



**PERBEDAAN KEBUTUHAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
METODE *WISN* DAN ANALISIS BEBAN KERJA KESEHATAN  
DIPUSKESMAS KABUPATEN BANYUWANGI**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pasca Sarjana (S2)  
pada Institut Teknologi dan Sains Mandala (ITSM)

Di ajukan  
**Oleh :**

**HANIPAN**  
**NIM.1957100190**

PROGRAM PASCA SARJANA S2  
STUDI MAGISTER MANAJEMEN  
INSTITUT TEKNOLOGI DAN SAIN MANDALA JEMBER

2023

**HALAMAN PERSETUJUAN TESIS  
PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER MANAJEMEN  
INSTITUT TEKNOLOGI DAN SAINS MANDALA**

---

**Judul**

**PERBEDAAN KEBUTUHAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
METODE WISN DAN ANALISIS BEBAN KERJA KESEHATAN  
DI PUSKESMAN KABUPATEN BANYUWANGI**

Nama : HANIPAN  
NIM : 1957100190  
Program Studi : Magister Manajemer  
Konsentrasi : Manajemen Sumber Daya Manusia

Disetujui Oleh:

Dosen Pembimbing Utama,



Dr. Agustin Hari P. M.M.  
NIDN. 0717086201

Dosen Pembimbing Asisten,



Drs. Muhaimin Dimiyati, M.Si.  
NIDN. 07112106002

Mengetahui,

A.n. Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis  
Institut Teknologi dan Sains Mandala  
Ketua Program Studi Magister Manajemen



Dr. Dedy Wijaya Kusuma, S.T., M.Pd.  
NIDN. 0721127404

**LEMBAR PERSETUJUAN TESIS  
PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER MANAJEMEN  
INSTITUT TEKNOLOGI DAN SAINS MANDALA**

Tesis Dengan Judul

**PERBEDAAN KEBUTUHAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
METODE WISN DAN ANALISIS BEBAN KERJA KESEHATAN  
DI PUSKESMAN KABUPATEN BANYUWANGI**

Yang disusun oleh :

Nama : HANIPAN  
NIM : 1957100190  
Program Studi : Magister Manajemen  
Konsentrasi : Manajemen Sumber Daya Manusia

Telah dipertahankan didepan Tim Penguji pada 03 Januari 2023 dan dinyatakan memenuhi syarat untuk diterima.

**Tim Penguji**

Ketua



Dr. Muhammad Firdaus, M.M, M.P.  
NIDN. 0008077101

Sekretaris,



Drs. Muhaimin Dimiyati, M.Si.  
NIDN. 07112106002

Anggota,



Dr. Agustin Hari P., M.M.  
NIDN. 0717086201

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis  
Institut Teknologi dan Sains Mandala



Dr. Muhammad Firdaus, M.M, M.P.  
NIDN. 0008077101

Kaprodi Magister Manajemen  
Institut Teknologi dan Sains Mandala



Dr. Dedy Wijaya Kusuma, S.T., M.Pd.  
NIDN. 0721127404

**PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN  
INSTITUT TEKNOLOGI DAN SAIN MANDALA JEMBER**

**SURAT PERNYATAAN**

Nama : HANIPAN  
NIM : 1957100190  
Program Studi : MAGISTER MANAJEMEN  
Minat Studi : MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA  
Judul Tugas Akhir : Perbedaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan  
Meode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan di  
Puskesmas kabupaten Banyuwangi.

Menyatakan bahwa Tesis yang telah saya buat merupakan hasil karya sendiri. Apabila ternyata di kemudian hari Tesis ini merupakan hasil plagiat atau penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan sekaligus menerima sanksi berdasarkan aturan yang berlaku.

Demikian, pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagai mana mestinya Jember, 3 Januari 2023



Yang menyatakan,

HANIPAN

NIM : 1957100190)

## **KATA PENGANTAR**

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT. yang senantiasa memberkati dan memberikan jalan, sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal tesis ini dengan baik. Proposal tesis ini disusun sebagai tugas akhir belajar dan syarat guna memperoleh gelar sarjana Strata-2 / S-2 pada Program Magister Manajemen Pasca Sarjana Institut Teknologi dan Sain Mandala Jember dengan judul : " Perbedaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Meode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi”.

Penulis menyadari penelitian ini masih jauh dari sempurna dan semua itu tidak lepas dari kodrat manusia penulis yang selalu mempunyai kesalahan dan kekurangan akibat keterbatasan pengetahuan serta pengalaman. Terdapat banyak pihak yang memberikan bantuan moril dan materil baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian tesis ini. Oleh karena itu, melalui kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada :

Berkenaan dengan penulisan tesis ini, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak Dr. Suwignyo Widagdo, S.E,M.M,MP., selaku Rektor Institut Teknologi dan Sain Mandala Jember.
2. Bapak Dr. Dedy Wijaya Kusuma, S.T.,M.Pd., Selaku Ketua Program Studi Magister Manajemen Institut Teknologi dan Sain Mandala Jember.

3. Ibu Dr. Agustin Hari P.,M.M., Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan pengarahan dan bimbingannya.
4. Bapak Drs. Muhaimin Dimiyati, M.Si., selaku Dosen Pembimbing Asisten yang telah memberikan pengarahan dan bimbingannya.
5. Bapak Dr. Muhammad Firdaus,MM,MP., Selaku ketua tim penguji yang telah memberikan sumbangan pemikiran untuk menyempurnakan Tesis ini
6. Segenap dosen dan akademika Institut Teknologi dan Sain Mandala Jember. yang telah banyak membantu dan mempermudah penulis dalam menyelesaikan Studi Program Magister Manajemen.
7. Bapak/Ibu karyawan karyawan puskesmas Kabupaten Banyuwangi yang telah bersedia menjadi responden dan sumber informasi dalam penelitian ini.
8. Istri tercinta Yulia Fajar Kusuma yang telah memberikan support sampai penyelesaian akhir tesis ini.
9. Rekan-rekan Angkatan Mahasiswa Magister Manajemen Institut Teknologi dan Sain Mandala Jember , yang selalu memberikan dukungan dan berbagi ilmu dan pengalaman.
10. Semua pihak yang telah banyak membantu yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
11. Akhirnya kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu semoga Allah SWT melimpahkan Rahmat, Ridho dan hidayah-Nya atas segala amal baiknya. Terlebih bagi umatnya yang sedang menuntut ilmu bermanfaat.

Demikian yang penulis dapat sampaikan, semoga bermanfaat dan menambah pengetahuan para pembaca. Penulis juga mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan penulisan tesis ini. Sekian dari penulis, semoga bisa bermanfaat bagi semuanya, khususnya bagi penulis.

Jember, 3 Januari 2023

Penulis

HANIPAN

## DAFTAR ISI

Halaman	
HALAMAN SAMPUL LUAR .....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN TESIS .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN .....	v
RIWAYAT HIDUP .....	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	vii
HALAMAN MOTTO .....	viii
HALAMAN KATA PENGANTAR.....	ix
HALAMAN DAFTAR ISI .....	x
HALAMAN DAFTAR TABEL .....	xi
HALAMAN DAFTAR GAMBAR .....	xii
HALAMAN RINGKASAN EKSEKUTIF.....	xiv
HALAMAN ABSTRAK .....	xv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.5 Pembatasan Masalah .....	9



<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
2.1 Penelitian Terdahulu yang Relevan .....	10
2.2 Kajian Teori .....	15
2.2.1 Analisis Jabatan ( <i>Job Analysis</i> ) .....	15
2.2.2 Beban Kerja .....	22
2.2.3 Sumber Daya Manusia Kesehatan .....	24
2.2.4 Manajemen Kesehatan .....	26
2.2.5 Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.....	31
2.2.6. Metode WISN .....	46
2.2.7. <i>Work Sampling</i> .....	55
2.2.8. Pendekatan Penyusunan Perencanaan Kebutuhan SDM .....	60
2.2.9. Puskesmas .....	60
2.2.10. Tenaga Perawat .....	63
2.3 Kerangka Konseptual .....	69
2.4 Hipotesis .....	69
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>70</b>
3.1 Tempat/Lokasi dan Waktu Penelitian .....	70
3.2 Teknik Sampling, Populasi dan Sampel .....	70
3.2.1 Teknik Sampling .....	70
3.2.2 Populasi .....	70
3.2.3 Sampel .....	71
3.3 Jenis Penelitian .....	72
3.4 Identifikasi Variabel .....	72

3.5 Definisi Operasional .....	73
3.6 Metode Pengumpulan data .....	73
3.7 Metode Analisa Data .....	76
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>79</b>
4.1 Hasil Penelitian .....	79
4.1.1. Gambaran Umum .....	79
4.1.2. Gambaran Data .....	79
4.2. Analisis Hasil Penelitian .....	82
4.2.1. Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan Metode WISN.....	82
4.2.2. Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan Metode Analisis Bean Kerja Kesehatan .....	84
4.2.3. Perbedaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Metode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan .....	84
4.3. Interpretasi .....	85
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>97</b>
5.1 Simpulan .....	97
5.2 Implikasi .....	98
5.3 Saran.....	99

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 1.1 Data Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2019

Tabel 2.1. Perbedaan dan Persamaan Penelitian terdahulu dengan penelitian yang akan di laksanakan

Tabel 2.2 Standart Ketenagaan Puskesmas.

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian tentang Perbandingan Analisis Kerja Metode WISN dengan Standart Perencanaan Dalam Pemenuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Puskesmas Se-Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasar Jenis Kelamin diPuskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasar Tingkat Pendidikan diPuskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021

Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasar Umur diPuskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021.

Tabel 4.4 Karakteristik Responden Berdasar lama kerja diPuskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021.

Tabel 4.5 Proporsi Perawat dengan SDMK lainnya di Puskesmas Banyuwangi Tahun 2021.

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Pembangunan Kesehatan nasional diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanahkan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sumber daya tersebut meliputi tenaga Kesehatan, fasilitas pelayanan Kesehatan, perbekalan Kesehatan, serta teknologi dan produk teknologi. Pemerintah wajib memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, baik dalam jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan.

Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) menjadi salah satu sumber daya dibidang kesehatan yang sangat strategis. Ketersediaan SDM kesehatan yang tidak mencukupi, baik jumlah, jenis, kualifikasi dan distribusi yang tidak merata, menimbulkan dampak terhadap rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pasal 21 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa “ Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu SDM kesehatan dalam rangka penyelenggaraan

pelayanan Kesehatan.

SDM kesehatan mempunyai peranan penting dalam pelaksanaan upaya kesehatan serta mendukung pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) atau *Sustainable Development Goals* (SDGs). Sumber daya manusia perlu mendapat perhatian dalam meningkatkan pelayanan, terutama di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), sebagai *gate keeper* dalam layanan kesehatan kepada masyarakat.

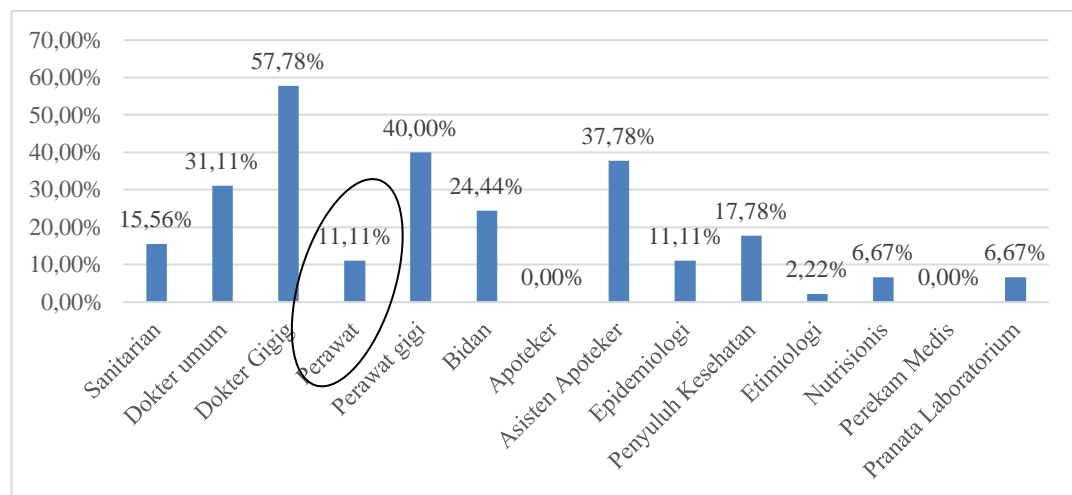
Tenaga kesehatan di Puskesmas berperan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan. Peran tersebut diharapkan tugas pokok dan fungsi (tupoksi) tenaga kesehatan sesuai dengan pendidikan dan keterampilan yang mereka miliki. Dijelaskan oleh Notoatmojo (2003) bahwa pendidikan dan keterampilan merupakan investasi dari tenaga kesehatan dalam menjalankan peran sesuai dengan tupoksi yang diemban. Selain itu, dalam peran sebagai pelaksana pelayanan kesehatan di Puskesmas, menurut Setyawan (2002) tenaga kesehatan merupakan sumber daya strategis. Sebagai sumber daya strategis, tenaga kesehatan mampu secara optimal menggunakan sumber daya fisik, finansial dan manusia dalam kinerja tim. Salah satu sumber daya manusia kesehatan yang sangat dibutuhkan di puskesmas adalah Perawat Kesehatan.

Tenaga keperawatan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memegang peranan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan dan merupakan tulang punggung di fasilitas pelayanan karena jumlahnya lebih banyak dibandingkan tenaga kesehatan lain. Perawat memiliki peran sebagai *caregiver* yang merupakan peran utama dimana perawat akan terlibat aktif selama 24 jam dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Selain itu, perawat juga berperan sebagai

edukator yang bertugas memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang menjalani isolasi, keluarga, dan masyarakat umum. Berdasarkan permenkes nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat bahwa komposisi jumlah perawat mencapai 26 % di dibandingkan dengan 13 (tiga belas) tenaga lainnya. Sehingga saat pandemi covid-19 seperti saat ini, ketersediaan dan distribusi tenaga perawat sangat penting dalam upaya mendorong kegiatan *screening*, *testing* dan *treatment* yang dilakukan di puskesmas.

Hasil Riset Tenaga Kesehatan (Risnakes) Kementerian Kesehatan tahun 2017, menunjukkan masih banyak puskesmas yang tidak memiliki atau kekurangan SDM kesehatan, baik untuk melaksanakan upaya kesehatan perorangan (UKP) maupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Adapun gambaran persebaran tenaga kesehatan di 45 puskesmas kabupaten Banyuwangi adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Data Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2019

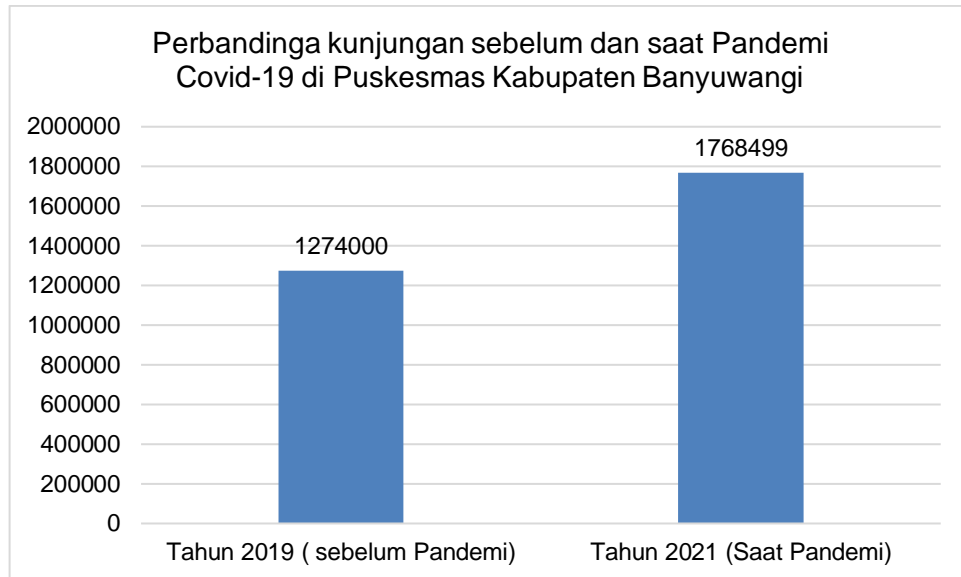


Sumber : Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan Kabupaten Banyuwangi Tahun 2019 Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi.

