat	Pasien
1	Senin, 4-01-2019	7	36	2	3
2	Selasa, 5-01-2019	7	36	2	5
3	Rabu, 6-01-2019	7	40	2	2
4	Kamis, 7-01-2019	7	45	2	5
5	Jumat, 8-01-2019	7	49	2	4
6	Sabtu, 9-01-2019	7	43	2	4
7	Minggu, 10-01-2019	7	42	2	3
Rata-Rata		7	42	2	3

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2019

Pada Tabel 1 Terlihat bahwa rata-rata jumlah perawat masing-masing *shift* sama yaitu sebanyak tujuh orang. Pada hari rabu, kamis dan jumat terjadi kenaikan pasien yaitu sebanyak 40 orang, 45 orang dan 49 orang dan terjadi penurunan kembali terjadi pada hari minggu sebanyak 42 orang. Rata-rata jumlah kunjungan pasien di Puskesmas Tanah Soreal Kota Bogor adalah 42 orang dan khusus IGD rata-rata 3 orang

1. Jumlah waktu kegiatan Keperawatan Langsung

Jumlah waktu kegiatan keperawatan dilakukan selama tujuh hari mulai 13 Maret 2017 sampai 18 maret 2017 di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor dan mendapatkan hasil jumlah waktu kegiatan perawat pelaksana. Jumlah waktu tersebut dapat menggambarkan besar beban kerja perawat pelaksana di instalasi rawat inap selama tujuh hari kerja selama 24 jam. Berikut tabel jumlah waktu kegiatan perawat pelaksana (Kegiatan Keperawatan Langsung, Kegiatan Keperawatan Tidak langsung, Kegiatan Pribadi, dan kegiatan Non Produktif) :

**Tabel 4.2
Gambaran Jumlah waktu Kegiatan Perawat Pelaksana dalam Kegiatan Keperawatan Langsung Selama Tujuh Hari Kerja**

Kegiatan Keperawatan Langsung	Shift					
	(Pagi) Menit	%	(Siang) Menit	%	(Malam) Menit	%
Mengukur suhu nadi, dan tekanan darah	35	1,5	200	6,3	700	20,5
Melakukan perekaman EKG	160	6,9	20	0,6	10	0,3
Perawatan Luka	130	5,6	80	2,5	10	0,3
Menggantikan cairan infus	190	8,2	240	7,5	680	19,9
Menggantikan Balutan	180	7,7	90	2,8	15	0,4
Memasang Infus	70	3,0	125	3,9	0	0,0
Memeriksa gula darah	25	1,1	0	0,0	0	0,0
Memberikan obat oral dan injeksi	355	15,3	415	13,1	260	7,6
Pemasangan gelang identifikasi	30	1,3	0	0,0	0	0,0
Pengambilan darah	65	2,8	225	7,1	85	2,5
Perawatan keliling ruangan observasi pasien	565	24,3	695	21,9	1245	36,5
Mengontrol infus	155	6,7	100	3,1	155	4,5
Mengganti baju/pampers	20	0,9	50	1,6	50	1,5
Membersihkan tempat tidur	200	8,6	135	4,2	5	0,1
Mengantar/memindahkan pasien ketempat lain	60	2,6	80	2,5	0	0,0
Menerima pasien ruangan lain	0	0,0	175	5,5	100	2,9
Pendidikan kesehatan	30	1,3	460	14,5	100	2,9
Memasang cateter urin, observasi	25	1,1	30	0,9	0	0,0
Memeriksa slading scale	10	0,4	20	0,6	0	0,0
Fisioterapi dada	20	0,9	10	0,3	0	0,0
Menghitung balance cairan	0	0,0	30	0,9	0	0,0
Jumlah	2325	100,0	3180	100,0	3415	100,0

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2019

Pada table 2 didapatkan penggunaan waktu untuk kegiatan keperawatan langsung pada perawatan pelaksana selama tujuh hari terbanyak ada pada shift malam dengan jumlah waktu kegiatan sebesar 3415 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu perawat keliling mengobservasi pasien sebesar 1245 menit atau 36,5%. Penggunaan waktu terbanyak kedua ada pada shift siang yaitu sebesar 3180 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu perawat keliling ruangan mengobservasi pasien sebesar 695 menit atau 21,95%. Penggunaan waktu terbanyak ketiga ada pada shift pagi yaitu sebesar 2325 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu perawatan keliling ruangan mengobservasi pasien sebesar 565 menit atau 24,3%.

2. Jumlah Waktu Kegiatan Keperawatan Tidak Langsung

Tabel 4.3
Gambaran Jumlah waktu Kegiatan Perawat Pelaksana dalam Kegiatan Keperawatan Tidak Langsung Selama Tujuh Hari Kerja

Kegiatan Keperawatan Tidak Langsung	Shift					
	(Pagi) Menit	%	(Siang) Menit	%	(Malam) Menit	%
Mengisi dan melengkapi formulir pasien	110	3,1	320	80	200	5,3
Mengecek status pasien	1170	33,0	1160	28,8	1365	36,4
Membuat laporan tugas	920	25,9	1120	27,8	905	24,2
Membereskan administrasi pasien pulang	80	2,3	75	1,9	0	0,0
Menerima telpon kantor	125	3,5	150	3,7	40	1,1
Berkomunikasi dengan dokter	185	5,2	230	5,7	10	0,3
Menyiapi dan membersihkan alat tindakan	185	8,0	225	5,6	450	12,0
Menyiapkan obat oral dan injeksi	325	9,2	565	14,0	525	14,0
Membuat daftar permintaan makanan	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Menulis resep pasien	40	1,1	40	1,0	10	0,3
Laporan shift	105	3,0	115	2,9	210	5,6
Menulis instruksi dokter	35	1,0	25	0,6	30	0,8
Visit dokter	170	4,8	0	0,0	0	0,0
Jumlah	3550	100,0	4025	100,0	3745	100,0

Pada Tabel 3 diperoleh bahwa penggunaan waktu untuk kegiatan keperawatan tidak langsung pada perawat pelaksana di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor RSUD Siti Aisyah Lubuklinggau selamatujuh hari terbanyak ada pada shift malam dengan jumlah waktu kegiatan sebesar 3745 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu mengecek status pasien sebesar 1365 menit atau 36,4%. Penggunaan waktu terbanyak kedua ada pada shift dengan jumlah waktu kegiatan sebesar 4025 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu mengecek status pasien 1160 menit atau 28,8%. Penggunaan waktu terbanyak ketiga ada pada shift pagi dengan jumlah waktu kegiatan sebesar 3550 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu mengecek status pasien sebesar 1170 menit atau 33%.

3. Jumlah Waktu Kegiatan Keperawatan Pribadi

Tabel 4.4
Gambaran Jumlah waktu Kegiatan Perawat Pelaksana dalam Kegiatan Pribadi Selama Tujuh Hari Kerja.

Kegiatan Keperawatan Pribadi	Shift					
	(Pagi) Menit	%	(Siang) Menit	%	(Malam) Menit	%
Makan	135	11,0	230	24,6	130	28,6
Minum	0	0,0	20	2,1	0	0,0
Ibadah	85	6,9	135	14,4	30	6,6
Pergi ke toilet	15	1,2	35	3,7	35	7,7
Duduk di Nurse Station	995	80,9	515	55,1	255	56,0
Tidur Istirahat	0	0,0	0	0,0	5	1,1
Jumlah	1230	100,0	935	100,0	455	100,0

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2019

Pada tabel 4 diketahui bahwa penggunaan waktu untuk kegiatan pribadi pada perawat pelaksana selama tujuh hari terbanyak ada pada shift pagi dengan jumlah waktu kegiatan sebesar 1230 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu duduk di nurse station sebesar 995 menit atau 80,9%. Penggunaan waktu terbanyak kedua ada pada shift siang dengan jumlah waktu kegiatan sebesar 935 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu duduk di nurse station sebesar 515 menit atau 55,1%. Penggunaan waktu terbanyak ketiga ada pada shift malam dengan jumlah waktu kegiatan sebesar 455 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu duduk di nurse station sebesar 255 menit atau 56%.