Berdasarkan tabel 1, secara keseluruhan masih banyak kesenjangan tenaga yang dibutuhkan dibandingkan dengan standart ketenagaan. Berdasarkan

Peraturan Menteri kesehatan nomor 33 tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Sumber Daya Manusia Kesehatan, masalah-masalah yang sering ditemukan terkait perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan antara lain adanya penafsiran yang berbeda oleh pemangku kepentingan yang terkait dan para perencana terhadap kebijakan- kebijakan perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan sehingga menimbulkan keraguan dalam memilih dan menggunakannya dalam proses penyusunan perencanaan, belum optimalnya kapasitas para perencana dalam merencanakan kebutuhan di berbagai tingkatan administrasi pemerintahan, perencanaan SDM Kesehatan masih kurang didukung sistem informasi manajemen yang terintegrasi antar pemangku kepentingan, Tim perencana di daerah belum berfungsi secara optimal dalam perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan, pembinaan perencanaan SDM Kesehatan secara berjenjang kurang terintegrasi dan belum berkesinambungan, dan implementasi perencanaan SDM Kesehatan kurang didukung dengan kebijakan lokal baik kebijakan pemerintah daerah kabupaten/kota maupun pemerintah daerah provinsi. Perihal tersebut akan berpengaruh terhadap sistem pelayanan kesehatan di Puskesmas diantaranya tidak tercapainya capaian kinerja program atau kegiatan, rendahnya indeks kepuasan masyarakat terhadap layanan dan mutu pelayanan.

Dari hasil laporan tahunan kunjungan pelayanan kesehatan di Puskesmas kabupaten Banyuwangi sebelum masa pandemi dan saat masa pandemi adalah sebagai berikut :



Sumber : Profil kesehatan tahun 2019 dan laporan tahunan program tahun 2021.

Dari data tersebut terdapat kenaikan kunjungan saat pandemi sebesar 494.499 atau 38,81 % di bandingkan sebelum pandemi. Kenaikan kunjungan tersebut selain kegiatan rutin yang di laksanakan oleh puskesmas, tetapi ada penambahan kegiatan dalam upaya pencegahan dan pengendalian kasus Covid-19 seperti *testing, tracing, treatment* serta kegiatan imunisasi masal. Adapun ketenagaan kesehatan di puskesmas se-kabupaten Banyuwangi pada tahun 2019 sebanyak 1191 orang (rasio kunjungan dengan tenaga 1:1069) dan perawat sebanyak 317 orang (rasio kunjungan dengan tenaga perawat 1:4019). Saat pandemi, jumlah ketenagaan puskesmas sebesar 1170 orang (rasio kunjungan dengan tenaga 1:1511) dan perawat 310 orang (rasio kunjungan dengan tenaga 1:5704). Dari data tersebut terjadi perbedaan yang antara rasio ketenagaan dibandingkan jumlah kunjungan kunjungan sebelum dan saat pandemi Covid-19 di kabupaten Banyuwangi terutama tenaga Peawat.

Seiring dengan bergulirnya Reformasi Birokrasi di Instansi Pemerintah,



maka perlu melakukan pembaharuan dan perubahan mendasar terhadap sistem penyelenggaraan pemerintahan terutama menyangkut aspek kelembagaan (organisasi), sumber daya manusia aparatur dan ketatalaksanaan (*business process*). Tujuan reformasi birokrasi adalah membangun aparatur negara agar mampu mengemban misi, tugas, dan fungsi serta peranannya masing-masing secara bersih, efektif, dan efisien, dalam rangka meningkatkan pelayanan publik yang lebih baik. Dalam kaitannya tersebut setiap instansi termasuk puskesmas wajib melakukan analisis jabatan.

Dalam perencanaan kebutuhan sumber daya manusia di puskesmas, masing-masing jenis tenaga harus di kaji atau di analisa agar kegiatan dari masing-masing unit dapat berjalan dengan efektif dan efisien, serta dapat memenuhi tuntutan masyarakat akan layanan yang bermutu dan professional. Hal ini menyebabkan kepala puskesmas sering menghadapi masalah yang berhubungan dengan ketenagaan, baik medis, perawat maupun administrasi. Kesesuaian jenis dan jumlah tenaga di puskesmas dengan beban kerja yang harus mereka kerjakan akan mempengaruhi mutu pelayanan di puskesmas (Nuryanto, 2005). Menurut Tappen (1995), *outcome* dari pelayanan Kesehatan berkaitan dengan hasil dari aktifitas yang di berikan oleh petugas Kesehatan. Dimana hasil dari pelayanan keperawatan adalah peningkatan derajat Kesehatan pasien dan kepuasan pasien.

Penyusunan perencanaan dibutuhkan proses yang sistematis dalam upaya menetapkan jumlah, jenis, dan kualifikasi SDM yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi puskesmas dalam rangka mencapai tujuan

pembangunan kesehatan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan menyebutkan bahwa metode perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan di kategorikan menjadi dua yaitu berdasarkan institusi dengan Analisis Beban Kerja Kesehatan ( ABK Kes) dan Standar Ketenagaan Minimal, sedangkan kategori yang ke-2 berdasarkan Wilayah. Puskesmas sebagai unit kerja dinas Kesehatan, dalam perencanaan sumber daya manusia Kesehatan, masih menggunakan system Beban Kerja berdasarkan WISN (*Workload Indikator Staf Need/* Indikator Kebutuhan Tenaga Berdasarkan Beban Kerja).

## **1.2. Rumusan Masalah**

Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasar atas keperluan kesehatan (*Health Need Method*) dengan menetapkan keperluan (“*need*”) yang disesuaikan tugas dan fungsi. Pemilihan metode dalam perencanaan kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan sangat penting dalam memenuhi kebutuhan yang di sesuaikan dengan beban kerja dari masing masing individu.

Proporsi perawat di puskesmas saat ini relative tinggi yaitu 26 % di bandingkan dengan 13 tenaga Kesehatan lainnya. Diperlukan metode yang sesuai dalam perencanaan sumber daya manusianya. Dari latar belakang dan uraian diatas maka dapat dirumusan masalah sebagai berikut ; “ Adakah Perbedaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Metode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi”.

### **1.3. Tujuan Penelitian**

1. Mengetahui kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan dengan metode WISN di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi;
2. Mengetahui kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan dengan metode Analisis Beban Kerja Kesehatan di puskesmas kabupaten Banyuwangi;
3. Menganalisis perbedaan kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan metode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan di puskesmas Kabupaten Banyuwangi.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

#### **a. Bagi Peneliti**

Menambah wawasan dan kemampuan berpikir mengenai perbedaan kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan metode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi.

#### **b. Bagi Puskesmas**

Sebagai bahan masukan dalam pengambilan kebijakan untuk perencanaan sumber daya manusia Kesehatan di puskesmas.

#### **c. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat berguna sebagai bahan masukan bagi ilmu pengetahuan pada umumnya dan pengetahuan khususnya tentang perbedaan kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan metode WISN dan

Analisis Beban Kerja Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan referensi bagi mahasiswa untuk menambah wawasan dan pengetahuan serta dapat digunakan sebagai pedoman pustaka untuk penelitian lebih lanjut.

### **1.5. Pembatasan Masalah**

Pembatasan suatu masalah digunakan untuk menghindari adanya penyimpangan maupun pelebaran pokok masalah agar penelitian lebih terarah dan memudahkan dalam pembahasan sehingga tujuan penelitian akan tercapai.

Beberapa Batasan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. WISN dan analisis beban kerja Kesehatan hanya pada fungsional perawat dengan status Aparatus Sipil Negara ( ASN) yang tercatat dalam system informasi kepegawaian Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021;
2. Fungsional perawat yang bertugas pada layanan rawat jalan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Penelitian Terdahulu Yang Relevan**

Upaya peningkatkan kinerja organisasi dengan memastikan aktivitas Sumber Daya Manusia (SDM) mendukung usaha organisasi yang terfokus pada produktivitas, pelayanan dan kualitas, akan memberikan kontribusi pada suksesnya organisasi. Pengelolaan SDM kesehatan khususnya perencanaan kebutuhan SDM kesehatan selama ini masih bersifat administratif kepegawaian dan belum dikelola secara professional, masih bersifat *top down* dari pusat belum *bottom up* (dari bawah), belum sesuai kebutuhan organisasi dan kebutuhan nyata di lapangan, serta belum berorientasi pada jangka panjang. Sebagaimana dalam penelitian Grace A. Salamate , J. M. Rattu dan J. N. Pangemanan dengan judul Analisis Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Tenggara. Dalam penelitian tersebut menyimpulkan bahwa Tidak adanya pemerataan dalam pengadaan SDM Kesehatan melalui jumlah formasi yang masih minim yang diberika oleh pemerintah daerah dalam arti pengecilan rekrutmen, terdapat pengembangan SDM kesehatan di Dinas Kesehatan Minahasa Tenggara melalui pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi lagi dan yang bersumber dari diklat atau pelatihan dan terdapat pemeliharaan SDM kesehatan melalui jaminan pemberian tunjangan dari kinerja yang telah dilakukan dalam upaya meningkatkan kerja dari para SDM Kesehatan dan erdapat penggunaan SDM kesehatan melalui kesempatan untuk dapat mengembangkan karirnya hal ini didukung apabila penempatan SDM kesehatan tersebut sesuai dengan bidang keilmuannya. Hal ini di perkuat oleh Artikel tentang Analisis Perencanaan Sumber Daya Mansia ( SDM) Kesehatan Puskesmas dengan

Metode WISN di Kabupaten Lombok Barat oleh Ni Wayan Sri Wangi tahun 2019 menyimpulkan bahwa Terdapat 8 unit kerja dan 8 kategori tenaga di Puskesmas Gunung Sari yang memiliki tekanan beban kerja tinggi (rasio WISN kurang dari 1) yang membutuhkan tambahan tenaga. Berdasarkan analisis kebutuhan organisasi, personal dan pengembangan perlu adanya peningkatan kompetensi tenaga melalui Pendidikan berjenjang atau pelatihan.

SDM yang tidak dikelola dengan baik dan seksama, akan menjadi ancaman terbesar bagi pelaksanaan kebijakan, strategi, program dan prosedur. Desentralisasi sebagai kebijakan berniat untuk memperbaiki kinerja sistem dalam hal efisiensi, kualitas pelayanan, dan akuntabilitas. SDM sebagai operator dari sistem sudah diketahui sebagai kunci sukses dalam pelaksanaan desentralisasi. Namun dalam praktiknya, indikator keberhasilan manajemen SDM adalah sangat kompleks. 3 Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa hal, di antaranya mengelola SDM berarti mengubah perilaku, dan perilaku adalah salah satu aspek individu yang paling sulit untuk diintervensi Sebagaimana dalam penelitian Misnaniarti dengan judul Aspek Penting Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber daya Manusi (SDM) Kesehatan di Era Desentralisasi. Kesimpulan dalam penelitiannya yaitu Desentralisasi menimbulkan perubahan yang positif pada beberapa fungsi manajemen SDM dalam organisasi dinas tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Desentralisasi menimbulkan inspirasi bagi daerah untuk melaksanakan peran sentral, misalnya dalam pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan. Desentralisasi merupakan salah satu faktor pendukung terjadinya perubahan pola manajemen SDM di daerah.

Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di bulan Maret tahun 2020 merilis tentang Analisis Beban Kerja dan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Petugas Rekam Medis Puskesmas Adan-adan Kabupaten Kediri yang di tulis oleh Hikmawan Suryanto . Dari jurnal tersebut menyimpulkan bahwa Berdasarkan

hasil perhitungan analisis beban kerja menggunakan metode ABK, jumlah tenaga rekam medis di Puskesmas Adan-adan Kabupaten Kediri masih kurang. Seharusnya, jumlah petugas rekam medis berjumlah 3 orang. Namun, di Puskesmas Adan-adan Kabupaten Kediri hanya ada 1 orang. Oleh karena itu, jumlah petugas rekam medis masih kurang 2 orang.

Dalam sistem manajemen di pelayanan kesehatan, SDM turut berkontribusi baik dalam subsistem input maupun subsistem proses. Studi yang dilakukan oleh Olakunde BO menunjukkan bahwa mobilisasi sumber daya dan akuntabilitas merupakan faktor utama keberhasilan *National Health Act* di Nigeria. Meskipun pendanaan masyarakat adalah kunci keberhasilan pencapaian UHC, namun pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan masih rendah dan mobilisasi sumber daya juga masih lemah. Salah satu kegiatan yang dilakukan untuk mencapai sasaran Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan sesuai Rencana Strategis Kemenkes yaitu kegiatan perencanaan dan pendayagunaan SDM kesehatan. Sebagaimana dalam penelitian Mujiati dan Yuyun Yuniar yang berjudul Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional di Delapan Kabupaten-Kota di Indonesia. Penelitian tersebut menggunakan metode Analisa data kuantitatif dilakukan secara deskriptif dan analisa data kualitatif dengan content analysis. Adapaun hasilnya menyimpulkan bahwa Terdapat perubahan dalam perencanaan pengadaan SDM di daerah sesudah JKN, peningkatan beban kerja dan jam kerja, sehingga diperlukan perencanaan dan pengadaan SDM berbasis kebutuhan.

Manajemen sumber daya manusia kesehatan merupakan salah satu bagian terpenting dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan juga meningkatkan kualitas di fasilitas kesehatan. Sumber daya kesehatan menjadi komponen kunci dalam perubahan pembangunan kesehatan di

Indonesia. Perlu implementasi yang baik terkait manajemen pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan agar pembangunan kesehatan di Indonesia akan berjalan optimal. Sebagaimana dalam Jurnal Kesehatan Tambusai yang merilis penelitian Bagus Aprianto yang berjudul Implementasi manajemen sumber daya manusia Kesehatan di fasilitas Kesehatan. Dalam penelitian ini menyimpulkan bahwa masih belum optimalnya implementasi manajemen sumber daya manusia kesehatan di fasilitas kesehatan karena masih adanya kekurangan dan ketidakmerataan sumber daya manusia kesehatan di fasilitas kesehatan. Serta belum optimalnya pengembangan dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kompetensi dan kinerja sumber daya manusia kesehatan di fasilitas Kesehatan.