4. Jumlah Waktu Kegiatan Keperawatan Non Produktif

Tabel 4.5
Gambaran Jumlah waktu Kegiatan Perawat Pelaksana dalam Kegiatan Non Produktif Selama Tujuh Hari Kerja

Kegiatan Keperawatan Non Produktif	shift					
	(Pagi) Menit	%	(Siang) Menit	%	(Malam) Menit	%
Menonton TV	0	0	35	10,6	65	40,6
Mengobrol	75	83,3	130	39,4	50	31,3
Telepon Urusan Pribadi	0	0	45	13,6	45	28,1
Membaca koran	15	16,7	0	0,0	0	0,0
Pergi keluar ruangan untuk keperluan pribadi	0	0	120	36,4	0	0,0
Datang terlambat	0	0	0	0,0	0	0,0
Pulang lebih awal	0	0	0	0,0	0	0,0
Jumlah	90	100	330	100,0	160	100,0

Sumber: Hasil pengolahan Data, 2019

Pada tabel 4.5 diketahui bahwa penggunaan waktu untuk kegiatan non produktif pada perawat pelaksana di Poned Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor selama tujuh hari terbanyak ada pada shift siang dengan jumlah waktu kegiatan sebesar 330 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu mengobrol sebesar 130 menit 39,4%. Penggunaan waktu terbanyak kedua ada pada shift malam dengan jumlah waktu kegiatan sebesar 160 menit dengan kegiatan terbanyak yaitu menonton TV sebesar 65 menit atau 40,6%. Penggunaan waktu terbanyak ketiga ada pada shift pagi dengan kegiatan terbanyak yaitu mengobrol sebesar 75 menit.

Tabel.4.6
Penggunaan Waktu Kerja Perawat Pelaksana Instalasi Poned dengan Menggunakan Metode Work Sampling di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor

Kegiatan Keperawatan	Pagi		Siang		Malam		Total	
	Menit	%	Menit	%	Menit	%	Menit	%
Kegiatan Keperawatan Langsung	2325	32,3	3180	37,5	3415	43,9	8920	38,1
Kegiatan Keperawatan Tidak Langsung	3550	49,3	4025	47,5	3745	48,2	11320	48,3
Kegiatan Pribadi	1230	17,1	935	11,0	455	5,9	2620	11,2
Kegiatan Non Produktif	90	1,3	330	3,9	160	2,1	580	2,5
Jumlah	7195	100,0	8470	100,0	7775	100,0	23440	100,0

Sumber: Hasil Pengolahan Data, 2019

Dari total penggunaan waktu oleh perawat selama dilakukan pengamatan, didapatkan bahwa penggunaan waktu untuk kegiatan keperawatan langsung oleh perawat pelaksana di Poned Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor yaitu sebesar 38,1%, kegiatan keperawatan tidak langsung 48,3%, kegiatan pribadi sebesar 11,2%, serta kegiatan non produktif sebesar 2,5%. Hal ini menunjukkan bahwa kegiatan yang lebih banyak dilakukan oleh perawat adalah kegiatan keperawatan tidak langsung. Hal ini disebabkan, karena kegiatan keperawatan tidak langsung. Hal ini disebabkan, karena

kegiatan keperawatan tidak langsung memang banyak dan harus diselesaikan sesuai dengan prosedur.

Untuk selanjutnya, kegiatan produktif tidak langsung oleh peneliti dimasukkan sebagai komponen beban kerja perawat karena kegiatan tersebut merupakan kegiatan yang tidak mungkin dihindari dan masih berhubungan dengan kebutuhan dan kepentingan pasien. Bila dijumlahkan antara waktu kegiatan keperawatan langsung dan kegiatan keperawatan tidak langsung sebagai beban kerja perawat, maka, proporsional waktu yang diperoleh adalah sebesar 86,4%. Menurut Ilyas (2012) dengan *International Labour Organization* (2011) menyatakan bahwa waktu kerja yang produktif berkisar 80% dan jika pekerja sudah bekerja di atas 80% waktu produktifnya, maka perlu dipertimbangkan dan memperhatikan bahwa unit tersebut benar-benar membutuhkan tenaga baru. Berdasarkan teori di atas hasil waktu kegiatan keperawatan perawat mencapai 86,4%, maka pada tenaga kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor perlu diadakan penambahan tenaga.

Hasil analisis perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor dengan menggunakan metode *Workload Indicator Staff Need* (WISN) diperoleh: Waktu Kerja Tersedia Tenaga Medis, Jumlah hari kerja bagi tenaga kesehatan adalah 5 hari per minggu atau 259 hari dalam 1 tahun di 2017. Hari libur nasional berdasarkan Keputusan Bersama Menteri terkait tentang Libur Nasional dan Cuti Bersama tahun 2018 ditetapkan 16 hari dan 3 hari untuk cuti bersama. Jumlah ketidakhadiran kerja dengan alasan sakit dan tidakmasuk kerja dengan alasan lain dihitung dari total jumlah ketidakhadiran selama 1 tahun. Waktu kerja efektif bagi tenaga para-medis di poliklinik adalah 6 jam/hari, Hasil olah data menunjukkan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh tenaga kesehatan Puskesmas berbeda setiap petugas.

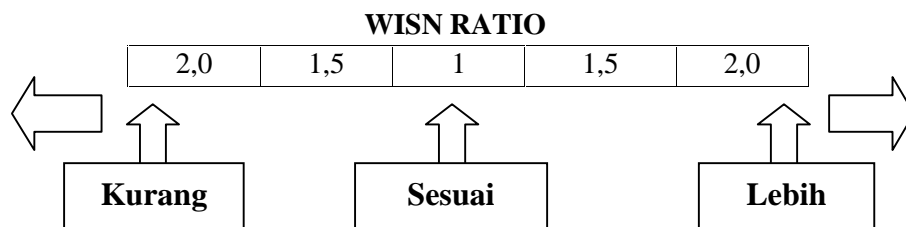
Salah factor yang mempengaruhi adanya perbedaan waktu kerja yang tersedia adalah ketidakhadiran kerja pada hari kerja yang berbeda pada setiap petugas.

4. Analisis Kesenjangan Tenaga Kesehatan (Hasil Proposisi 4)

Kesenjangan antara kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan WISN dengan jumlah tenaga perawat yang tersedia saat ini

Tabel 4.13. Kesenjangan Tenaga Yang ada Dengan Kebutuhan Berdasarkan WISN

Tenaga yang ada (a)	Kebutuhan Tenaga (b)	Kekurangan/Lebih (a-b)	WISN Ratio a/b	Keadaan masalah tenaga
35	43,35	-8,35	0,8	Kurang Staf



Berdasarkan perhitungan di atas, didapatkan bahwa ratio WISN tenaga perawat pelaksana di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor RSUD X sebesar 0,8 yang artinya adalah jumlah tenaga saat ini lebih kecil dibanding dengan jumlah tenaga yang dibutuhkan untuk menjalankan beban kerja yang ada. Hal ini menunjukkan bahwa perlu adanya penambahan tenaga perawat sebanyak 9 orang dari jumlah yang ada sebanyak 35 orang untuk menciptakan keadaan yang seimbang.

Dari hasil proposisi 1 dapat diketahui bahwa jumlah waktu kegiatan keperawatan langsung adalah 38,1% dan jumlah waktu kegiatan keperawatan tidak langsung adalah 48,3%, sedangkan jumlah waktu kegiatan pribadi sebesar 11,2% dan jumlah waktu kegiatan non produktif yang digunakan oleh perawat sebesar 2,5%. Untuk selanjutnya, kegiatan produktif tidak langsung oleh peneliti dimasukan sebagai komponen beban kerja perawat karena kegiatan tersebut merupakan kegiatan yang tidak mungkin dihindari dan masih berhubungan dengan kebutuhan dan kepentingan pasien dan perawat. Bila dijumlahkan antara waktu kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan kegiatan pribadi sebagai beban kerja perawat, maka proporsi waktu yang diperoleh adalah sebesar 86,4%.

Jumlah kunjungan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor pada tahun 2016 mencapai angka 4337 pasien dan berdasarkan data rumah sakit per bulan Maret 2017 jumlah kunjungan Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor sudah mencapai 2.472 pasien. Angka ini merupakan angka tertinggi dibandingkan dengan ruang rawat inap lainnya. Dengan tingginya kunjungan pasien dan kurangnya tenaga perawat, bisa menyebabkan beban kerja yang berlebihan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam Bagian SDM terkait beban kerja di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor menyatakan bahwa beban kerja di ruangan berlebih karena masih kurangnya tenaga perawat yang seharusnya setiap *shift* itu ada delapan orang perawat, namun kenyataan yang sekarang adalah enam di setiap *shift* nya.

Kegiatan terbanyak yang dilakukan oleh perawat di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor adalah kegiatan keperawatan tidak langsung dengan persentase sebesar 48,3%. Tingginya pelaksanaan kegiatan keperawatan tidak langsung dikarenakan kegiatan ini merupakan kegiatan pelaporan rutin perawat yang harus dilaporkan kepada kepala ruangan terkait jumlah pasien, kondisi pasien, dan tindakan keperawatan. Kegiatan keperawatan tidak langsung ini terbanyak ada pada *shift* siang dengan jumlah waktu kegiatan sebesar 4025 menit. Kemudian kegiatan keperawatan yang banyak menyita waktu perawat adalah kegiatan mengecek status pasien (28,8%) dan membuat laporan tugas (27,8%).

Selain pelaporan dan pengecekan, kegiatan lain yang banyak menyita waktu perawat adalah menyiapkan obat oral dan injeksi (14%) dan mengisi formulir pasien (8%). Tingginya waktu kegiatan keperawatan tidak langsung pada *shift* siang ini menggambarkan menumpuknya kegiatan seperti pelaporan, pengecekan dan persiapan alat tindakan dan obat yang dilakukan pada siang hari untuk persiapan kegiatan di *shift* selanjutnya. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan 1 menyatakan bahwa kegiatan terbanyak ada pada *shift* siang dan malam. Banyaknya pasien baru dan pasien yang baru selesai dari kamar operasi. Sehingga kegiatan pada *shift* siang dan malam banyak sehingga menyebabkan adanya keterlambatan pelayanan.

Distribusi beban kerja perawat di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor ini bervariasi disetiap *shift* nya dimana kegiatan keperawatan langsung terbanyak ada pada *shift* malam dan

siang dengan persentase sebesar 43,9% untuk kegiatan keperawatan langsung 48,2% untuk kegiatan keperawatan tidak langsung, 5,9% untuk kegiatan pribadi, dan 2,1% untuk kegiatan non produktif. Pada saat penelitian berlangsung peneliti melihat adanya keaktifan dari keluarga pasien terkait kondisi pasien yang membutuhkan tindakan keperawatan seperti menggantikan cairan infus, mengontrol cairan infus dan mengontrol keadaan luka pasien. Perawat di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor juga menghimbau kepada keluarga pasien agar membantu mengawasi kondisi pasien dikarenakan jumlah perawat yang sedikit sehingga belum mampu memantau kondisi pasien secara berkala. Beban kerja perawat tersebut dapat dijadikan dasar dalam perhitungan jumlah kebutuhan tenaga perawat di instansi rawat inap. Namun demikian, hasil penelitian masih menunjukkan beberapa faktor menghambat dalam peningkatan kualitas pelayanan pasien disebabkan oleh faktor sebagai berikut:

1. Budaya kerja

Budaya kerja adalah filosofi dasar organisasi yang memuat keyakinan, norma-norma, dan nilai-nilai bersama yang menjadi karakteristik inti tentang bagaimana melakukan sesuatu dalam organisasi. Keyakinan, norma-norma, dan nilai-nilai tersebut menjadi pegangan semua sumber daya manusia dalam organisasi dalam melaksanakan kinerjanya (Wijaya, 2011).

Kinerja staf yang baik memiliki korelasi yang positif dengan peningkatan kualitas pelayanan Pasien di Puskesmas Tanah Sareal. Hal yang dapat dilakukan adalah memperbaiki budaya kerja perawat yang masih rendah dengan meningkatkan disiplin perawat dalam kehadirannya ditempat kerja. Menerapkan budaya kerja dengan membentuk pribadi yang menawan dengan menerapkan 5R (Ringkas, rapi, rawat, resik, rajin) dan 5S (Salam, Sapa, Senyum, Sopan, Santun), dapat memberikan pelatihan kepada perawat tentang pembuatan laporan atau asuhan keperawatan.

2. Sumber Daya Manusia

Puskesmas Tanah Sareal merupakan rumah sakit rujukan di Kota Lubuklinggau. Salah satu hal yang terjadi adalah jumlah pasien yang datang berobat ke RSUD X sangat banyak. Belum tentu diimbangi dengan penambahan jumlah sumber daya yang ada, khususnya sumber daya manusia (petugas). Semakin banyak jumlah pasien, dan sumber daya manusia yang tidak berimbang, dikhawatirkan dapat menimbulkan beban kerja yang tinggi pada petugas dan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan. perlu dilakukan kajian terhadap *job description* yang dimiliki oleh staf untuk dapat diketahui dengan benar bahwa jumlah pasien belum sesuai dengan jumlah petugas.

Upaya yang dilakukan dalam mengoptimalkan sumber daya adalah mengatur shift kerja staf dengan sebaik-baiknya dan membuat sistem kerja yang lebih efektif dan efisien, misalnya mengembangkan sistem komunikasi dan konsultasi yang baik dengan atasan melalui email untuk menghemat waktu dalam penyelesaian pekerjaan.

3. Kesesuaian imbalan finansial dengan beban kerja.

Kompensasi merupakan hal yang penting dalam Rumah sakit. Beberapa alasan mendasari pendapat ini antara lain karena: seringkali imbalan adalah merupakan biaya dengan proporsi terbesar yang harus dikeluarkan oleh rumah sakit. Bisa merupakan daya tarik untuk mendapatkan pegawai yang baik (bermutu), bisa menjadi perangsang bagi pegawai untuk meningkatkan prestasi kerjanya bisa menghindari munculnya ketidakpuasan kerja, atau dengan kata lain bisa meningkatkan motivasi kerja serta loyalitas karyawan terhadap Rumah Sakit.

Teori yang dikemukakan oleh Koesmono (2007) sejalan dengan pernyataan dari Informan yang menyatakan bahwa faktor keadilan berdasarkan kontribusinya terhadap pekerjaan (kinerja) digunakan sebagai pedoman dalam pemberian imbalan finansial bagi staf dalam meningkatkan kinerja dan kualitas pelayanan di Puskesmas

Tanah Sareal upaya yang dilakukan hendaknya mempertimbangkan lagi antara imbalan finansial dan beban kerja dengan meningkatkan imbalan untuk perawat agar menjadi motivasi bagi perawat untuk melakukan tanggung jawabnya sebagai perawat.