Perkesmas merupakan salah satu upaya kesehatan di puskesmas yang sangat menunjang visi Kementerian Kesehatan yaitu mencapai masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan. Pelaksanaan perkesmas di puskesmas tak lepas dari peran pengelola (koordinator) perkesmas yang menjalankan fungsi pengelolaan itu berdasarkan faktor-faktor manajemen SDM (perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian). Sebagaimana dalam penelitian Maya Ratnasari yang berjudul Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional di Delapan Kabupaten-Kota di Indonesia. Metode penelitian yang digunakan yaitu analitik korelasi secara *cross sectional* dengan sampel 71 koordinator perkesmas. Analisis data menggunakan *chi square* dan regresi logistic. Adapun kesimpulan hasilnya adalah manajemen yang paling dominan mempengaruhi pelaksanaan perkesmas adalah fungsi pengendalian

Perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan (SDMK) berdasarkan Permenkes No. 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Kebutuhan SDMK, belum berjalan baik. Sebagaimana dalam penelitian



Mimi Sumiarsih dalam penelitiannya yang berjudul Permasalahan dalam Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Kabupaten/Kota. Dalam penelitian tersebut menyimpulkan bahwa Permasalahan pada perencanaan SDM Kesehatan (SDMK) masih ditemukan pada aspek input dan proses sehingga menghasilkan output kesenjangan SDM Kesehatan di berbagai level pemerintahan di Indonesia. Permasalahan utama meliputi kebijakan pemerintah daerah dan manajemen ASN yang kompleks, kompetensi tenaga perencana yang rendah, dan dukungan pembiayaan yang minim. Permasalahan proses mencakup belum optimalnya pemanfaatan data dan sistem informasi serta belum dipahami dan dilaksanakannya penyusunan kebutuhan SDMK secara tepat. Sementara itu, permasalahan output adalah kesenjangan SDMK terkait kecukupan jumlah dan jenis tenaga kesehatan.

Adapun perbedaan dan persamaan penelitian terdahulu dengan penelitian yang di lakukan sebagaimana dalam tabel 2.1.

Tabel 2.1. Perbedaan dan Persamaan Penelitian terdahulu dengan penelitian yang akan di laksanakan.

Judul Penelitian	Penulis	Persamaan	Perbedaan
Analisis perencanaan sumber daya manusia kesehatan di Dinas Kesehatan Kab. Minahasa	Grace A.Salmate	Berkaitan dengan Perencanaan SDMK	Metode yang di gunakan berbeda
Analisis perencanaan sumber daya manusia dengan metode WISN di Lombok	Ni Wayan Sri Wangi	Penggunaan Analisis WISN dalam perencanaan SDMK	Peneliti dalam perencanaan menggunakan dua metode yaitu ABK kes dan WISN
Aspek Penting Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia di era desentralisasi	Misnaniarti	Berkaitan dengan Sumber daya manusia	Peniliti lebih focus dalam pernggunaan metode dan tidak berkaitan dengan aspek dalam SDMK
Analisis beban kerja dan kebutuhan sumber daya manusia petugas rekam medis puskesmas Adan kabupaten Kediri	Hikmawan Suryanto	Berkaitan dengan Analisis beban kerja SDMK	Objek penelitian di fokuskan pada tenaga Perawat

Judul Penelitian	Penulis	Persamaan	Perbedaan
Ketersediaan sumber daya manusia Kesehatan di fasilitas Kesehatan tingkat pertama era JKN	Mujiati dkk	Obyek penelitian tentang ketersediaan sumber daya dalam pelayanan kesehatan	Selain era JKN saat penelitian terjadi pandemic Covid-19
Implementasi manajemen sumber daya manusia kesehatan di fasilitas kesehatan	Bagus Aprianto	Ketersediaan sumber daya manusia	Peneliti berkaitan dengan implementasi dua metode dalam perencanaan
Ketersediaan SDM pada fasilitas Kesehatan era JKN di delapan kota di Indonesia	Maya Ratnasari	Ketersediaan SDM pada fasilitas kesehatan	Hanya dilakukan di Kabupaten Banyuwangi yang relative homogen
Permasalahan dalam perencanaan Kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan di Kabupaten/Kota	Mimi Sumiarsih	Kesenjangan SDM dalam system perencanaan	Implementasi metode dalam perencanaan SDM

## 2.2. Kajian Teori

### 2.2.1 Analisis Jabatan ( Job Analysis)

Menurut Dessler (1997), Analisis jabatan adalah prosedur untuk menetapkan tugas dan tuntutan keterampilan dari suatu jabatan serta individu seperti apa yang dipekerjakan pada jabatan tersebut. Definisi ini menunjukkan bahwa dalam proses menetapkan tugas dan menempatkan karyawan dalam tugas tertentu dibutuhkan sebuah analisis dan dasar pertimbangan tertentu.

Analisis jabatan merupakan suatu prosedur pengumpulan dan analisis data melalui prosedur tertentu sehingga diperoleh tentang informasi mengenai tugas pekerjaan dan persyaratan jabatan ( Jewell, LN & Siegall, M, 1990) . Penekanan definisi ini mengenai analisis jabatan sebagai sumber informasi tugas pekerjaan dan tuntutan dari pekerjaan tersebut.

LAN RI (1990) menyatakan bahwa analisis jabatan adalah suatu proses

dan teknik untuk mendapatkan data jabatan dan kemudian mengelolanya menjadi informasi jabatan serta menyajikan untuk keperluan tertentu. Definisi yang dirumuskan oleh tim LAN RI ini lebih menekankan pada metode dan teknik pengumpulan informasi jabatan dan disajikan untuk kepentingan tertentu dalam perusahaan atau institusi.

Analisa jabatan adalah suatu kegiatan untuk mencatat, mempelajari dan menyimpulkan keterangan-keterangan atau fakta-fakta yang berhubungan dengan masing-masing jabatan secara sistematis dan teratur, meliputi apa yang dilakukan pekerja pada jabatan tersebut, apa wewenang dan tanggung jawabnya, mengapa pekerjaan tersebut harus dilakukan, bagaimana cara melakukannya, alat-alat dan bahan-bahan yang digunakan dalam melaksanakan pekerjaannya, besarnya upah dan lamanya jam bekerja, pendidikan, pengalaman dan latihan yang dibutuhkan, keterampilan, sikap dan kemampuan yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan tersebut (moekiat, 2001).

Analisa jabatan dilakukan terutama untuk menyelidiki fungsi, peranan dan tanggung jawab sesuatu jabatan. Hasil Analisa Jabatan ini akan memberikan gambaran tentang tugas dan tanggung jawab setiap pekerja. Pemakaian atau kegunaan Analisa Jabatan pada umumnya digunakan untuk :

1) Kelembagaan

- a. Penyusunan organisasi baru pendukung
- b. Penyempumaan organisasi yang sekarang
- c. Peninjauan kembali alokasi tugas, wewenang dan tanggungjawab tiap jabatan

## 2). Kepegawaian

- a. Rekrutmen seleksi/penempatan
- b. Penilaian jabatan (Evaluasi jabatan)
- c. Penyusunan jenjang karir (*Career Planning*)
- d. Mutasi/promosi/rotasi (kaitannya erat dengan c)
- e. Program pelatihan

## 3). Ketatalaksanaan

- a. Tata laksana
- b. Tata kerja/prosedur

Elemen analisis jabatan mencakup dua elemen yaitu uraian jabatan (*job description*) dan Spesifikasi jabatan (*job specification*) atau persyaratan jabatan (*job requirement*). Uraian jabatan adalah suatu catatan yang sistematis tentang tugas dan tanggung jawab suatu jabatan tertentu, yang ditulis berdasarkan fakta-fakta yang ada. Penyusunan uraian jabatan ini adalah sangat penting, terutama untuk menghindarkan terjadinya perbedaan pengertian, untuk menghindari terjadinya pekerjaan rangkap, serta untuk mengetahui batas-batas tanggung jawab dan wewenang masing-masing jabatan. Hal-hal yang perlu dicantumkan dalam Uraian Jabatan pada umumnya meliputi :

- a. Identifikasi Jabatan, yang berisi informasi tentang nama jabatan, bagian dan nomor kode jabatan dalam suatu perusahaan.
- b. Ikhtisar Jabatan, yang berisi penjelasan singkat tentang jabatan tersebut; yang juga memberikan suatu definisi singkat yang berguna sebagai tambahan atas informasi pada identifikasi jabatan, apabila nama jabatan tidak cukup jelas
- c. Tugas-tugas yang harus dilaksanakan. Bagian ini adalah merupakan inti dari

Uraian Jabatan dan merupakan bagian yang paling sulit untuk dituliskan secara tepat. Untuk itu, bisa dimulai menyusunnya dengan mencoba menjawab pertanyaan-pertanyaan tentang apa dan mengapa suatu pekerjaan dilaksanakan, dan bagaimana cara melaksanakannya

- d. Pengawasan yang harus dilakukan dan yang diterima. Bagian ini menjelaskan nama-nama jabatan yang ada di atas dan di bawah jabatan ini, dan tingkat pengawasan yang terlibat
- e. Hubungan dengan jabatan lain. Bagian ini menjelaskan hubungan vertikal dan horizontal jabatan ini dengan jabatan-jabatan lainnya dalam hubungannya dengan jalur promosi, aliran serta prosedur kerja
- f. Aset, peralatan dan bahan-bahan yang digunakan
- g. Kondisi kerja, yang menjelaskan tentang kondisi fisik lingkungan kerja dari suatu jabatan. Misalnya panas, dingin, berdebu, ketal, bising dan lain-lain terutama kondisi kerja yang berbahaya.
- h. Komentar tambahan untuk melengkapi penjelasan di atas.

Spesifikasi jabatan adalah persyaratan minimal yang harus dipenuhi oleh orang yang menduduki suatu jabatan, agar ia dapat melaksanakan tugastugas yang dibebankan kepadanya dengan baik. Spesifikasi jabatan ini dapat disusun secara bersama-sama dengan Uraian Jabatan, tetapi dapat juga di susun secara terpisah. Beberapa hal yang pada umumnya dimasukkan dalam Spesifikasi Jabatan adalah:

- a. Persyaratan pendidikan, latihan dan pengalaman kerja.
- b. Persyaratan pengetahuan dan keterampilan
- c. Persyaratan fisik dan mental
- d. Persyaratan umur dan jenis kelamin

Uraian Jabatan dan Spesifikasi Jabatan, sebagai hasil dari Analisa Jabatan mempunyai banyak manfaat, antara lain:

- a. Sebagai dasar untuk melakukan Evaluasi Jabatan.
- b. Sebagai dasar untuk menentukan standard hasil kerja seseorang.
- c. Sebagai dasar untuk melakukan rekrutmen, seleksi dan penempatan pegawai baru.
- d. Sebagai dasar untuk merancang program pendidikan dan latihan.
- e. Sebagai dasar untuk menyusun jalur promosi.
- f. Untuk merencanakan perubahan-perubahan dalam organisasi dan penyederhanaan kerja.
- g. Sebagai dasar untuk mengembangkan program kesehatan dan keselamatan kerja

Analisis jabatan pada dasarnya adalah suatu proses pengumpulan, penelitian, penguraian data jabatan yang tahapannya sebagai berikut :

**a. Tahap persiapan dan perencanaan**

Pada tahap ini beberapa kegiatan yang dilakukan adalah :

- 1) Penegasan kembali struktur organisasi yang akan menjadi pegangan bagi proses selanjutnya termasuk nama-nama jabatan dan tempatnya.
- 2) Inventarisasi jabatan yang ada di setiap unit kerja yang ada dan di susun berdasarkan hierarki dan di beri kode identifikasi
- 3) Menetapkan metode pengumpulan data yang akan digunakan dan menyiapkan alat dan sama yang diperlukan ( formulir dll. ).
- 4) Membentuk team pelaksana analisis dan menjelaskan tentang metode yang akan digunakan.

- 5) Komunikasi/penjelasan oleh pimpinan perusahaan kepada semua pimpinan unit kerja dan semua karyawan tentang maksud dan tujuan analisis jabatan yang akan dilaksanakan. Hal ini dilaksanakan untuk mencegah terjadinya salah pengertian dan timbulnya persepsi dan harapan yang keliru.

#### **b. Tahap Pengumpulan Data**

Pengumpulan data jabatan dapat dilakukan dengan melalui beberapa cara:

##### 1) Metode Observasi dan Wawancara

Metode observasi berarti pelaksana analisis jabatan mengamati secara langsung di tempat bagaimana tugas pekerjaan dilaksanakan dan mencatatnya untuk di olahnya menjadi informasi. Sedangkan dalam metode wawancara petugas analisis mewawancarai langsung pemegang jabatan dengan mengajukan pertanyaan yang di siapkan lebih dulu dan mencatat jawabannya untuk diolah menjadi informasi yang di perlukan

##### 2) Metode Kuesioner ( Daftar Pertanyaan )

Pengumpulan data dilakukan melalui penyebaran daftar pertanyaan kepada semua karyawan untuk di isi. Daftar pertanyaan itu bisa bersifat "terbuka" (Open ended) artinya, penjawab harus memberikan jawaban menurut kehendaknya sendiri dengan caranya sendiri, tidak dibatasi. Bila daftar pertanyaan itu bersifat "tertutup" (Closed), maka pertanyaan sudah dibuat sedemikian rupa sehingga penjawab tinggal menjawab ya/tidak, atau benar/salah.

##### 3) Metode Studi Referensi

Metode ini mengandalkan pada pengetahuan dan "ahli", rujukan yang ada dan perbandingan dengan organisasi lain. Metode ini jarang digunakan

#### 4) Metode Kombinasi

Metode ini berarti menggunakan beberapa metode di atas sekaligus. Metode observasi di tempat dapat diadakan untuk jabatan atau posisi yang khusus. Observasi dapat mengungkapkan hal-hal yang tidak dapat diuraikan secara tertulis seperti kondisi kerja, arus kerja, proses, keterampilan yang dibutuhkan dan perajatan yang digunakan. Metode wawancara dilakukan mengingat tidak semua jabatan dapat dianalisis secara tertulis. Jabatan seperti: jabatan teknis, profesional, kepengawasan dan eksekutif sebaik-nya dikaji melalui wawancara atas pemegang jabatan yang bersangkutan. Metode daftar pertanyaan pada umumnya kurang berhasil, karena tidak semua karyawan telah mengisi formulir atau dapat membaca dan menulis dengan baik. Setiap kategori karyawan harus diberi kuisioner tersendiri dengan gaya bahasa khusus guna mencegah kesalahpahaman dalam penafsiran. Metode studi referensi misalnya dapat dilakukan dengan menganalisis buku catatan harian untuk mendapatkan informasi tentang suatu jabatan atau posist. Tetapi metode ini agak sulit dilakukan karena tidak semua catatan harian berguna, karena si penulis tidak merumuskan kegiatan yang sebenarnya. Juga masih banyak pekerjaan yang tidak membiasakan diri membuat catatan harian seperti pesuruh atau mekanik.

#### **c. Tahap pengolahan data**

Setelah proses pengumpulan data selesai, dilakukan pengolahan data yaitu :

- 1) Menentukan faktor-faktor dari penilaian jabatan.
- 2) Menentukan bobot nilai dari setiap factor.