Dalam penelitian ini, pengamat melakukan pengamatan seluruh kegiatan keperawatan yaitu kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung, kegiatan pribadi dan kegiatan non produktif di Puskesmas Tanah Sareal. Dengan demikian peneliti berharap mendapatkan gambaran beban kerja yang di alami di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor . Selanjutnya jumlah beban kerja yang didapatkan selama tujuh hari pengamatan digunakan untuk menentukan jumlah kebutuhan tenaga perawat dengan menggunakan metode *Wokload indicator staff Need* (WISN). Dalam menggunakan rumus ini, peneliti harus melalui lima langkah diantaranya.

1. Menetapkan Waktu Kerja Tersedia

Waktu kerja tersedia perawat di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor dalam satu tahun 238 hari atau 1902 jam atau 114,096 menit. Artinya waktu tersebut seharusnya lebih banyak digunakan perawat untuk menjalankan kegiatan pokoknya. Variable untuk perhitungan waktu kerja tersedia ini didapatkan dari total jumlah hari kerja dalam satu tahun dikurangi dengan jumlah hari libur dan cuti tahunan, pendidikan dan pelatihan. Rata-rata ketidakhadiran kerja dalam setahun. Kemudian didapatlah jumlah waktu kerja tersedia bagi perawat di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor.

2. Menetapkan Unit kerja dan kategori SDM yang diteliti

Langkah selanjutnya dalam menentukan jumlah kebutuhan SDM adalah dengan menetapkan unit kerja dan kategori SDM yang diteliti. Berdasarkan analisis situasi, pada peneliti ini peneliti memilih unit kerja di Puskesmas Tanah Sareal dengan

kategori SDM yaitu perawat pelaksana pada Kelas Poned. Dimana adanya kesenjangan jumlah perawat pelaksana dengan jumlah tempat tidur adalah 5 dengan jumlah pasien terbanyak per bulan Maret 2019 pasien oleh karena itu peneliti ingin memperoleh gambaran jumlah kebutuhan SDM yang Ideal dengan menganalisis beban Kerja nyata dari perawat pelaksana.

3. Menyusun standar beban kerja

Untuk menyusun standar beban kerja ini, peneliti membutuhkan rata-rata waktu kegiatan keperawatan langsung yang dimiliki oleh Puskesmas Tanah Sareal kemudian dihitung dengan jumlah waktu kerja tersedia dibagi rata-rata waktu kegiatan, maka, didapatkanlah hasil standar beban kerja perawat setiap jenis kegiatannya.

4. Menyusun Standar Kelonggaran

Setelah didapatkan standar beban kerja perawat, perhitungan selanjutnya adalah menentukan standar kelonggaran dimana waktu kelonggaran merupakan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan lain yang tidak berhubungan tapi bermanfaat bagi personil yang ada. Standar kelonggaran dibagi menjadi dua kategori yaitu standar kelonggaran terkait kegiatan seperti rapat ruangan, diskusi kasus bulanan, segala kegiatan administrasi dan standar kelonggaran individu seperti waktu untuk pendidikan dan pelatihan serta cuti hamil.

Menurut kurnadi (2013) menyebutkan bahwa rapat keperawatan merupakan bentuk komunikasi yang terjadi antara perawat dalam satu ruangan. Hal-hal yang dibahas/dikomunikasikan dalam rapat keperawatan tergantung dari permasalahan yang diangkat. Selain itu, rapat keperawatan membahas segala hal yang terkait dengan pemberian asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh perawat kepada pasien. Dari

telaah dokumen di bagian keperawatan dan sub bagian Keperawatan berdasarkan perhitungan didapatkan standar kelonggaran perawat adalah 1,58.

5. Perhitungan Jumlah Kebutuhan SDM

Hasil perhitungan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan metode *Workload Indicator Staff Need* (WISN) menunjukkan bahwa jumlah kebutuhan tenaga perawat untuk Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor adalah sebanyak 4 orang. Sedangkan jumlah perawat saat ini adalah sebanyak 6 orang, hal ini menunjukkan bahwa instalasi rawat inap tulip membutuhkan penambahan tenaga perawat sebanyak 3 orang. Jika dilihat dari hasil perhitungan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan metode *Workload Indicator Staff Need* (WISN), jumlah tenaga yang tersedia baru hanya memenuhi 83% dari total tenaga perawat ideal. Dan hal ini dapat mengakibatkan pengaruh buruk pelayanan rumah sakit karena dengan kurangnya tenaga dengan beban kerja yang banyak dapat mengakibatkan stress kerja yang berakibat buruk terhadap keselamatan pasien..

Kurangnya jumlah tenaga perawat di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor ini dapat disebabkan oleh keadaan rumah sakit yang belum memungkinkan untuk mengadakan penambahan tenaga baru. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan 1. Instalasi Rawat Inap sudah mengajukan permohonan pengadaan tenaga baru namun belum ditindak lanjuti karena untuk penambahan tenaga akan berhubungan dengan kesiapan rumah sakit terkait anggaran. Menurut Ilyas (2006), tenaga adalah salah satu yang pengadaanya tidak bisa seketika. Bila tersedia, perlu ada penyesuaian sebelum bisa digunakan dengan optimal dan semua ini membutuhkan waktu. Sehingga perencanaan tenaga harus dilakukan dengan visi yang jauh.

Dengan menggunakan metode *Workload Indicator Staff Need* (WISN) ini rumah sakit dapat mengetahui jumlah kebutuhan tenaga perawat dengan tepat karena

berdasarkan beban kerja nyata perawat. oleh karena itu diharapkan dapat mengadopsi metode ini dalam menentukan jumlah kebutuhan tenaga perawat yang ideal.

Ratio WISN tenaga perawat pelaksana di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor sebesar 0,8 yang artinya adalah jumlah tenaga saat ini lebih kecil dibanding dengan jumlah tenaga yang dibutuhkan untuk menjalankan beban kerja yang ada. Hal ini menunjukkan bahwa perlu adanya penambahan tenaga perawat sebanyak 6 orang dari jumlah yang ada sebanyak 5 orang untuk menciptakan keadaan yang seimbang.

Kesenjangan antara kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan WISN dengan jumlah tenaga perawat yang tersedia saat ini dapat di lihat dari rasion WISN. Ratio WISN merupakan suatu ukuran “pengganti” bagi tekanan kerja yang dialami tenaga kesehatan dalam pekerjaan sehari-hari mereka di suatu fasilitas kesehatan. Sebuah ratio WISN bernilai satu (1) menunjukkan bahwa jumlah staf dan beban kerja di suatu fasilitas kesehatan berada dalam keadaan seimbang. Semakin kecil ratio WISN, semakin besar tekanan beban kerja. Ratio WISN yang kecil menunjukkan bahwa staf saat ini lebih kecil dari pada yang dibutuhkan untuk mengatasi beban kerja yang ada. Sebaliknya, ratio WISN yang besar membuktikan adanya kelebihan staf apabila dibandingkan terhadap beban kerja.

Metode WISN digunakan untuk menghitung kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan beban kerja tenaga kesehatan dengan standar aktivitas yang diterapkan pada setiap komponen kegiatan. Beban kerja yang dimaksud pada perhitungan dengan metode WISN adalah beban kerja obyektif. Perhitungan metode WISN menggunakan standar kegiatan satu tahun kerja sehingga pasti akan menggunakan data sekunder yang mungkin belum bisa dijamin kelengkapannya. Kekurangan pada saat pengambilan data data tersebut membuat dalam aplikasi metode WISN peneliti diharuskan lebih cermat dan tidak terkecoh pada hasil akhir saja. Perlu dilakukan perhitungan beban kerja

obyektif untuk melihat kondisi beban kerja yang sesungguhnya sehingga tidak terjadi kesalahan interpretasi hasil dari perhitungan WISN. Jumlah ketersediaan tenaga yang ideal adalah jumlah ketersediaan yang sesuai dengan jumlah kebutuhan tenaga sehingga tenaga memiliki beban kerja yang ideal.