- 3) Analisa hasil interview dan kuisioner yang telah di isi
- 4) Analisa persyaratan jabatan
- 5) Menyusun uraian jabatan
- 6) Melakukan pola penilaian jabatan sebagai dasar dari penentuan sistem personalia lainnya.
- 7) Mempersiapkan rekomendasi bagi perencanaan tenaga kerja, pola pengadaan, seleksi dan penempatan pegawai; penilaian karya pegawai ; sistem pemberian balas jasa ; pelatihan dan pengembangan pegawai, sistem dan prosedur administrasi kepegawaian.

### **2.2.2. Beban Kerja**

Beban kerja merupakan salah satu aspek yang harus di perhatikan oleh setiap perusahaan, karena beban kerja salah satu yang dapat mempengaruhi produktivitas kerja karyawan. Pengertian beban kerja oleh beberapa ahli memberikan pendapat yang berbeda, dimana perbedaan pengertian beban kerja seringkali terletak pada pembatasan dan jenis pekerjaan yang berbeda. Beban kerja (workload) dapat diartikan sebagai suatu perbedaan antara kapasitas atau kemampuan pekerja dengan tuntutan pekerjaan yang dihadapi (Hancock & Meshkati, 1988).

Menurut Irwandy (2007), Beban kerja adalah frekuensi kegiatan rata-rata dari masing-masing pekerjaan dalam jangka waktu tertentu. Beban kerja meliputi beban kerja fisik maupun mental. Akibat beban kerja yang terlalu berat ataupun kemampuan fisik yang terlalu lemah dapat mengakibatkan seorang pegawai menderita gangguan atau penyakit akibat kerja. Beban kerja harus diperhatikan

oleh suatu perusahaan karena beban kerja salah satu yang dapat meningkatkan produktivitas kerja karyawan. Selain salah satu unsur yang harus diperhatikan bagi seorang tenaga kerja untuk mendapatkan keserasian dan produktivitas kerja yang tinggi selain unsur beban tambahan akibat lingkungan kerja dan kapaistas kerja (Sudiharto, 2001).

Beban kerja sebagai suatu konsep yang timbul akibat adanya keterbatasan kapasitas dalam memproses informasi. Saat menghadapi suatu tugas, individu diharapkan dapat menyelesaikan tugas tersebut pada suatu tingkat tertentu. Apabila keterbatasan yang dimiliki individu tersebut menghambat atau menghalangi tercapainya hasil kerja pada tingkat yang diharapkan dan tingkat kapasitas yang dimiliki. Kesenjangan ini menyebabkan timbulnya kegagalan dalam kinerja (*performance failures*). Hal ini mendasari pentingnya pemahaman dan pengukuran yang lebih dalam mengenai beban kerja (Kalichman, Simbayi, Kaufman, Cain, & Jooste, 2007).

Menurut B. Tarwaka (2004) faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah sebagai berikut:

#### 1. Faktor Eksternal

Faktor eksternal beban kerja adalah beban kerja yang berasal dari luar tubuh pekerja. Aspek beban kerja eksternal sering disebut sebagai *stressor*, yang termasuk beban kerja eksternal adalah: •

##### a) Tugas-tugas (*task*).

Tugas ada yang bersifat fisik seperti tata ruang kerja, stasiun kerja, alat dan sarana kerja, kondisi kerja, sikap kerja, dan alat bantu kerja. Tugas juga ada yang bersifat mental seperti, kompleksitas pekerjaan dan tanggung jawab

terhadap pekerjaan.

b) Organisasi kerja.

Organisasi kerja yang mempengaruhi beban kerja misalnya, lamanya waktu kerja, waktu istirahat, kerja bergilir, sistem pengupahan, kerja malam, music kerja, tugas, dan wewenang.

c) Lingkungan kerja

Lingkungan kerja yang dapat mempengaruhi beban kerja misalnya saja lingkungan kerja afisik (penerangan, kebisingan, getaran, mekanis), lingkungan kerja kimiawi (debu, gas, pencemar udara) lingkungan kerja biologis (bakteri virus, dan parasit) dan lingkungan kerja psikologis (penempatan tenaga kerja).

## 2. Faktor Internal

Faktor internal beban kerja adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh itu sendiri sebagai akibat adanya reaksi dari beban kerja eksternal. Reaksi tersebut dikenal dengan strain. Secara ringkas faktor internal meliputi:

- a) Faktor somatis, yaitu jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, kondisi kesehatan, status gizi
- b) Faktor psikis, yaitu motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan, kepuasan, dan lain-lain.

### 2.2.3. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Menurut Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang dikutip oleh Adisasmito (2007), SDM kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan serta terpadu dan saling mendukung, guna

menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sementara itu, SDM kesehatan menurut PP No. 32/1996 yang juga dikutip oleh Adisasmito (2007) adalah semua orang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan, maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melaksanakan upaya kesehatan.

Tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Tenaga kesehatan menurut SKN yang dikutip oleh Adisasmito (2007) adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan, maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan. Sedangkan menurut PP No. 32/1996 yang juga dikutip oleh Adisasmito (2007), tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan formal di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upayakesehatan.

Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2014 bab III menyatakan bahwa kualifikasi dan pengelompokan tenaga Kesehatan terdiri dari tenaga Kesehatan dan asisten tenaga Kesehatan. Tenaga Kesehatan harus

memiliki kualifikasi minimal Pendidikan Diploma Tiga, kecuali tenaga medis. Sedangkan asisten tenaga Kesehatan harus memiliki kualifikasi minimal Pendidikan menengah di bidang Kesehatan yang bekerja dibawah supervise tenaga Kesehatan. Adapun kelompok Kesehatan meliputi tenaga medis, psikologi klinis, keperawatan, kebidanan, kefarmasian, Kesehatan masyarakat, Kesehatan lingkungan, gizi, ketrampilan fisik, keteknisan medis, Teknik biomedis, Kesehatan tradisonal dan kesehan lainnya.

#### **2.2.4. Manajemen Kesehatan**

Manajemen berasal dari bahasa Inggris "*management*" dengan kata kerja *to manage* yang secara umum berarti mengurus. Dalam arti khusus manajemen dipakai bagi pimpinan dan kepemimpinan, yaitu orang-orang yang melakukan kegiatan memimpin, disebut "manajer" (Oxford, 2005). Louis A,(2009) mendefinisikan manajemen dengan tiga pengertian yaitu manajemen sebagai suatu proses, manajemen sebagai suatu kolektivitas manusia da manajemen sebagai ilmu dan manajemen sebagai seni.

John D. Millett (1954) membatasi manajemen sebagai *management is the process of directing and facilitating the work of people organized in formal groups to achive a desired goal*, yaitu suatu proses pengarahan dan pemberian fasilitas kerja kepada orang yang diorganisasikan dalam kelompok formal untuk mencapai tujuan (Millet, 1954).

Plunket (2005) membatasi sebagai *people who are allocate and oversee the use of resources*, yaitu orang yang mengatur dan mengawasi penggunaan sumber daya. Plunket (2005) mendefinisikan manajemen sebagai *one or more*

managers individually and collectively setting and achieving goals by exercising related functions (planning organizing staffing leading and controlling) and coordinating various resources (information materials money and people)". Artinya, manajemen merupakan satu atau lebih manajer yg secara individu maupun bersama-sama menyusun dan mencapai tujuan organisasi dengan melakukan fungsi-fungsi terkait (perencanaan pengorganisasian penyusunan staf pengarahan dan pengawasan) dan mengkoordinasi berbagai sumber daya (informasi material uang dan orang) (Punket, 2005).

G.R. Terry (1960) menyebutkan bahwa management is distinct process consisting of planing, organizing, actuating and controlling performed to determine and accomplish stated objectives by the use of human being and other resources. Artinya, manajemen adalah suatu proses khusus yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan lainnya (Terry, 1960).

Daft (2003) menyebutkan bahwa management is the attainment of organizational goals in an effective and efficient manner through planning organizing leading and controlling organizational resources. Artinya, manajemen merupakan pencapaian tujuan organisasi dengan cara yang efektif dan efisien lewat perencanaan pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan sumberdaya organisasi (Daft, 2009).

Siswanto (2007) menyebutkan bahwa manajemen sebagai ilmu (science) dan sebagai seni. Manajemen merupakan suatu ilmu dan seni, karena antara keduanya tidak bisa dipisahkan. Manajemen sebagai suatu ilmu pengetahuan

karena telah dipelajari sejak lama dan telah diorganisasikan menjadi suatu teori. Hal ini dikarenakan didalamnya menjelaskan tentang gejala-gejala manajemen, gejala-gejala ini lalu diteliti dengan menggunakan metode ilmiah yang diwujudkan dalam bentuk suatu teori. Sedangkan, manajemen sebagai suatu seni, memandang bahwa di dalam mencapai suatu tujuan diperlukan kerja sama dengan orang lain, perlu diketahui mengenai cara memerintahkan pada orang lain agar mau bekerja sama (Siswanto, 2007).

Maka, berdasarkan pendapat-pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu (Hasibuan, 2005).

Terdapat lima pendekatan yang dapat digunakan dalam mengkaji fungsi dan unsur manajemen, antara lain (Maulana, 2004):

1. *Management by objective* (Manajemen dilaksanakan untuk mencapai tujuan organisasi).

Manajemen berdasarkan sasaran adalah aktifitas memadukan sumber-sumber organisasi menjadi satu kesatuan. Manajemen adalah suatu proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian upaya dari anggota organisasi serta penggunaan semua sumber daya yang ada pada organisasi untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Sasaran harusnya mempunyai persyaratan dengan menggambarkan 5 karakter yaitu dengan singkatan SMART yaitu (Maulana, 2004):

- a. *Specific*, yaitu dimana sasaran harus jelas
- b. *Measurable*, yaitu sasaran itu harus biasa diukur.

- c. *Attainable*, yaitu sasaran harus realistic dan bisa dijalankan oleh organisasi.
  - d. *Relevant*, yaitu sarana harus menyambung dan mendukung visi dan misi besar organisasi.
  - e. *Time-Bound*, yaitu sasaran harus punya batasan waktu.
2. *Management is how to work with others* (manajemen adalah kerja sama untuk mencapai tujuan bersama).

Adanya pendekatan ini, fungsi manajemen akan dapat dipelajari dari proses kerja sama yang berkembang antara pimpinan dengan stafnya dalam mencapai tujuan organisasi. Sumber daya lain yang penting adalah dana dan material. Manajemen harus mampu mengelola sumberdaya tersebut untuk mencapai tujuan organisasi. Aplikasi pendekatan ini dibidang kesehatan misalnya: Seorang bidan puskesmas akan mampu memberikan pertolongan persalinan untuk ibu-ibu hamil di wilayah kerjanya jika ibu hamil memilih fasilitas kesehatannya dan dia memiliki staf pembantu bidan yang akan menjaga ibu-ibu selama perawatan masa nifas. Bidan dan staf pembantu bidan adalah SDM penting dalam melaksanakan program KIA. Pengembangan tugas Bidan Puskesmas mempunyai arti penting dalam manajemen puskesmas (Darma, 2009).

3. Manajemen ditinjau dari aspek perilaku manusia

Manusia sebagai sumber daya utama manajemen selalu akan responsif pada saat berinteraksi dengan orang lain. Manajemen dapat dipelajari melalui perilaku organisasi tersebut. Perilaku organisasi ditentukan oleh upaya kepemimpinan yang mampu membangkitkan motivasi staf. Perilaku organisasi



kesehatan memiliki ciri khas sendiri yang berbeda dengan organisasi lain. Misalnya di dalam puskesmas, seorang SKM yang menjadi kepala Puskesmas harus mampu memotivasi kinerja dokter, bidan, dan tenaga kesehatan lain yang memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda-beda (Darma, 2009).

#### 4. Manajemen sebagai suatu proses

Manajemen sebagai proses dapat dipelajari melalui fungsi-fungsi manajemen. Fungsi manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, dan penilaian. Dapat dicontohkan bahwa dalam manajemen kesehatan, seorang kepala puskesmas harus mampu melaksanakan fungsi-fungsi manajemen dalam melaksanakan program-program kesehatan masyarakat di puskesmas (Darma, 2009).

#### 5. Manajemen sebagai ilmu terapan

Manajemen sebagai ilmu terapan, artinya manajemen harus peduli dengan fungsi sosialnya di masyarakat (mempunyai kegunaan yang dapat dipakai dalam setiap organisasi untuk mencapai tujuannya). Dapat dicontohkan bahwa dalam sebuah Puskesmas, Kepala puskesmas harus memiliki wawasan yang cukup luas dan terus mengembangkan diri dengan mempelajari berbagai ilmu yang terkait dengan tugas-tugasnya. Seorang SKM yang menjadi pimpinan organisasi kesehatan harus mampu menghitung persediaan dana, memahami kebijakan anggaran pemerintah dan menghitung pengeluaran biaya kesehatan untuk memelihara kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya (Darma, 2009).

Manajemen kesehatan merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya administrasi kesehatan yang ditopang oleh pengelolaan data dan informasi, pengembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengaturan

hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Manajemen kesehatan diselenggarakan melalui proses perencanaan, pelaksanaan, pengendalian dan pengawasan serta pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Perencanaan diperlukan karena pembangunan lebih besar daripada sumber daya yang tersedia. Melalui perencanaan ingin dirumuskan kegiatan pembangunan yang secara efisien dan efektif dapat memberikan hasil yang optimal dalam memanfaatkan sumber daya yang tersedia dan mengembangkan potensi yang ada (Adisasmito,2007).

#### **2.2.5. Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 mengamanatkan bahwa tugas Kementerian Kesehatan mengawal jumlah, jenis, mutu, dan penyebaran SDM Kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Oleh karena itu, pentingnya menyusun rencana kebutuhan SDM Kesehatan merupakan langkah strategis yang perlu dilaksanakan dalam upaya mendukung pembangunan kesehatan. Perencanaan SDM Kesehatan dimaksudkan untuk memperoleh jumlah tenaga yang tepat dalam keterampilan, pengalaman dan kompetensi yang dibutuhkan dalam tugasnya dan dapat menyelesaikan tugas tepat waktu.

Berdasarkan permenkes nomor 33 tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Beberapa permasalahan perencanaan SDM Kesehatan yang dihadapi pemerintah kabupaten/kota saat ini antara lain:

1. komitmen pemerintah daerah dalam bentuk dukungan anggaran, peningkatan

- kapasitas tenaga perencana SDM, dan dukungan tindak lanjut terhadap dokumen perencanaan kebutuhan SDM masih kurang;
2. pelaporan dokumen perencanaan kebutuhan SDM ke tingkat provinsi dan pusat (Kementerian Kesehatan) belum berjalan sebagaimana mestinya;
  3. perpindahan tenaga perencana SDM yang sudah dilatih tentang perencanaan SDM masih tinggi;
  4. perencanaan SDM tingkat kabupaten/kota belum menggambarkan perencanaan SDM untuk setiap instansi kesehatan di wilayahnya;
  5. pelaporan data dan informasi ketersediaan dan kebutuhan SDM dari institusi kesehatan swasta belum lengkap dan berjalan sebagaimana mestinya;
  6. belum adanya persepsi yang sama antara pemangku kepentingan dalam metode dan alat perhitungan kebutuhan SDM;
  7. dokumen perencanaan kebutuhan SDM tidak sepenuhnya sesuai dengan format yang diharapkan SKPD yang bertanggung jawab dan berwenang dibidang manajemen kepegawaian;
  8. jumlah dan kapasitas tenaga perencana SDM masih rendah; dan
  9. data dan informasi SDM untuk perencanaan SDM kurang lengkap, akurat dan terkini.

Persoalan yang dihadapi dalam perencanaan sumber daya manusia dalam pengembangan dan implementasinya dari strategi sumber daya manusia dapat dikelompokkan ke dalam empat permasalahan (Rothwell, 1995) :

1. Perencanaan menjadi suatu problema yang dirasa tidak bermanfaat karena adanya perubahan pada lingkungan eksternal organisasi, meskipun nampak adanya peningkatan kebutuhan bagi perencanaan.

2. Realitas dan bergesernya kaleidoskop prioritas kebijakan dan strategi yang ditentukan oleh keterlibatan interes group yang memiliki power.
3. Kelompok faktor-faktor yang berkaitan dengan sifat manajemen dan ketrampilan serta kemampuan manajer yang memiliki preferensi bagi adaptasi pragmatik di luar konseptualisasi, dan rasa ketidakpercayaan terhadap teori atau perencanaan, yang dapat disebabkan oleh kurangnya data, kurangnya pengertian manajemen lini, dan kurangnya rencana korporasi.
4. Pendekatan teoritik konseptual yang dilakukan dalam pengujian kematangan perencanaan sumber daya manusia sangat idealistik dan preskriptif, di sisi lain tidak memenuhi realita organisasi dan cara manajer mengatasi masalahmasalah spesifik.

Permasalahan tersebut merupakan sebuah resiko yang perlu adanya antisipasi dengan menerapkan aspek fleksibilitas ,manakala terjadi kesenjangan di lapangan. Namun sedapat mungkin manajer telah menyiapkan langkah-langkah antisipasi secara cermat setiap perkembangan yang terjadi , karena pada dasarnya sebuah bangunan perencanaan SDM tidak harus dibongkar secara mendasar jika ada kekurangan dan kelemahan ,tentu ada upaya mengatasi jalan keluar yang terbaik. Oleh karena itu diperlukan analisis terhadap perencanaan yang dibuat dengan menerapkan analisi SWOT.

Perencanaan sumber daya manusia merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi permintaan bisnis dan lingkungan pada organisasi di waktu yang akan datang dan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kerja yang ditimbulkan oleh kondisi tersebut. Ada empat kegiatan saling berhubungan, yang membentuk sistem perencanaan sumber daya manusia yang terpadu (*integrated*)

yaitu persediaan sumber daya manusia sekarang, peramalan (*forecast*) suplai dan permintaan sumber daya manusia, rencana untuk memperbesar jumlah individu yang "*qualified*", dan berbagai prosedur pengawasan dan evaluasi untuk memberikan umpan balik kepada system (Raymonnd, 2010).

Menurut Afif (2013), Perencanaan sumberdaya manusia berarti mengestimasi secara sistematis permintaan (kebutuhan) dan suplai tenaga kerja organisasi di waktu yang akan datang. Ini memungkinkan departemen personalia dapat menyediakan tenaga kerja secara lebih tepat sesuai dengan kebutuhan organisasi. Idealnya, organisasi harus mengidentifikasi baik kebutuhan personalia jangka pendek maupun jangka panjang melalui perencanaan. Rencana jangka pendek menunjukkan berbagai kebutuhan tenaga kerja yang harus dipenuhi selama satu tahun yang akan datang. Sedangkan rencana jangka panjang mengestimasi situasi sumber daya manusia untuk dua,lima, atau kadang-kadang sepuluh tahun yang akan datang.

Perencanaan sumberdaya manusia ini memungkinkan organisasi untuk:

1. Memperbaiki penggunaan sumberdaya manusia.
2. Memadukan kegiatan-kegiatan personalia dan tujuan-tujuan organisasi di waktu yang akan datang secara efisien
3. Melakukan pengadaan karyawan-karyawan baru secara ekonomis.
4. Mengembangkan informasi dasar manajemen personalia untuk membantu kegiatankegiatan personalia dan unit-unit organisasi lainnya.
5. Membantu program penarikan dari pasar tenaga kerja secara sukses.
6. Mengkoordinasikan program-program manajemen personalia yang berbeda-beda, seperti rencana-rencana penarikan dan seleksi. (T.Hani

Handoko,1989:53)

Perencanaan sumber daya manusia sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik yang berasal dari dalam organisasi itu sendiri (internal) maupun yang berasal dari lingkungan organisasi (eksternal).

#### 1. Faktor-Faktor Eksternal

Yang dimaksud dengan faktor-faktor eksternal adalah berbagai hal yang pertumbuhan dan perkembangannya berada di luar kemampuan organisasi untuk mengendalikannya. Kiggundu, seperti telah dijelaskan sebelumnya, menyebutkan bahwa yang tergolong faktor-faktor eksternal adalah teknologi, Sosial budaya, Politik, dan Ekonomi. Sedangkan S.P. Siagian ( Dalam Faustino,2003) memperluasnya menjadi enam faktor, meliputi situasi ekonomi, sosial budaya, politik, peraturan perundang-undangan, teknologi, dan pesaing.

#### 2. Faktor-Faktor Internal

Yang dimaksud dengan factor-faktor internal adalah berbagai kendala yang terdapat di dalam organisasi itu sendiri. Faktor internal, menurut S.P Siagian ( Dalam Faustino,2003) adalah : rencana strategik, anggaran , estimasi produksi dan penjualan, usaha atau kegiatan baru, dan rancangan organisasi dan tugas pekerjaan. Sedangjan Kiggudu mengemukakan bahwa faktor-faktor internalnya meliputi, Sistem informasi manajemen dan organisasi, sistem manajemen keuangan, sistem marketting dan pasar, dan sistem manajemen pelaksanaan.

Antara faktor-faktor tersebut, baik internal maupun eksternal, saling berinteraksi dan berpengaruh. Perencanaan sumber daya manusia harus bertitik tolak dari pengkajian terhadap faktor-faktor tersebut. (Faustino,2003:84)

Rangkaian pelaksanaan perencanaan SDM yang terintegrasi dengan rencana

strategi bisnis baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang menurut Hadari Nawawi, 1997:144 adalah sebagai berikut:

1. Dalam proses perencanaan strategi bisnis, beberapa organisasi/perusahaan akan melakukan:
  - a) Menyusun rencana strategi bisnis dengan perspektif jangka panjang (5-10 tahun) atau lebih di masa mendatang.
  - b) Menyusun rencana operasional bisnis yang dijabarkan dalam rencana strategi dengan perspektif jangka sedang (3-5 tahun) di masa mendatang.
  - c) Menyusun rencana tindakan berupa anggaran dengan perspektif tahunan yang menggambarkan kegiatan bisnis yang akan dilaksanakan selama satu tahun (tahunan) dengan menyediakan anggaran tertentu untuk dapat diwujudkan.
2. Dalam kegiatan perencanaan SDM
  - a) Pada tahap awal perencanaan SDM mengidentifikasi isu-isu berdasarkan komponen-komponen di dalam rencana strategi bisnis jangka panjang. Beberapa komponen yang bisa dijadikan isu perencanaan SDM antara lain (1) filsafat perusahaan, (2) laporan hasil penelitian tentang hal-hal seputar lingkungan bisnis, (3) tujuan-tujuan dan sasaran strategis yang akan dicapai, dan (4) hasil analisis SWOT perusahaan.
  - b) Pada tahap selanjutnya hasil analisis isu digunakan sebagai masukan dari perencanaan operasional jangka menengah ke dalam tahap kegiatan perkiraan kebutuhan SDM dalam proses perencanaan SDM.
  - c) Hasil perkiraan kebutuhan SDM tersebut dijadikan masukan secara integral dalam penyusunan anggaran tahunan ke dalam langkah perencanaan SDM.

Secara skematis, pengaruh dari ketiga tingkatan perencanaan bisnis terhadap perencanaan

Dalam implementasi organisasi, setelah sebelumnya dilakukan penyesuaian atau pengintegrasian rencana, maka secara operasional perencanaan SDM harus mampu menterjemahkan setiap program yang akan dilakukannya dan meyakinkan bahwa semua rencana SDM tidak akan saling berbenturan dengan perencanaan bisnis secara keseluruhan. Proses perencanaan SDM pada tingkat ini merupakan proses memilih dan menentukan kebutuhan jenis karyawan, baik dari sisi kualitas maupun kuantitasnya. Sedikitnya terdapat empat aspek dalam perencanaan SDM masing-masing sebagai berikut:

1. Proyeksi jumlah karyawan yang dibutuhkan (*forecasting of employees*).
2. Identifikasi SDM yang tersedia dalam organisasi (*human resource audit*).
3. Analisis keseimbangan penawaran dan permintaan (*demand and supply analysis*).
4. Program aksi (*action program*).

Membuat proyeksi jumlah karyawan yang akan dibutuhkan karena berbagai alasan seperti karena pensiun, meninggal dunia, pindah ke perusahaan lain, dan promosi jabatan merupakan inti dari program perencanaan SDM. Untuk melakukan proyeksi guna mengetahui jumlah karyawan yang dibutuhkan dalam masa waktu tertentu harus menggunakan teknik atau metode terukur sehingga diperoleh data yang handal (*valid*) sebagai bahan pengambilan keputusan selanjutnya. Sedikitnya ada dua teknik sederhana dalam menentukan jumlah kebutuhan SDM, yaitu (1) teknik indeksasi, dan (2) ekstrapolasi. Teknik indeksasi dan ekstrapolasi ini sebenarnya bagian dari metode trend yang lebih bersifat



kuantitatif (Safarudin Alwi, 2001).

Inti dari perencanaan SDM adalah tersedianya data yang akurat tentang kebutuhan SDM dalam kurun waktu tertentu secara kuantitas maupun kualitas. Berbagai langkah untuk pelaksanaan perencanaan SDM melalui beberapa proses dan menggunakan metode/teknik statistik kuantitatif maupun kualitatif sehingga diperoleh informasi jumlah karyawan (kelebihan atau kekurangan) dan tindakan apa yang seharusnya dilakukan oleh manajemen SDM atas kemungkinan dari keduanya (Safarudin Alwi, 2001).

Dalam praktek pelaksanaan perencanaan SDM yang efektif, pada era global seperti sekarang ini akan menghadapi tantangan yang tidak ringan. Salah satu tantangan yang harus dihadapi, antara lain (Henry Simamora, 1997:73):

1. Mempertahankan keunggulan kompetitif. Dalam persaingan bisnis yang keras, keunggulan kompetitif menjadi tujuan setiap organisasi bisnis. Keunggulan kompetitif yang diraih dan dinikmati oleh organisasi hanya bersifat jangka pendek karena organisasi/perusahaan lain juga melakukan usaha untuk mencari dan meraih keunggulan kompetitif dengan strategi yang sama dengan yang kita lakukan. Sehingga tantangan dari perspektif SDM adalah membuat strategi-strategi yang menawarkan keunggulan kompetitif yang dapat dipertahankan (*sustainable competitive advantage*).
2. Mendukung keseluruhan strategi bisnis. Penyusunan strategi SDM untuk mendukung keseluruhan strategi bisnis merupakan tantangan karena beberapa sebab (1) manajemen puncak tidak selalu mampu mengucapkan secara jernih apa strategi bisnis perusahaan, (2) kemungkinan terdapat ketidakpastian atau ketidaksetujuan mengenai strategi-strategi SDM yang harus digunakan untuk

mendukung keseluruhan strategi bisnis, (3) perusahaan-perusahaan besar mungkin memiliki unit-unit bisnis yang berbeda.

3. Menghindari konsentrasi berlebihan pada masalah-masalah harian. Kebanyakan para manajer lebih banyak mencurahkan hal-hal yang bersifat rutinitas dan berperspektif jangka pendek. Dalam konteks ini perencanaan SDM memiliki tantangan untuk masa datang dalam melahirkan orang-orang visioner yang mampu melihat gambaran masa depan secara integral melebihi orang lain di sekitarnya.
4. Menyusun strategi-strategi SDM yang sesuai dengan karakteristik-karakteristik unik organisasi. Menjadi tugas dalam perencanaan SDM mendatang dalam menyusun strategi bisnis berbeda dengan pesaing. Keunikan strategi bisnis yang dijalankan antar perusahaan tidak ada yang sama persis, namun dalam menjaga strategi bisnis yang sukses dijalankan selama ini menjadi suatu hal yang sangat sulit sehingga mudah ditiru pesaing.
5. Menanggulangi perubahan lingkungan. Lingkungan bisnis yang kompetitif merupakan tantangan bagi program perencanaan, bukan saja dalam bidang SDM tetapi dalam hal perencanaan produksi, pemasaran, dan penganggaran lainnya.
6. Menyita komitmen manajemen. Perencanaan SDM di tengah-tengah persaingan bisnis pada situasi ekonomi global saat ini, departemen/manajer SDM seringkali dibuat pusing karena jarang dilibatkan dalam perencanaan strategi bisnis pada tingkat korporat. Tidak adanya pelibatan departemen SDM dalam penentuan rencana strategi bisnis perusahaan mengakibatkan pencapaian tujuan-tujuan organisasi secara keseluruhan kurang optimal. Hal ini menjadi tantangan di masa datang dalam usaha memenangkan setiap persaingan.

7. Menterjemahkan rencana strategic ke dalam tindakan. Tantangan lain dalam pelaksanaan perencanaan SDM dan perencanaan strategi bisnis adalah sering tidak adanya kesesuaian antara rencana yang bagus tetapi jelek dalam praktek. Dengan belajar dari keadaan ini, selanjutnya pada masa datang sebelum rencana direalisasikan harus diuji dan kaji dulu sehingga bisa memberikan jaminan keberhasilan sebuah perencanaan.
8. Mengakomodasikan perubahan-perubahan. Tantangan terakhir dalam perencanaan SDM dan perencanaan strategi bisnis perusahaan adalah bagaimana semua rencana yang akan dilakukan dapat menyesuaikan dengan dinamika jaman yang ada. Perencanaan yang tidak akomodatif, tidak lentur, tidak fleksibel dan tidak peka terhadap perkembangan pasar hanya akan melahirkan kumpulan-kumpulan rencana yang sulit untuk direalisasikan

Secara garis besar, perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar sebagai berikut:

1. Perencanaan kebutuhan SDM pada tingkat institusi

Perencanaan SDM kesehatan pada kelompok ini ditujukan pada perhitungan kebutuhan SDM kesehatan untuk memenuhi kebutuhan sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik dan lain-lain.

2. Perencanaan kebutuhan SDM pada tingkat wilayah

Perencanaan di sini dimaksudkan untuk menghitung kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan kebutuhan di tingkat wilayah (propinsi/kabupaten/kota) yang merupakan gabungan antara kebutuhan institusi dan organisasi.

3. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan untuk bencana

Perencanaan ini dimaksudkan untuk mempersiapkan SDM kesehatan saat prabencana, terjadi bencana dan post bencana, termasuk pengelolaan kesehatan pengungsi (Adisasmito, 2007).