Jumlah ketersediaan tenaga medis, kebidanan, dan keperawatan Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor berdasarkan perhitungan metode WISN dapat dilihat pada Tabel 1. Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa terdapat ketidaksesuaian antara jumlah ketersediaan dan jumlah kebutuhan tenaga khususnya pada kategori tenaga bidan kelurahan dan perawat. Jumlah ketersediaan dan jumlah kebutuhan perawat terdapat selisih kekurangan, sedangkan untuk bidan kelurahan terdapat selisih kelebihan. Terjadinya kekurangan maupun kelebihan tenaga kerja dapat dilihat dari beban kerja pekerja. Beban kerja dapat dihitung dengan mengetahui seluruh kegiatan yang dilaksanakan pekerja pada saat jam kerja. Komponen kegiatan yang dilaksanakan tenaga medis, kebidanan, dan keperawatan dapat dilihat pada Tabel 2. Jumlah ketersediaan perawat lebih kecil dibandingkan dengan kebutuhannya karena secara riil rata-rata perawat memang tidak mengerjakan tugas pokok yang dimilikinya saja namun juga melakukan kegiatan di luar tugas pokoknya seperti menggantikan dokter umum melaksanakan pelayanan kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor dan melaksanakan kegiatan registrasi pasien, membantu administrasi pembuatan surat rujukan pasien, membantu pelayanan di bagian farmasi, yang sebenarnya kegiatan-kegiatan tersebut adalah bukan merupakan tugas pokok perawat (dapat dilihat pada Tabel 2).

Berbeda dengan kondisi jumlah ketersediaan dan kebutuhan perawat, jumlah kebutuhan bidan kelurahan lebih sedikit bila dibandingkan dengan jumlah ketersediaan. Jumlah kebutuhan bidan kelurahan sebanyak 1 orang sedangkan jumlah ketersediaan

bidan kelurahan ada 2 orang. Hal ini berarti 1 bidan kelurahan tidak terpakai samasekali namun pihak Puskesmas perlu mengatur kembali pembagian tugas agar bidan kelurahan bisa difungsikan secara optimal, mengingat Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor pun sebenarnya membutuhkan tenaga bidan untuk memaksimalkan pelayanannya. Perlu diperhatikan bahwa perhitungan menggunakan metode WISN ini menggunakan kuantitas kegiatan 1 tahun terakhir ke belakang, sedangkan 1 tahun terakhir ini bidan kelurahan tidak bisa melaksanakan pelayanan kebidanan dengan optimal dikarenakan gedung tempat pelayanan di kelurahan sedang dalam masa perbaikan.

Diharapkan apabila bidan kelurahan sudah tidak memiliki hambatan lagi untuk melaksanakan pelayanan kebidanan di dalam maupun di luar gedung jumlah bidan kelurahan yang sebanyak 2 tersebut dapat dimanfaatkan dengan baik oleh pihak Puskesmas untuk meningkatkan mutu layanan. Perhitungan jumlah kebutuhan tenaga yang didapatkan dari metode WISN yang hanya berdasarkan aktivitas riil saja bukan berdasarkan aktivitas ideal yang berdasarkan pada kegiatan *job analysis*. Hal tersebutlah yang menjadikan berkurangnya keakuratan pada metode WISN. Penggunaan metode WISN harus disertai dengan analisis yang kuat dan tidak mudah terkecoh dengan hasil akhir yang didapatkan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa penggunaan metode WISN dapat menghasilkan hasil yang akurat apabila kategori tenaga yang dihitung sudah melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan tupoksi yang dibuat dari hasil analisis jabatan (*job analysis*).

Perhitungan berdasarkan beban kerja riil pada metode WISN memiliki kelebihan yaitu perhitungan dilakukan berdasarkan aktivitas riil di lapangan (Ernawati dkk., 2011), namun demikian pada perhitungan berdasarkan beban kerja riil masih ada beberapa kegiatan yang biasanya dilakukan oleh setiap tenaga tapi tidak dilakukan saat

hari pengamatan sehingga membutuhkan ketelitian yang lebih saat melakukan perhitungan. Perhitungan menggunakan metode WISN membutuhkan kelengkapan beberapa informasi yang terkait dengan standar pelayanan untuk setiap kategori tenaga, uraian tugas secara terperinci, standar waktu untuk melaksanakan tugas dan membutuhkan data produktivitas pada tahun-tahun sebelumnya.

Kelemahan utama metode WISN adalah sangat tergantung dari keakuratan dan kelengkapan data yang berkaitan dengan beban kerja. Ketelitian sangat diperlukan pada saat menerapkan WISN sebagai metode perhitungan jumlah kebutuhan tenaga terutama dalam mengidentifikasi dan melakukan perhitungan standar beban kerja dengan mempertimbangkan segala kegiatan rutin yang mungkin tidak terdokumentasi. Hal itu dilakukan karena apabila ada kegiatan yang tidak masuk dalam perhitungan maka akan memberikan hasil kebutuhan tenaga yang lebih sedikit dari seharusnya. Data yang digunakan dalam perhitungan adalah rincian aktivitas yang ada pada tahun sebelumnya. Hal tersebut yang menjadi kelemahan metode WISN bahwa hasil perhitungan mungkin akan selalu berbeda tiap tahunnya karena standar aktivitas dari tahun ke tahun kemungkinan akan selalu berbeda.

Kehandalan metode WISN tergantung pada keakuratan dan kelengkapan input data yang digunakan dalam proses perhitungan. Metode ini tidak bisa digunakan untuk memproyeksi jumlah kebutuhan tenaga untuk tahun-tahun yang akan datang karena perhitungan memanfaatkan data yang setiap tahunnya dianggap sama dengan dan tidak mempertimbangkan kemungkinan pemanfaatan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang. Hasil lain perhitungan dengan menggunakan metode WISN adalah berupa rasio WISN. Rasio WISN merupakan indikator beban kerja. Nilai rasio tersebut didapatkan dari hasil bagiantara jumlah ketersediaan tenaga dengan jumlah kebutuhan tenaga. Rasio bernilai 1 (satu) berarti terdapat kesesuaian antara

jumlah ketersediaan tenaga dengan beban kerja. Nilai rasio yang semakin mendekati angka 1 berarti menandakan bahwa tenaga tersebut memiliki tanggungan beban kerja yang semakin tinggi, begitu pula sebaliknya

Hasil perhitungan rasio WISN (berdasarkan Tabel 3) menunjukkan bahwa terdapat kondisi yang seimbang antara jumlah kebutuhan tenaga dengan beban kerja pada tenaga dokter, dokter gigi, bidan Puskesmas, dan perawat gigi. Perawat memiliki beban kerja tinggi sedangkan bidan kelurahan memiliki beban kerja yang rendah. Hasil tersebut berbeda dengan hasil perhitungan beban kerja obyektif dengan menggunakan metode *time and motion study* (Tabel 4) yang menyatakan bahwa tidak ada tenaga yang memiliki beban kerja ideal.