Untuk itu pengelola kebutuhan SDM kesehatan yang bertanggung jawab pada ketiga kelompok di atas perlu memahami secara lebih rinci teknis perhitungannya untuk masing-masing kelompok (Adisasmito, 2007). Dalam perencanaan SDM kesehatan perlu memperhatikan Strategi Perencanaan SDM Kesehatan:

1. Rencana kebutuhan SDM kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan baik kebutuhan lokal, nasional maupun global.
2. Pendayagunaan SDM kesehatan diselenggarakan secara merata, serasi, seimbang dan selaras oleh pemerintah, masyarakat dan dunia usaha baik di tingkat pusat maupun tingkat daerah. Dalam upaya pemerataan SDM kesehatan perlu memperhatikan keseimbangan antara hak dan kewajiban perorangan dengan kebutuhan masyarakat. Pendayagunaan SDM kesehatan oleh pemerintah diselenggarakan melalui pendelegasian wewenang yang proporsional dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah.
3. Penyusunan perencanaan berdasarkan pada sasaran nasional upaya kesehatan dari Rencana Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010.
4. Pemilihan metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan didasarkan pada kesesuaian metode dengan kemampuan dan keadaan daerah masing-masing (Depkes, 2004).

Sistem perencanaan sumber daya manusia pada pokoknya meliputi perkiraan, permintaan dan suplai karyawan atau tenaga di suatu organisasi. Dari uraian itu, secara terinci dapat disimpulkan bahwa kegiatan perencanaan sumber daya manusia terdiri dari 4 kegiatan yang saling berkaitan, yakni:

1. Inventarisasi persediaan sumber daya manusia

Yaitu menelaah dan menilai sumber daya manusia yang ada atau tersedia saat ini (tentang jumlahnya, kemampuannya, keterampilannya dan potensi pengembangannya) serta menganalisis penggunaan sumber daya sekarang ini.

2. Perkiraan (peramalan) sumber dayamanusia

Melakukan prediksi atau taksiran kebutuhan (permintaan) dan penawaran (suplai) sumber daya manusia di waktu yang akan datang, baik jumlah (kuantitas), maupun kualitasnya.

3. Penyusunan rencana sumber daya manusia

Memadukan kebutuhan (permintaan) dengan penawaran (suplai) sumber daya manusia, melalui rekrutmen (penarikan), seleksi, pelatihan, penempatan, pemindahan, promosi dan pengembangan.

4. Monitoring dan evaluasi

Untuk memberikan umpan balik terhadap pencapaian tujuan sasaran perencanaan sumber daya manusia, perlu disusun perencanaan sumber daya manusia, perlu disusun rencana monitoring dan evaluasi serta indikator monitoring dan evaluasi tersebut (Notoatmodjo, 2003).

Konsep perencanaan kebutuhan SDM merupakan penetapan langkah-langkah sebagai jawaban atas 6 (enam) buah pertanyaan yang lazim dikenal sebagai 5W + 1 H, yaitu:

1. Tindakan apa yang harus dikerjakan (*WHAT*)
2. apakah sebabnya tindakan itudikerjaka (*WHY*)
3. dimanakah tindakan itu akandilakukan(*WHERE*)
4. bilamana tindakanitudikerjakan (*WHEN*)
5. siapa yang akan mengerjakan tindakanitu (*WHO*)

6. bagaimana pelaksanaannya (*HOW*).

Mondy dan Noe (1995) mendefinisikan Perencanaan SDM sebagai proses yang secara sistematis mengkaji keadaan sumberdaya manusia untuk memastikan bahwa jenis, jumlah dan kualitas dengan keterampilan yang tepat, akan tersedia pada saat mereka dibutuhkan. George Milkovich dan Paul C. Nystrom (Dale Yoder, 1981) mendefinisikan bahwa perencanaan tenaga kerja adalah proses peramalan, pengembangan, pengimplementasian dan pengontrolan yang menjamin perusahaan mempunyai kesesuaian jumlah pegawai, penempatan pegawai secara benar, waktu yang tepat, yang secara otomatis lebih bermanfaat.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa perencanaan kebutuhan SDM kesehatan adalah proses sistematis dalam upaya menetapkan, jumlah, dan kualifikasi SDM kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi suatu wilayah dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan ditingkat institusi bisa dihitung dengan menggunakan metode penyusunan kebutuhan tenaga berdasarkan Daftar Susunan Pegawai (DSP) atau "*authorized staffing list*", metode penyusunan kebutuhan tenaga berdasarkan WISN (*Workload Indikator Staf Need*/ Indikator Kebutuhan Tenaga Berdasarkan Beban Kerja), metode penyusunan kebutuhan tenaga berdasarkan skenario/ proyeksi dari WHO dan metode penyusunan kebutuhan tenaga untuk bencana (Depkes, 2004).

Berdasarkan Permenkes Nomor 33 tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan, data

dasar untuk proses penyusunan perencanaan sumber daya manusia kesehatan meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, jenis dan jumlah SDM yang tersedia, waktu kerja yang tersedia, waktu untuk mengikuti pelatihan sesuai dengan kelompok rumpun jabatan, standart pelayanan operasional prosedur dan uraian tugas pokok.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/ atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitative, dengan upaya kesehatan meliputi promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi tempat praktik mandiri Tenaga Kesehatan, pusat kesehatan masyarakat, klinik, rumah sakit, apotek, unit transfusi darah, Iaboratorium kesehatan dan optikal.

Menurut Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang dikutip oleh Adisasmito (2007), SDM kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan serta terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sementara itu, SDM kesehatan menurut PP No. 32/1996 yang juga dikutip oleh Adisasmito (2007) adalah semua orang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan, maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melaksanakan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan menurut SKN yang dikutip oleh Adisasmito (2007) adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan professional di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan, maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan. Sedangkan menurut PP No.

32/1996 yang juga dikutip oleh Adisasmito (2007), tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan formal di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Menurut Permenkes nomor 43 tentang puskesmas, sumber daya manusia kesehatan yang terdapat di puskesmas meliputi dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, tenaga sanitasi lingkungan, nutrisisionis, tenaga apoteker/atau tenaga teknis kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga sisten informasi kesehatan, tenaga administrasi keuangan, tenaga ketatausahaan dan pekarya.

Adapun jenis dan jumlah ketenagaan puskesmas sebagaimana dalam peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2019 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2. Standart Ketenagaan Puskesmas

No	Jenis Tenaga	Puskesmas Kawasan perkotaan	Puskesmas Kawasan Pedesaan		Puskesmas Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil	
		Non Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat inap	Rawat inap
1	Dokter dan/atau dokter layanan primer	1	1	2	1	2
2	Dokter gigi	1	1	1	1	1
3	Perawat	5	5	8	5	8
4	Bidan	4	4	7	4	7
5	Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku	2	1	1	1	1
6	Tenaga sanitasi lingkungan	1	1	1	1	1
7	Nutrisisionis	1	1	2	1	2
8	Tenaga apoteker dan /atau tenaga teknis kefarmasian	1	1	1	1	1



No	Jenis Tenaga	Puskesmas Kawasan perkotaan	Puskesmas Kawasan Pedesaan		Puskesmas Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil	
		Non Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat inap	Rawat inap
9	Ahli teknologi laboratorium medik	1	1	1	1	1
10	Tenaga system informasi Kesehatan	1	1	1	1	1
11	Tenaga ketatausahaan	1	1	1	1	1
12	Tenaga administrasi keuangan	1	1	1	1	1
13	Pekarya	2	1	1	1	1
Jumlah		23	20	28	20	28

Standart ketengagaan sebagaimana table 2.5 tersebut merupakan kondisi minimal yang di harapkan agar puskesmas dapat terselenggara dengan baik. Standart ketenagaan belum termasuk tenaga di puskesmas Pembantuan Praktek Bidan Mandiri di desa.

#### 2.2.6. Metode WISN

WISN(*Workload Indicator Staffing Needs*).Metode ini dapat digunakan untuk semua unit kerja, perhitungan lebih riil karena berdasarkan pekerjaan yang nyata. Dari hasil analisa data dapat menggambarkan mutu pelayanan kesehatan yang ada dan dapat digunakan untuk mengusulkan tambahan tenaga/ menempatkan tenaga berdasarkan kompetensi. Dari metode ini juga diperoleh WISN ratio, semakin kecil WISN ratio maka akan semakin berat beban kerja yang ada di dibandingkan dengan ketersediaan tenaga. Kelemahan dari metode ini antara lain membutuhkan standar pelayanan untuk masing-masing kategori tenaga, uraian tugas yang rinci, standar waktu untuk melaksanakan tugas dan

membutuhkan data (absensi, jumlah kunjungan, kuantitas kegiatan,) pada tahun-tahun sebelumnya sehingga sulit bila akan menghitung kebutuhan tenaga untuk unit baru.

Metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan beban kerja (WISN) adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan pada beban pekerjaan nyata yang dilaksanakan oleh tiap kategori SDM kesehatan pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Kelebihan metode ini mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realistis. Adapun langkah perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan WISN ini meliputi 5 langkah, yaitu :

1. Menetapkan waktu kerja tersedia
2. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM
3. Menyusun standar beban kerja
4. Menyusun standar kelonggaran
5. Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja

Pada dasarnya metode WISN ini dapat di gunakan di rumah sakit, puskesmas dan sarana kesehatan lainnya, atau bahan dapat digunakan untuk kebutuhan tenaga di Kantor Dinas Kesehatan.

Berikut langkah- langkah dalam perhitungan kebutuhan SDM puskesmas Terdiri dari beberapa langkah, yakni:

- a. Menetapkan waktu kerja tersedia

Menetapkan waktu kerja tersedia tujuannya adalah diperolehnya waktu kerja tersedia masing-masing kategori SDM yang bekerja di Puskesmas selama kurun waktu satu tahun. Data yang dibutuhkan untuk menetapkan waktu kerja

tersedia adalah sebagai berikut :

- 1) Hari kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di puskesmas atau Peraturan Daerah setempat, pada umumnya dalam 1 minggu 6 hari kerja. Dalam 1 tahun 250 hari kerja (6 hari x 50 minggu).
- 2) Cuti tahunan, sesuai ketentuan setiap SDM memiliki hak cuti 12 hari kerja setiap tahun.
- 3) Pendidikan dan pelatihan, sesuai ketentuan yang berlaku di puskesmas untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi/profesionalisme setiap kategori SDM memiliki hak untuk mengikuti pelatihan/kursus/seminar/lokakarya dalam 6 hari kerja.
- 4) Hari Libur Nasional, berdasarkan Keputusan Bersama Menteri Terkait tentang Hari Libur Nasional dan Cuti Bersama, tahun 2002-2003 ditetapkan 15 Hari Kerja dan 4 hari kerja untuk cuti bersama.
- 5) Ketidakhadiran kerja, sesuai data rata-rata ketidakhadiran kerja (selama kurun waktu 1 tahun) karena alasan sakit, tidak masuk dengan atau tanpa pemberitahuan/ijin.
- 6) Waktu kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di puskesmas atau Peraturan Daerah, pada umumnya waktu kerja dalam 1 hari adalah 8 jam (5 hari kerja/minggu).

Berdasarkan data tersebut selanjutnya dilakukan perhitungan untuk menetapkan waktu tersedia dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{Waktu Kerja Tersedia} = \{A - (B+C+D+E)\} \times F$$

Keterangan :

A = Hari Kerja

D = Hari Libur Nasional

B = Cuti Tahunan

E = Ketidak Hadiran Kerja

C = Pendidikan dan Pelatihan

F = Waktu Kerja

Apabila ditemukan adanya perbedaan rata-rata ketidak hadiran kerja atau Dinaskesehatan menetapkan kebijakan untuk kategori SDM tertentu dapat mengikuti pendidikan dan pelatihan lebih lama di banding kategori SDM lainnya, maka perhitungan waktu kerja tersedia dapat dilakukan perhitungan menurut kategori SDM.

#### **b. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM**

Menetapkan unit kerja dan kategori SDM 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 puskesmas. Data dan informasi yang dibutuhkan untuk penetapan unit kerja dan kategori SDM adalah sebagai berikut :

1. Bagan Struktur Organisasi puskesmas dan uraian tugas pokok dan fungsi masing-masing unit dan sub-unit kerja.
2. Data Pegawai Berdasarkan Pendidikan yang bekerja pada tiap unit kerja di puskesmas.
3. PP 32 tahun 1996 tentang SDM kesehatan.
4. Peraturan perundang undangan berkaitan dengan jabatan fungsional SDM kesehatan.
5. Standar profesi, standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) pada tiap unit kerja puskesmas.

**c. standar beban kerja**

Standar beban kerja adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (rata-rata waktu) dan waktu yang tersedia per-tahun yang dimiliki oleh masing-masing kategori tenaga.

Data dan informasi yang dibutuhkan untuk menetapkan beban kerja masing- masing kategori SDM utamanya adalah sebagai berikut :

1. Kategori SDM yang bekerja pada tiap unit kerja puskesmas sebagaimana hasil yang telah ditetapkan pada langkah kedua.
2. Standar profesi, standar pelayanan yang berlaku di puskesmas.
3. Rata-rata waktu yang dibutuhkan oleh tiap kategori SDM untuk melaksanakan/menyelesaikan berbagai pelayanan puskesmas.
4. Data dan informasi kegiatan pelayanan pada tiap unit kerja puskesmas.

Beban kerja masing-masing kategori SDM di tiap unit kerja puskesmas adalah meliputi :

1. Kegiatan pokok yang dilaksanakan oleh masing-masing kategori SDM.
2. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok.
3. Standar beban kerja per 1 tahun masing-masing kategori SDM Kegiatan pokok adalah kumpulan berbagai jenis kegiatan sesuai standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) untuk menghasilkan pelayanan kesehatan/medik yang dilaksanakan oleh SDM kesehatan dengan kompetensi tertentu. Langkah selanjutnya untuk memudahkan dalam menetapkan beban kerja masing-masing kategori SDM, perlu disusun kegiatan pokok serta jenis

kegiatan pelayanan, yang berkaitan langsung/ tidak langsung dengan pelayanan kesehatan perorangan.

### **Rata-Rata Waktu**

Rata-rata waktu adalah suatu waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu kegiatan pokok, oleh masing-masing kategori SDM pada tiap unit kerja. Kebutuhan waktu untuk menyelesaikan kegiatan sangat bervariasi dan dipengaruhi standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP), sarana dan prasarana medik yang tersedia serta kompetensi SDM.

Rata-rata waktu ditetapkan berdasarkan pengamatan dan pengalaman selama bekerja dan kesepakatan bersama. Agar diperoleh data rata-rata waktu yang cukup akurat dan dapat dijadikan acuan, sebaiknya ditetapkan berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok oleh SDM yang memiliki kompetensi, kegiatan pelaksanaan standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP) dan memiliki etos kerja yang baik.

Secara bertahap puskesmas dapat melakukan studi secara intensif untuk menyusun standar waktu yang dibutuhkan menyelesaikan tiap kegiatan oleh masing-masing kategori SDM.

### **Standar Beban kerja**

Standar beban kerja adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (waktu rata-rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori SDM.

Adapun rumus perhitungan standar beban kerja adalah sebagai berikut:

$$\text{Standar Beban Kerjas SDMK} = \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Waktu rata - rata SDMK}}$$

#### **d. Menyusun standar kelonggaran**

Penyusunan standar kelonggaran tujuannya adalah diperolehnya faktor kelonggaran tiap kategori SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu untuk menyelesaikan suatu kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan pokok/pelayanan.