Perbedaan hasil perhitungan beban kerja tersebut menunjukkan bahwa metode WISN memang memiliki kelemahan. Kelemahan yang telah disebutkan di atas yang membuat metode WISN tidak sesuai apabila diterapkan untuk membuktikan suatu kondisi kekurangan tenaga medis, kebidanan, dan keperawatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor. Dapat dipastikan tidak akan terjadi persepsi kekurangan jumlah tenaga apabila tugas yang dilaksanakan oleh keduanya sesuai dengan tupoksi mereka masing-masing. Pengaturan kerja yang baik sangat diperlukan agar tidak ada lagi waktu kerja yang tersita untuk mengerjakan tugas diluar tugas pokok dan tambahan yang sebenarnya tidak termasuk dalam waktu kerja produktif apabila digunakan untuk menentukan beban kerja obyektif. Perhitungan kebutuhan tenaga dengan metode WISN belum memperhatikan produktivitas pekerja sehingga aktivitas yang dihitung mungkin adalah aktivitas yang belum tentu sampai menghasilkan pekerjaan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal. Padahal pada suatu instansi pelayanan kesehatan, produktivitas harus sangat diperhatikan untuk menciptakan kepuasan pengguna pelayanan.

Berdasarkan uraian sebelumnya dapat dipelajari bahwa jumlah kebutuhan tenaga medis, kebidanan, dan keperawatan sebenarnya sudah sesuai dengan jumlah ketersediaannya meskipun pada perhitungan dengan metode WISN terdapat hasil kekurangan tenaga karena beban kerja obyektif mereka tidak ada yang tinggi (overload). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa metode WISN kurang sesuai apabila diterapkan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor serta tidak perlu ada anggapan lagi mengenai adanya kondisi kekurangan tenaga medis, kebidanan, dan keperawatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor. Pernyataan tersebut sebenarnya tidak hanya untuk Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor namun dapat diberlakukan untuk penggunaan metode WISN di berbagai Puskesmas lainnya karena rata-rata kondisi Puskesmas lainnya adalah sama dengan kondisi yang ada di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor.

Metode WISN memiliki beberapa kelemahan apabila diterapkan untuk menghitung jumlah kebutuhan tenaga kesehatan di Puskesmas. Perhitungan beban kerja pada penerapan metode WISN seharusnya berdasarkan pada tupoksi padahal kenyataannya masih banyak tenaga yang mengerjakan pekerjaan yang tidak sesuai dengan tupoksi yang mereka miliki. Perhitungan waktu kejadian menggunakan metode WISN menggunakan standar waktu kerja 1 tahun kebelakang sehingga tidak cocok lagi apabila digunakan untuk menghitung kebutuhan tenaga di tahun saat perhitungan. Model perhitungan ini juga akan tidak sesuai apabila digunakan untuk memprediksi jumlah kebutuhan tenaga di tahun berikutnya. Penerapan metode tidak memperhatikan produktivitas kerja tenaga sehingga pekerjaan yang terhitung belum tentu sampai menghasilkan pelayanan yang optimal. Beberapa kelemahan tersebut yang membuat nilai rasio WISN berbeda dengan nilai beban kerja obyektif yang sebenarnya. Berdasarkan penelitian ini maka kecermatan dalam penerapan metode

WISN sangat diperlukan agar tidak menghasilkan interpretasi hasil perhitungan yang salah.

5.2 Persepsi Masyarakat tentang Kualitas Pelayanan Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor.

Berdasarkan hasil pengolahan data di atas, terlihat bahwa presentase kualitas pelayanan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor, nilai didominasi produktivitas tenaga kesehatan sebesar 53,60%. Dengan demikian besaran nilai ini menunjukkan bahwa prosentase kualitas pelayanan di Puskesmas Kesambi belum maksimal. Sedangkan presentase kualitas pelayanan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor, nilai degradasi kinerja tenaga kesehatan sebesar 45,60%. Dengan demikian besaran nilai ini menunjukkan bahwa prosentase kualitas pelayanan di Puskesmas Kesambi belum maksimal.

Berdasarkan keada data tersebut maka kualitas pelayanan Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor belum menunjukkan nilai yang maksimal, bahkan Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogordimungkinkan untuk segera memperbaiki kualitas pelayanan khususnya dimensi bukti langsung dan dimensi kehandalan yang menurut peneliti berada pada posisi paling rendah atau dengan kata lain semakin tinggi dampak analisis beban kerja tenaga kesehatan maka semakin tinggi dampak nyata kualitas pelayanan.

Pelayanan tenaga kesehatan merupakan ujung tombak utama suatu pelayanan kesehatan di Puskesmas dan merupakan cermin utama dari keberhasilan suatu pelayanan kesehatan. Sehingga perlu dilakukan pembenahan terkait dengan rasio kecukupan perawat dibandingkan dengan jumlah pasien dan pembenahan tersebut bisa diibaratkan sebagai bentuk strategi dalam keselamatan pasien. Untuk melakukan perbaikan yang terkait dengan kecukupan perawat secara tepat sesuai dengan fungsi

pelayanan setiap unit khususnya bagian tenaga kesehatan sebenarnya tidak begitu sulit karena menteri kesehatan menjelaskan bahwa rasio kecukupan perawat di Indonesia sudah memenuhi standar WHO yakni sekitar 220.575 orang perawat dan ini sangat cukup untuk memberikan pelayanan. Namun kecukupan ini juga tak jarang mengalami masalah terkait dengan pendistribusiannya maupun kualitas sumber daya manusia perawat itu sendiri, karena masing-masing memiliki kompetensi yang berbeda-beda sehingga meskipun rasio dirasa cukup namun juga tidak serta-merta dapat menurunkan jumlah kematian.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti dapat menginterpretasikan bahwa Kualitas tenaga kesehatan dilihat dari perbandingan tenaga medis, para medis dan non paramedis. Tenaga medis terdiri atas dokter dan dokter gigi. Para tenaga kesehatan terdiri dari perawat, pembantu perawat dan para medis lainnya. Tenaga non para medis terdiri atas pekerjanya, tenaga administrasi dan tenaga lainnya. Distribusi dianggap adil bila sebaran tenaga fungsional antara kota sama dengan desa. Kota dengan sarana dan prasarana yang lebih lengkap dan daya tarik ekonomi yang lebih besar akan lebih banyak menarik tenaga medis.

Berdasarkan hal ini penulis berasumsi bahwa tenaga kesehatan akan lebih banyak di kota. Desa dengan wilayah yang luas dan sarana dan prasarana yang kurang memadai, membutuhkan tenaga kesehatan yang lebih besar. Berdasarkan hal ini peneliti berasumsi tenaga paramedis akan lebih besar di desa. Kondisi regional Indonesia berbeda antara satu dengan yang lain. Kondisi ini akan mempengaruhi distribusi tenaga kesehatan. Dokter dan dokter gigi akan lebih memilih daerah dengan prasarana yang lebih baik. Sebagai wilayah yang luas dan belum didukung dengan prasarana yang memadai tentu sangat membutuhkan jumlah tenaga

yang lebih banyak. Kualitas tenaga kesehatan sangat menentukan dalam bermutunya pelayanan yang diberikan.

Paradigma baru pelayanan publik menempatkan publik sebagai pengguna jasa dan pemerintah sebagai pelayan masyarakat, sudah seharusnya pemerintah memantau dan memperhatikan kepuasan dan pendapat masyarakat sebagai pihak yang dilayani. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik mengatur tentang prinsip-prinsip pemerintahan yang baik yang merupakan efektifitas fungsi-fungsi pemerintahan itu sendiri. Pelayanan publik yang dilakukan oleh pemerintah atau operasi yang efektif dapat memperkuat demokrasi dan hak asasi manusia, mempromosikan kemakmuran ekonomi, kohesi sosial, mengurangi kemiskinan, meningkatkan perlindungan lingkungan, bijak dalam pemanfaatan sumber daya alam memperdalam kepercayaan pada pemerintahan dan administrasi publik. Salah satu yang termasuk dalam pelayanan publik/pelayanan umum dalam hal ini adalah pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

Mengacu dari pada hakikat dasar dari pelayanan kesehatan di rumah sakit diatas, dengan memberikan pelayanan kesehatan yang baik maka akan berimbas pada penilaian dan persepsi masyarakat tentang kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor secara keseluruhan. Berdasarkan hasil pengamatan, peneliti melihat masih terdapat keluhan masyarakat menyangkut kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor yang masih kurang memuaskan. Di antaranya

adalah: Mencakup tanggap dalam memberikan pelayanan yakni seperti ketanggapan, kemauan, kesiapan, dan kecepatan petugas dalam memberikan pelayanan.