Penyusunan faktor kelonggaran dapat dilaksanakan melalui pengamatan dan wawancara kepada tiap kategori tentang :

1. Kegiatan-kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pada pasien, misalnya ; rapat, penyusunan laporan kegiatan, menyusun kebutuhan obat/bahan habis pakai.
2. Frekuensi kegiatan dalam suatu hari, minggu, bulan
3. Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan

Selama pengumpulan data kegiatan penyusunan standar beban kerja, sebaiknya mulai dilakukan pencatatan tersendiri apabila ditemukan kegiatan yang tidak dapat dikelompokkan atau sulit dihitung beban kerjanya karena tidak/kurang berkaitan dengan pelayanan pada pasien untuk selanjutnya digunakan sebagai sumber data penyusunan faktor kelonggaran tiap kategori SDM.

Setelah faktor kelonggaran tiap kategori SDM diperoleh, langkah selanjutnya adalah menyusun Standar Kelonggaran dengan melakukan perhitungan berdasarkan rumus di bawah ini.

$$\text{Standar Kelonggaran} = \frac{\text{Rata – rata waktu per faktor kelonggaran}}{\text{Waktu Kerja tersedia}}$$

#### e. Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja

Perhitungan kebutuhan SDM per unit kerja tujuannya adalah diperolehnya jumlah dan jenis/kategori SDM per unit kerja sesuai beban kerja selama 1 tahun. Sumber data yang dibutuhkan untuk perhitungan kebutuhan SDM per unit kerja meliputi :

1. Data yang diperoleh dari langkah-langkah sebelumnya yaitu :
  - a) Waktu kerja tersedia
  - b) Standar beban kerja dan
  - c) Standar kelonggaran masing-masing kategori SDM
2. Kuantitas kegiatan pokok tiap unit kerja selama kurun waktu satu tahunan.

#### **Kuantitas Kegiatan Pokok**

Kuantitas kegiatan pokok disusun berdasarkan berbagai data kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan di tiap unit kerja puskesmas selama kurun waktu satu tahun..

#### **Kebutuhan SDM**

Data kegiatan Instalasi Rawat Jalan dan Rawat Inap yang telah diperoleh dan Standar Beban Kerja serta Standar Kelonggaran merupakan sumber data untuk perhitungan kebutuhan SDM di setiap instalasi dan unit kerja dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$Kebutuhan\ SDM = \frac{Kuantitas\ kegiatan\ pokok + standart\ kelonggaran}{Standar\ beban\ kerja}$$

Berdasarkan rumus perhitungan tersebut, kebutuhan SDM untuk tiap kegiatan pokok terlebih dahulu di jumlahkan sebelum di tambahkan dengan Standar



Kelonggaran masing-masing kategori SDM.

### **2.2.7. Analisis Beban Kerja Kesehatan ( ABK Kes.)**

Menurun Peraturan menteri Kesehatan Nomor 33 tahun 2015 tentang Pedoman penyusunan perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan bahwa tujuan analisis beban kerja Kesehatan merupakan perencanaan kebutuhan SDM baik tingkat manajerial maupun pelayanan yang sesuai dengan beban kerja, sehingga di peroleh informasi kebutuhan jumlah pegawai. Data yang di perlukan dalam ABK Kes meliputi :

1. data institusi dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (rumah sakit umum, puskesmas, klinik Pemerintah atau pemerintah daerah sesuai dengan kebutuhan pada jenjang administrasi pemerintahan masing-masing).
2. data jenis dan jumlah SDM yang ada (tahun terakhir) pada institusi dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan.
3. informasi hari kerja yang ditentukan oleh kebijakan Pemerintah yakni 5 (lima) hari atau 6 (enam) hari kerja per minggu, sehingga dalam 1 (satu) tahun maka jumlah hari kerja 260 (dua ratus enam puluh) hari (5 x 52 minggu) dan 312 (tiga ratus dua belas) hari (6 x 52 minggu).
4. Informasi WKT (Waktu Kerja Tersedia) sebesar 1200 (seribu dua ratus) jam atau 72.000 (tujuh puluh dua ribu) menit per tahun.
5. Informasi rata-rata lama waktu mengikuti pelatihan sesuai ketentuan

yang berlaku Informasi kelompok dan jenis tenaga kesehatan mengacu pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

6. Informasi standar pelayanan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pada tiap institusi kesehatan.
7. Informasi tugas pokok dan uraian tugas hasil Analisis Jabatan institusi atau standar pelayanan yang ditetapkan).

#### 2.2.8. *Work Sampling*

Menurut Barnes (1980) dalam Ahar (2008), *work sampling* adalah pengukuran kegiatan kerja dari karyawan secara pengamatan yang dicatat, dimana menetapkan jumlah sampel pengamatan kegiatan dilakukan secara acak atau random.

Menurut Niebel (1982) dalam Suharyono (2005) yang dikutip dari Azhar (2008), *work sampling* adalah suatu teknik untuk mengukur proporsi besaran masing- masing pola kegiatan dari total waktu kegiatan yang telah dilaksanakan dari suatu kelompok kerja atau unit kerja. Hasil pengukuran *work sampling* secara efektif dapat menetapkan besaran kelonggaran dari masing- masing pola kegiatan untuk membedakan pemanfaatan mesin atau sumber daya manusia, dan untuk menetapkan standar produksi.

Menurut Wangsaharja (1987) dalam Achmad (1998) yang dikutip dari Azhar (2008), *work sampling* adalah suatu pengamatan sesaat, berkala pada suatu sampel dari waktu kerja seseorang atau sekelompok pekerja. Secara khusus *work sampling* bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai alokasi waktu dari pelaksanaan berbagai tugas dan kegiatan seseorang atau sekelompok orang dalam

menyelesaikan suatu pekerjaan dalam menjalankan peranan dan fungsinya.

*Work sampling* menurut Ilyas (2004), merupakan kegiatan pengukuran beban kerja melalui pengamatan aktivitas atau kegiatan yang dilaksanakan. Pada *work sampling* akan diperoleh informasi tentang :

1. Aktivitas yang sedang dilaksanakan oleh personel pada waktu jam kerja.
2. Apakah aktivitas yang dilaksanakan pada waktu kerja tersebut berkaitan dengan fungsi dan tugasnya.
3. Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk aktivitas produktif atau tidak produktif.
4. Pola beban kerja personel yang berkaitan dengan waktu, dan pembagian jam kerja.

*Work sampling* mempunyai 3 manfaat yaitu: pertama, *activity and delay sampling*, dapat mengukur proporsi kegiatan kerja dan tidak bekerja dari tenaga manusia atau mesin. Kedua, *performance sampling*, mengukur penggunaan waktu bekerja dan penggunaan waktu tidak bekerja dari karyawan berdasarkan uraian tugasnya, dan sekaligus mengukur produktivitasnya. Ketiga, *work measurement*, dapat mengukur efektivitas uraian pekerjaan tertentu, sehingga dapat menetapkan waktu untuk menyelesaikan suatu pekerjaan (Barnes, 1980).

Secara umum teknik yang digunakan dalam penelitian pengamatan kegiatan kerja seseorang atau sekelompok pekerja ada tiga macam teknik (Ilyas, 2004), yaitu: *time and motion study*, *work sampling*, dan *daily log*. Dari ketiga teknik tersebut, teknik *work sampling* paling banyak digunakan karena kelebihan dan kemudahan yang dimiliki oleh teknik ini, seperti:

1. Untuk nenerapa tenaga kerja yang sedang diamati cukup diperlukan satu orang

tenaga pengamat, sedangkan pada teknik *time study* diperlukan satu orang pengamat untuk setiap tenaga yang diamati.

2. Tidak diperlukan tenaga pengamatan yang sangat terlatih atau sangat menguasai pekerjaannya di dalam teknik *work sampling*, karena yang diamati hanya aktivitasnya.
3. Teknik *work sampling* dapat dihentikan setiap saat tanpa berdampak buruk pada hasil penelitian.
4. Teknik *work sampling* kurang memberikan rasa bosan dan kelelahan bagi pengamat dibandingkan dengan pengamatan terus menerus pada teknik *time study*.

Adapun kekurangan dari teknik *work sampling* adalah sebagai berikut:

1. Tidak dapat memberikan informasi yang sangat lengkap terhadap rincian detail aktivitas tenaga yang diamati seperti pada teknik *time study*.
2. Dengan teknik *work sampling*, tenaga yang sedang diamati dapat saja bekerja lebih baik atau sesuai dengan uraian tugasnya pada saat sang pengamat hadir didekatnya, sehingga bisa terjadi bias terhadap wktivitas yang sesungguhnya.

Menurut Barnes (1980) dalam Azhar (2008), langkah- langkah berikut diperlukan pengamatan teknik *work sampling*, yaitu sebagai berikut:

1. Tentukan jenis personel yang akan diamati.
2. Tetapkan dan pilih tenaga pengamat yang akan diminta bantuannya untuk melaksanakan aktivitas pengamatan terhadap pekerja yang ada disuatu unit kerja, sebaiknya mempunyai latar belakang pendidikan yang sejenis dengan subjek yang akan diamati. Berikan penjelasan yang secukupnya tentang prosedur pengamatan dan pencatatan aktivitas pengamatan serta lakukan

beberapa kali latihan aktivitas pengamatan. Jelaskan juga kepada seluruh anggota pekerja di unit yang akan diteliti tentang maksud aktivitas tersebut, dan pastikan sikap kerjasama mereka.

3. Buat rancangan penelitian; pertama, tetapkan besarnya sampel pengamatan. Kedua, pilih tenaga pengamatan. Ketiga, tetapkan lamanya hari pengamatan. Keempat, buat jadwal aktivitas pengamatan yang harus dilaksanakan oleh pengamat. Kelima, buat formulir pencatatan hasil pengamatan.
4. Lakukan satu atau dua hari untuk aktivitas percobaan penelitian.
5. Laksanakan aktivitas penelitian sesuai rancangan penelitian,
  - a) Catat setiap hasil pengamatan
  - b) Segera olah data yang dikumpulkan setiap hari,
  - c) Masukkan data kedalam grafik control setiap hari selesai penelitian.
6. Periksa akurasi data pada akhir penelitian.
7. Buat kesimpulan akhir hasil penelitian.

Menurut Ilyas (2004), aktivitas sumber daya manusia kesahatan dalam penggunaan waktu kerjanya dapat diamati dan dibedakan atas lima macam jenis aktivitas, yaitu:

1. Aktivitas langsung adalah aktivitas yang dilakukan berkaitan langsung dengan pasien, disini dicantumkan seluruh aktivitas yang mungkin dilaksanakan oleh tenaga tersebut.
2. Aktivitas tidak langsung adalah aktivitas yang dilakukan tidak terhadap pasien tetapi tetap ada kaitannya dengan pemeriksaan pasien diruangan.
3. Aktivitas pengembangan diri adalah seluruh aktivitas yang dilakukan oleh tenaga tersebut tidak berhubungan dengan pasien tetapi hal tersebut

bermanfaat untuk unit kerja dan pengembangan pengetahuan pribadi si pekerja dalam rangka menjalankan tugasnya.

4. Aktivitas pribadi adalah aktivitas untuk kepentingan pribadinya seperti makan, minum, ke toilet dan shalat.
5. Aktivitas non produktif adalah seluruh aktivitas yang dilakukan oleh tenaga tersebut yang tidak bermanfaat kepada pasien, kepada unit satuan kerjanya maupun organisasinya, seperti membaca Koran, menonton televisi, mengobrol dan lain- lain.

Besaran satuan masing- masing pengamatan harus dapat ditetapkan pada awal rancangan penelitian. Biasanya ditetapkan dalam satuan menit, dimana jumlah frekuensi pengamatan dikalikan dengan besaran menit setiap kali pengamatan dilakukan. Misalkan pengamatan dilakukan setiap lima menit selama satu shift kerja yang tersedia, langkah selanjutnya jumlah kegiatan hasil pengamatan yang dicatat dikalikan dengan lima, akan didapatkan besaran waktu pelaksanaan kegiatan tersebut dalam satuan menit. Pengamatan pada teknik *work sampling* dilaksanakan selama jam kerja 8 jam perhari, dan apabila jenis tenaga yang diamati berfungsi selama 24 jam atau tiga *shift* kerja, maka pengamatan dilakukan sepanjang hari. Oleh Karen aitu, dibutuhkan beberapa orang pengamat untuk mengambil data pada tiga *shift* aktivitas yang dimaksud.

Pada *work sampling* yang diamati adalah pekerjaan yang sedang dilakukan oleh personel, informasi yang dibutuhkan oleh penelitian ini adalah waktu dan aktivitasnya, bukan identitas personelnnya (Ilyas, 2004). Pada *work sampling* orang yang diamati harus dilihat atau diamati dari kejauhan. Misalnya ketika sedang melayani pasien, aktivitas ini dapat digolongkan kegiatan produktif.

### **2.2.9. Pendekatan Penyusunan Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan**

Penyusunan Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan dilakukan dengan dua pendekatan:

1. Perencanaan dari atas (*Top Down Planning*) yakni Pusat menetapkan kebijakan, menyusun pedoman, sosialisasi, pelatihan, TOT, dan lokakarya secara berjenjang. Dengan pendekatan ini maka diharapkan kebijakan penyusunan perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan dapat terimplementasikan oleh pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota;
2. Perencanaan dari bawah (*Bottom Up Planning*), yakni Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan dimulai dari institusi kesehatan kabupaten/kota yang dilaksanakan oleh suatu tim perencana yang dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan pejabat yang berwenang pemerintah daerah kabupaten/kota. Pemanfaatan hasil perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan diadvokasikan kepada para pemangku kepentingan di tiap jenjang administrasi pemerintahan.

### **2.2.10. Puskesmas**

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Depkes, 2011). Ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, peranan dan

kedudukan puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan, Puskesmas bertanggungjawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan Kesehatan perorangan.

Sesuai dengan kemampuan tenaga maupun fasilitas yang berbeda, maka kegiatan pokok yang dapat dilaksanakan oleh puskesmas akan berbeda. Kegiatan pokok Puskesmas yang harus dilaksanakan adalah sebagai program KIA, Keluarga Berencana, Usaha Perbaikan Gizi, Kesehatan Lingkungan, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan, penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Sekolah, Kesehatan Olah Raga, Perawatan Kesehatan Masyarakat, Kesehatan dan keselamatan Kerja, Kesehatan Gigi dan Mulut, Kesehatan Jiwa, Kesehatan Mata, Laboratorium Sederhana, Pencatatan Laporan dalam rangka Sistem Informasi Kesehatan.

Adapun fungsi puskesmas adalah sebagai berikut :

#### 1. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Puskesmas selalu berupaya mengerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu, puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dari pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.



## 2. Pusat Pemberdayaan Kesehatan

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

## 3. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi:

### a. Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

### b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat

tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan Kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya (Depkes RI, 2004).

### **2.2.11. Tenaga Perawat**

Perawat atau *Nurse* berasal dari bahasa latin, yaitu kata *Nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Harlley (1997) menjelaskan pengertian dasar seorang perawat, yaitu seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu, dan melindungi seseorang dari sakit, injuri, serta proses penuaan. Perawat profesional adalah perawat yang bertanggung jawab dan berwenang untuk memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan/atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya (Depkes RI, 2002) dalam Bastian (2008).