Ketanggapan petugas atau karyawan dibuktikan dengan waktu pelayanan efektif dan kepuasan pasien dalam pemenuhan kebutuhannya. Namun kenyataan yang terjadi masih terdapat masalah pada indikator tanggap yang masih kurang. Mencakup kompetensi tenaga kesehatan/medis, kualitas pelayanan diukur dari kompetensi tenaga kesehatan yang bermakna memiliki keahlian dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan. Namun pada kenyataannya kompetensi yang dimiliki belum cukup memadai dalam hal ini dokter spesialisnya yang masih kurang. Mencakup etika/sikap petugas dalam memberikan pelayanan yakni seperti kesopanan, kesungguhan, menghormati pasien, keramahan dari penyedia jasa.

Namun kenyataan yang terjadi dari segi etika ketika petugas memberikan pelayanan belum baik. Mencakup Kelengkapan/fasilitas dalam menunjang pemberian pelayanan kesehatan yakni seperti fasilitas pelayanan dan penampilan fisik dari suatu jasa. Namun kenyataan yang terjadi baik fasilitas umum maupun medis yang tersedia masih kurang.

Dalam penelitian ini kualitas tenaga hanya dapat diukur dengan pendidikan tenaga yang dikelompokkan atas 3 yaitu medis yang terdiri dari dokter dan dokter gigi, paramedis yang terdiri dari perawat, bidan, bidan desa, pembantu ahli gizi dan paramedis non perawat. Kualitas tenaga dinilai dari prosentase jumlah tenaga kesehatan dan paramedis dari keseluruhan. Adapun bentuk penelitian kualitas pelayanan Puskesmas penelitian digunakan data skoring sebagai berikut;

- 1) Tentang Sarana dan Prasarana Puskesmas dinilai cukup baik namun kurang memuaskan. (32,5%)

- 2) Tentang Sikap dan Perilaku Petugas Dinas Kesehatan Puskesmas dinilai biasa-biasa saja bahkan jarang berperilaku ramah dan sopan. (44,5%)
- 3) Tentang Daya Tanggap Tenaga Kesehatan yang Responsif, sebagian masyarakat menilai sebesar (23%)

Kualitas pelayanan diukur dari ketanggapan, kemauan, kesiapan dan kecepatan petugas dalam memberikan pelayanan. Hal ini juga menyangkut ketepatan waktu dari pelayanan. Ketanggapan petugas dibuktikan dengan waktu pelayanan efektif dan kepuasan pasien dalam pemenuhan kebutuhannya. Ketanggapan juga merupakan ukuran seberapa besar pelayanan kesehatan ini memiliki hasil yang diharapkan. Ketanggapan merupakan suatu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (*responsive*) dan tepat kepada pengguna jasa, dengan menyampaikan informasi yang jelas, membiarkan pengguna layanan menunggu tanpa alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan yang diberikan. Secara singkat dapat diartikan sebagai kemauan untuk membantu pengguna layanan dengan memberikan pelayanan yang baik dan cepat. Indikator ini merupakan dimensi yang dapat menciptakan kepercayaan pengguna kepada Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor dalam hal pelayanan kesehatannya.

Kompetensi yaitu kualitas pelayanan yang diukur dari kompetensi tenaga kesehatan yang bermakna memiliki keahlian dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan untuk jumlah dokter dan dokter spesialis di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor belum memenuhi kebutuhan masyarakat. Selain itu jumlah distribusi dokter dan dokter spesialis tidak merata serta kualitasnya masih perlu ditingkatkan.

Etika/sikap dalam penelitian ini berkaitan dengan sikap petugas secara pribadi seperti kesopanan, rasa hormat, kesungguhan, keramahan dari penyedia

jasa, tidak membeda-bedakan dan mendahulukan kepentingan pengguna layanan. dari data yang diperoleh di lokasi penelitian baik perhatian petugas untuk memahami kebutuhan personal terhadap kebutuhan masyarakat, etika/sikap setidaknya akan terlihat dari sikap para pegawai yaitu mengutamakan sikap ramah dan sopan kepada masyarakat pengguna layanan. Pelayanan yang baik dapat diartikan sebagai kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara maksimal. Karena itu sikap-sikap yang mengedepankan kepentingan pelayanan kepada masyarakat di rumah sakit adalah sikap yang sangat dihargai oleh masyarakat. Dan tentunya masyarakat akan merasa puas akan penyelenggaraan pelayanan dari petugas yang diberikan kepada masyarakat.

Kelengkapan/fasilitas merupakan faktor yang penting dalam penilaian masyarakat pengguna layanan untuk pertama kalinya adalah hal-hal yang berhubungan dengan kualitas serta kuantitas sarana dan prasarana fisik yang terdapat di Puskesmas Tanah Sereal Kota Bogor dalam melaksanakan pelayanan, penilaian yang diberikan pengguna layanan terhadap kelengkapan akan mempengaruhi masyarakat. Sehingga penilaian masyarakat terhadap pelayanan akan tinggi. Hal ini akan memberikan kepercayaan dan persepsi dari masyarakat pengguna layanan bahwa jasa yang diberikan sesuai dengan harapan mereka.

Kelengkapan umum yang terlihat antara lain gedung rumah sakit, mobil ambulance, tempat tidur pasien, kursi untuk pengunjung maupun pasien di setiap bangsal, dan ruang tunggu sampai fasilitas umum pendukung lainnya. Untuk kelengkapan / fasilitas medis antara lain instalasi farmasi, IGD, ruang inap, poliklinik interna, poliklinik gigi, poliklinik KIA, Poliklinik fisioterapi, dan fasilitas pendukung lainnya.

Berdasarkan hasil penelitian melalui hasil pengamatan, pengumpulan data dan proses wawancara yang peneliti lakukan, maka persepsi masyarakat tentang kualitas

pelayanan kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor belum cukup baik, dilihat dari indikator-indikator tanggap, kompetensi, etika, dan kelengkapan. Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat ada beberapa yang perlu diperbaiki. *Pertama* Tanggap/Ketanggapan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor belum cukup baik karena masih kurangnya ketanggapan petugas dalam memenuhi kebutuhan masyarakat dalam hal ini kecepatan dan ketepatan waktu dalam pelayanan. *Kedua* Kompetensi, Untuk kompetensi tenaga ahli di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor di rasakan masih kurang. Dalam hal ini jumlah dokter spesialisnya yang masih belum cukup memadai dalam memenuhi kebutuhan masyarakat. *Ketiga* Etika, Untuk etika/sikap petugas dalam melayani masyarakat di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor dalam hal kesopanan, keramahan, menghormati pasien, tidak membedakan dan mendahulukan kebutuhan pasien dirasa belum cukup baik. *Keempat* Kelengkapan, Untuk kelengkapan fasilitas baik fasilitas umum maupun medis dalam menunjang pelayanan kesehatan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor masih belum bisa dikatakan cukup baik.

BAB VI

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1 Kesimpulan

1. Analisis beban kerja tenaga kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor sebesar 0.649 atau 64,9. Sehingga semakin tinggi kadar nilai analisis beban kerja tenaga kesehatan maka semakin tinggi kadar nilai nyata kualitas pelayanan.
2. Presentase kualitas pelayanan di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor, nilainya didominasi pada pendapat Setuju sebesar 53,60%, namun belum menunjukkan nilai yang maksimal. Prosentase tersebut menurut peneliti pelayanan tenaga kesehatan merupakan ujung tombak utama suatu pelayanan kesehatan di Puskesmas dan merupakan cermin utama dari keberhasilan suatu pelayanan kesehatan. Sehingga perlu dilakukan pembenahan terkait dengan rasio kecukupan tenaga kesehatan dibandingkan dengan jumlah pasien.
3. Kesenjangan antara kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan WISN dengan jumlah tenaga perawat yang tersedia saat ini dapat di lihat dari ratio WISN. Total kebutuhan tenaga perawat di Instalasi Rawat Inap Al-ikhlas berdasarkan WISN adalah 44 tenaga dengan rasio WISN 0,8. Dari rasio WISN dapat disimpulkan bahwa jumlah tenaga saat ini lebih kecil dibandingkan dengan jumlah tenaga yang dibutuhkan untuk menjalankan beban kerja yang ada. Perlu adanya penambahan tenaga sebanyak 9 orang dari jumlah tenaga yang ada sebanyak 5 orang untuk mencapai keadaan yang seimbang.

6.2 Rekomendasi

1. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan untuk penelitian lebih lanjut terkait bidang pelayan puskesmas umumnya dan diharapkan dapat menjadi sumbangan pemikiran bagi ilmuwan administrasi publik khususnya, terutama dalam peningkatan kualitas pelayanan publik tentang keberadaan dan manfaat Puskesmas.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai masukan kepada Pemerintah Kota Cirebon khususnya Dinas Kesehatan terkait dengan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan agar menggunakan analisis kebutuhan menurut beban kerja. Dengan demikian, perencanaan ketenagaan akan lebih sesuai kebutuhan riil berdasarkan beban kerja. Sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Kota Bogor.
3. Bagi para kepala puskesmas, hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu dalam pengelolaan SDM kesehatan khususnya tenaga dokter umum untuk disesuaikan dengan kebutuhan dari program-program puskesmas.
4. Bagi kepala puskesmas diharapkan agar hasil penelitian ini dapat sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas baik itu kemampuan dan keterampilan dalam memberikan pelayanan kesehatan.
5. Untuk mengatasi faktor-faktor penghambat peningkatan kualitas pelayanan pasien hendaknya dapat memperbaiki kinerja budaya kerja perawat yang masih rendah dengan meningkatkan disiplin perawat dalam kehadirannya di tempat kerja, Menerapkan budaya kerja dengan membentuk pribadi yang menawan dengan menerapkan 5R (Ringkas, rapi, rawat, resik, rajin) dan 5S (Salam, Sapa, Senyum, Sopan, Santun), dapat memberikan pelatihan kepada perawat tentang pembuatan laporan atau asuhan ke-

erawatan, memberikansanksi yang tegasbagiperawat yang datangdanpulangtidaktepatwaktu, mengoptimalkansumberdayadenganmengatur shift kerjastafdengansebaik-baiknyadanmembuatsistemkerja yang lebihefektifdanefisien,

mempertimbangkanlagiantaraimbalanfinansialdanbebankerjadenganmeningkataka nimbalanuntukperawat agar

menjadimotivasibagiperawatuntukmelakukantanggungjawabnyasebagaiperawat.

6. DiharapkanadaupayauntukmemperbaikiSarana dan Prasarana Puskesmas; memperbaiki Sikap dan Perilaku Petugas Dinas Kesehatan Puskesmas dinilai biasa-biasa saja bahkan jarang berperilaku ramah dan sopan dan memperkuat Daya Tanggap Tenaga Kesehatan yang Responsif.

DAFTAR PUSTAKA

A. BUKU REFERENSI

- Berry, Leonard L., dan Parasuraman A. 1997. *Listening The Customer-The Concept of Service Quality Information System*. Spring. Oxford.
- Gasperz, Vincent. 2003. *Total Quality Management*. Gramedia. Jakarta.
- Tjiptono, F. 2005. *Strategi Pemasaran*. Ed 2. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- Gibson, Ivancevich., Donnely. 2004, *Organisasi Dan Manajemen, Perilaku Struktur, Proses*, alih bahasa Wahid, Jakarta : Erlangga
- Mangkunegara, A. A. Anwar Prabu. 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia. Bandung* : Remaja Rosdakarya
- Mondy, Wayne R. dan Noe, Robert M. 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Alih Bahasa: Wijanarko. Jakarta: Salemba Empat.
- Nuryanto. 2005. Kajian Kebutuhan Sumber Daya Manusia dengan Menggunakan Metode *Workload Indicator Satff Need (WISN)* di Instansi Farmasi Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Medan : Universitas Sumatera Utara.
- Nitisemito, Alex. 1996. *Manajemen Personalial (MSDM)*, Jakarta : Ghalia Indonesia.
- Siregar, Charles J. P. 2003. *Formasi Rumah Sakit Teori dan Penerapannya*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Sugiyono. 2007. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung : Alfabeta Bandung.

B. PERATURAN-PERATURAN

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas.
- Depertemen Kesehatan RI Dan Deutsche Gesell Fur Technische Zusammenarbeit (GTZ). (2009). *Perlengkapan Kerja WISN Perlengkapan Untuk Pengembangan Indikator Beban Kerja Petugas (WISN) Untuk Memperbaiki Perencanaan Dan Manajemen Tenaga Kerja Kesehatan Dalam Sistem Kesehatan Yang Di Sentralisasi*

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009. Tentang Rumah Sakit. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Departemen Kesehatan RI (2004). Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 81/MENKES/2004 Tentang Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/Menkes.SK/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi Kab/Kota Serta Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

Badan Kepegawaian Nasional. 2013 Ketentuan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 Tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2005. Laporan Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan. Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan. Jakarta.

C. Jurnal dan Artikel

Herawati, Nindy. 2015. Analisis Beban Kerja Tenaga Rekam Medis dengan Metode Workload Indicators of Staffing Need (WISN) di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016. Tesis. Jurnal diunduh pada tanggal 5-11-2017 Jam:09:30 di <http://scholar.unand.ac.id/12194/6/BAB%20I.pdf>

Rubbiana, Nurul Ismi. 2015 Analisis Beban Kerja dan Kebutuhan Tenaga Perawat Pelaksana Dengan Metode. Workload Indicator Staff Need (WISN) di Instalasi Rawat Inap Tulip RSUD Kota. Bekasi. Artikel diunduh pada tanggal 5-1-2017 Jam 17:00
<http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/NURUL%20ISMI%20RUBBIA%20NA-FKIK>

Taufik, Aldi Muhammad. 2015. Pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan masyarakat di Puskesmas Kecamatan Cipanas Kabupaten Cianjur. Jurnal diunduh pada Tanggal 11-12-2017 Jam:13:40
<http://repository.unpas.ac.id/9996/1/abstrak.pdf>

Lampiran 1: Organisasi dan Rincian Tugas Tim Peneliti

No	Nama	Jabatan	Tugas
1	Dr. Bhakti Nur Avianto, S.IP., M.Si.	Ketua	Mengkoordinir seluruh tahapan kegiatan penelitian, analisis, dan pembuatan laporan penelitian
2	Dr. Zulmasyhur, M.SI.	Anggota	Membantu Ketua dalam kegiatan di lapangan dan penyediaan data pendukung
3	1 orang tenaga administratif	Pendukung	Melaksanakan tata kelola administratif dan pencatatan dokumentasi di lapangan
4	2 orang tenaga lapangan	Pendukung	Membantu eksplorasi, pemasangan alat dan download data lapangan