Lokakarya Nasional Kelompok Kerja Keperawatan-Konsorsium Ilmu Kesehatan (1983) dalam Aditama (2003) merumuskan bahwa keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik yang sakit maupun yang sehat mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan keperawatan berupa bantuan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri

Keperawatan merupakan profesi, yang di masa depan perlu semakin tertib seperti yang dikemukakan oleh *World Medical Association*, (1991), yakni “*enchancing the quality of life and the health status of all people*”. Dengan demikian profesi perawat secara berkesinambungan akan berperan besar dalam meningkatkan kualitas hidup serta derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Fungsi perawat adalah melakukan pengkajian atas kondisi individu baik sehat maupun sakit, di mana segala aktivitas yang dilakukan berguna untuk pemulihan kesehatan. Berdasarkan pengetahuan yang dimiliki, aktivitas ini dilakukan dengan berbagai cara untuk mengembalikan kemandirian pasien secepat mungkin; yaitu dalam bentuk proses Keperawatan yang terdiri dari tahap Pengkajian, Identifikasi Masalah (Diagnosis Keperawatan), Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi.

Keperawatan, dalam menjalankan pelayanan sebagai *Nursing Service*, menyangkut bidang yang sangat luas, yang secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu upaya untuk membantu orang sakit maupun sehat dari sejak lahir sampai meninggal dunia dalam bentuk peningkatan pengetahuan, kemauan, serta kemampuan yang dimiliki. Jadi, orang tersebut dapat secara optimal melakukan kegiatan sehari-hari dengan mandiri tanpa memerlukan bantuan atau tergantung pada orang lain (Henderson, 1980).

Menurut Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, Perawat memiliki Hak dan Kewajiban Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan berhak:

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan

standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;

2. Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya;
3. Menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan;
4. Menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
5. Memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar

Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan berkewajiban:

1. Melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan sesuai dengan standar Pelayanan Keperawatan dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
2. Memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
3. Merujuk Klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
4. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standar;
5. Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan Keperawatan kepada Klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;
6. Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang

sesuai dengan kompetensi Perawat; dan

7. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Keperawatan adalah salah satu profesi di puskesmas yang berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pada standar tentang evaluasi dan pengendalian mutu dijelaskan bahwa pelayanan keperawatan menjamin adanya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dengan terus-menerus melibatkan diri dalam program pengendalian mutu di puskesmas.

James Willan dalam buku *Hospital Management* (1990) menyebutkan bahwa *Nursing Departement* mempunyai beberapa tugas, seperti: (1) memberikan pelayanan keperawatan pada pasien, baik untuk kesembuhan ataupun pemulihan status fisik dan mentalnya, (2) memberikan pelayanan lain bagi kenyamanan dan keamanan pasien, seperti penataan tempat tidur dll., (3) melakukan tugas-tugas administratif, (4) menyelenggarakan pendidikan keperawatan berkelanjutan, (5) melakukan berbagai penelitian/riset untuk senantiasa meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, (6) berpartisipasi aktif dalam program pendidikan bagi para calon perawat.

Untuk melakukan tugas-tugas tersebut, maka *Nursing Departement* di rumah sakit

perlu memperhatikan beberapa hal seperti :

1. Mengupayakan semaksimal mungkin kesembuhan seorang pasien sehingga pasien tersebut mendapat derajat kesehatan yang sebaik-baiknya
2. Sepanjang keadaan memungkinkan, mengikutsertakan keluarga pasien dalam proses perawatan, misalnya memberi makan atau mengganti baju
3. Mengelompokkan pasien berdasar berat ringannya penyakit, sehingga

kelompok pasien yang relatif lebih berat dapat ditempatkan tidak jauh dari *nurse station* dan relatif mendapat perhatian yang lebih besar.

John Griffith (1987) dalam Aditama (2003) menyatakan bahwa kegiatan keperawatan di rumah sakit dapat dibagi menjadi keperawatan klinik dan manajemen keperawatan. Kegiatan keperawatan klinik antara lain terdiri dari :

Pelayanan keperawatan profesional (*personal nursing care*), yang antara lain berupa pelayanan keperawatan umum dan atau spesifik untuk sistem tubuh tertentu, pemberian motivasi dan dukungan emosi pada pasien, pemberian obat dll Berkomunikasi dengan dokter dan petugas penunjang medik, mengingat perawat selalu berkomunikasi dengan pasien setiap waktu sehingga merupakan petugas yang seyogianya paling tahu tentang keadaan pasien

Berbagai hal tentang keadaan pasien ini perlu dikomunikasikan dengan dokter atau petugas lain

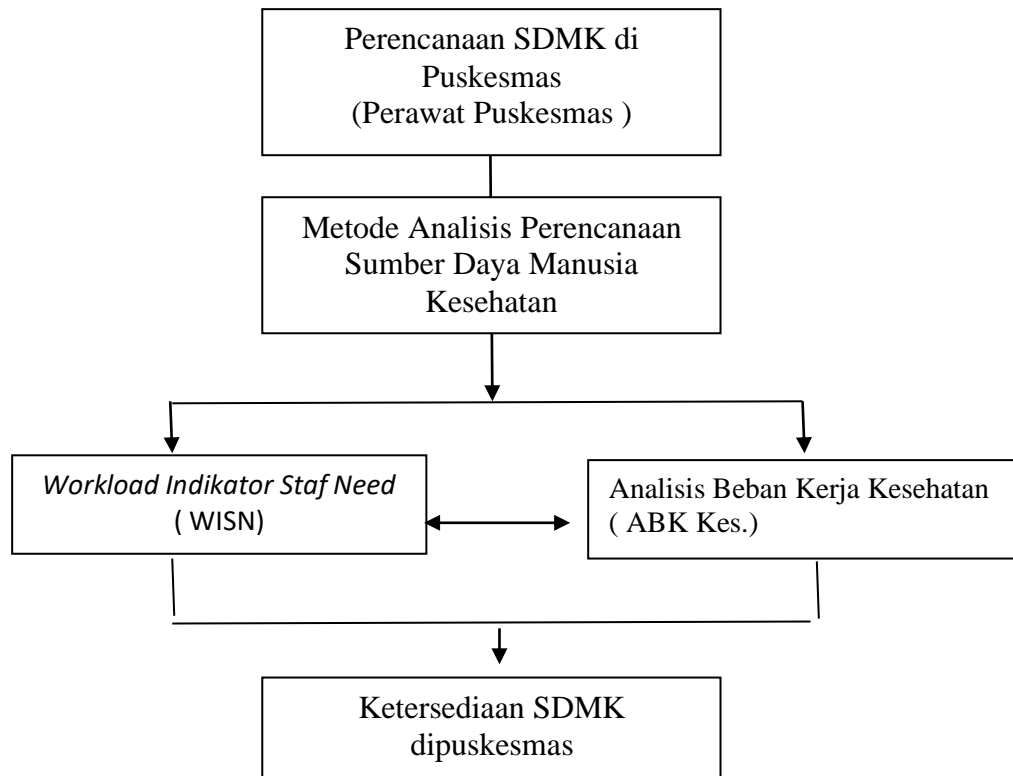
1. Menjalin hubungan dengan keluarga pasien. Komunikasi yang baik dengan keluarga/kerabat pasien akan membantu proses penyembuhan pasien itu sendiri. Keluarga perlu mendapatkan kejelasan sampai batas tertentu tentang keadaan pasien, dan berpartisipasi aktif dalam proses penyembuhannya.
2. Menjaga lingkungan bangsal tempat perawatan. Dalam hal ini perlu diingatkan bahwa dulu Florence Nightingale dan teman-temannya secara langsung mengepel dan menyikat lantai bangsal perawatan tempat mereka bekerja. Kini situasinya mungkin telah berubah, tetapi perawat tetap bertanggung jawab terhadap lingkungan bangsal perawatan pasien, baik lingkungan fisik, mikrobiologik, keamanan dll

3. Melakukan penyuluhan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit. Program ini dapat dilakukan pada pasien dengan materi spesifik sesuai penyakit yang dideritanya. Tetapi, dapat juga diberikan pada pengunjung rumah sakit secara umumnya, bahkan masyarakat di luar dinding rumah sakit sekalipun.

Dalam hal manajemen keperawatan di rumah sakit, tugas yang harus dilakukan adalah:

1. Penanganan administratif, antara lain dapat berupa pengurusan masuknya pasien ke rumah sakit (*patient admission*), pengawasan pengisian dokumen catatan medik dengan baik, membuat penjadwalan proses pemeriksaan/pengobatan pasien dll
2. Membuat penggolongan pasien sesuai berat-ringannya penyakit, dan kemudian mengatur kerja perawatan secara optimal pada setiap pasien sesuai kebutuhannya masing-masing
3. Memonitor mutu pelayanan pada pasien, baik pelayanan keperawatan secara khusus maupun pelayanan lain secara umumnya
4. Manajemen ketenagaan dan logistik keperawatan, kegiatan ini meliputi *staffing, scheduling, assignment* dan *budgeting*

### 2.3. Kerangka Konseptual



### 2.4. Hipotesa Penelitian

Dari uraian diatas, dapat di rumuskan hipotesa penelitian sebagai berikut :

Ha : ada perbedaan kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan metode WISN dengan Analisa Beban Kerja Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi.



## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1. Tempat / Lokasi dan Waktu Penelitian**

Berdasarkan uraian pada latar belakang, penelitian akan dilaksanakan di seluruh puskesmas se-Kabupaten Banyuwangi. Adapun waktu pelaksanaan pengambilan data akan dilaksanakan di bulan Agustus tahun 2021.

#### **3.2. Teknik Sampling, Populasi dan Sampel**

##### **3.2.1. Teknik Sampling**

Teknik sampling adalah cara untuk menentukan sampel yang jumlahnya sesuai dengan ukuran sampel yang akan dijadikan sumber data sebenarnya, dengan memperhatikan sifat-sifat dan penyebaran populasi agar diperoleh sampel yang representative. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan cara kluster (*Cluster Random Sampling*) yaitu melakukan randomisasi terhadap kelompok, bukan terhadap subjek secara individual (Azwar, 2010). Pemilihan dilakukan karena karakteristik populasi yang homogen, kerangka sampling jelas dan memungkinkan untuk pemilihan yang bersifat umum.

##### **3.2.2. Populasi**

Populasi adalah gabungan dari seluruh elemen yang berbentuk peristiwa, hal, atau orang yang memiliki karakteristik serupa yang menjadi pusat perhatian peneliti, karena dipandang sebagai semesta penelitian (Ferdinand, 2006). Sedangkan menurut Sujarweni dan Endrayanto (2012:13) mengatakan bahwa, populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk

dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Populasi pada penelitian ini adalah perawat yang bekerja pada unit layanan rawat jalan di seluruh puskesmas Kabupaten Banyuwangi yang berjumlah 45 puskesmas. Jumlah perawat dengan status Aparatur Sipil Negara ( ASN ) berjumlah 310 orang.

### 3.2.3. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2011:81). Dengan demikian sampel adalah sebagian dari populasi yang karakteristiknya hendak diselidiki, dan bisa mewakili keseluruhan populasinya sehingga jumlahnya lebih sedikit dari populasi. Pengumpulan data dengan menggunakan sampel dikarenakan populasi terlalu banyak dan jangkauan terlalu luas sehingga tidak memungkinkan bagi peneliti untuk melakukan pengambilan data secara keseluruhan, keterbatasan tenaga, waktu dan biaya serta asumsi populasi bersifat seragam.

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian perawat yang bekerja pada unit layanan rawat jalan diseluruh puskesmas Kabupaten Banyuwangi pada 45 puskesmas, dengan perhitungan besar sampel dengan rumus slovin yaitu

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

n = Ukuran sampel/jumlah responden

N = Ukuran populasi

e = Presentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel e=0,1

Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 45 Puskesmas, dengan presentase kelonggaran yang digunakan adalah 10% dan hasil perhitungan dapat dibulatkan untuk mencapai kesesuaian. Maka untuk mengetahui sampel penelitian, dengan perhitungan sebagai berikut:

$$n = \frac{45}{1 + 45(0,1)^2}$$

$$= 20,3 \sim 21 \text{ Puskesmas}$$

Dari dua puluh satu puskesmas, dilakukan pengambilan data secara sekunder terhadap jumlah perawat berdasarkan beban kerja perawat.

### **3.3. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang di gunakan yaitu kuantitatif dengan pendekatan deskriptif dan komparatif . Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan untuk mengetahui keberadaan variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih variabel (variabel yang berdiri sendiri) tanpa membuat perbandingan atau mencari hubungan variabel satu sama lain. Sedangkan penelitian komparatif menurut Sugiyono (2014:54) adalah penelitian yang membandingkan keadaan satu variabel atau lebih pada dua atau lebih sampel yang berbeda, atau dua waktu yang berbeda. Peneliti berupaya mengevaluasi proses berlangsungnya proses perencanaan sumber daya manusia kesehatan dipuskesmas se-Kabupaten Banyuwangi dengan metode analisis beban kerja (ABK) dengan ketersediaan tenaga yang ada.

### **3.4. Identifikasi Variabel**

Variabel dalam penelitian ini adalah Analisis Beban kerja dengan WISN, Analisis beban Kerja Kesehatan ( ABK Kes)dan ke Ketersediaan Perawat Puskesmas.

### 3.5. Definisi Operasional Variabel

Tabel 3.1. : Definisi Operasional Penelitian tentang Perbandingan Analisis Kerja Metode WISN dengan Standart Perencanaan Dalam Pemenuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Puskesmas Se-Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021

Variabel	Definsi Operasional	Indikator	Skala data	Sumber
WISN	Penghitungan kebutuhan SDM perawat berdasarkan beban kerja nyata yang dilaksanakan oleh setiap perawat pada tiap unit kerja di Puskesmas	Waktu kerja	Rasio	Kuisisioner terhadap Perhitungan ABK Puskesmas
ABK Kes.	Perhitungan kebutuhan SDM sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya	Tugas pokok dan fungsinya	Rasio	
Ketersediaan Perawat Puskesmas	Proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan Kesehatan	Dokumen perencanaan	Rasio	Dokumen Kepegawaian puskesmas

### 3.6. Metodologi Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data adalah teknik atau cara yang dilakukan oleh peneliti untuk mengumpulkan data. Pengumpulan data dilakukan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam rangka mencapai tujuan penelitian. Sedangkan instrumen pengumpulan data merupakan alat yang digunakan untuk

mengumpulkan data, dapat berupa *check list*, kuesioner, pedoman wawancara, hingga kamera untuk foto atau untuk merekam gambar. Adapun dalam penelitian ini, peneliti menggunakan:

### **Angket (kuesioner)**

Kuesioner merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab. Kuesioner merupakan metode pengumpulan data yang lebih efisien bila peneliti telah mengetahui dengan pasti variabel yang akan diukur dan tahu apa yang diharapkan dari responden. Peneliti menggunakan kuisisioner sebagaimana dalam lampiran.

Kuisisioner sebelumnya dilakukan uji Validitas dan reliabilitas dengan menggunakan *Uji Pearson Product Moment* dengan menggunakan SPSS pada 13 perawat yang bekerja di puskesmas. Interpretasi Uji Validitas dengan membandingkan nilai *Scala Corrected Item-Total Correlation* dengan membandingkan dengan nilai  $R_{tabel}$  pada  $DF=N-2$  dengan probabilitas 0,05. Sehingga nilai  $R_{tabel}$  pada  $DF=(13-2,0,05)$  adalah 0,4762. Butir pertanyaan dikatakan valid apabila nilainya lebih besar dari  $R_{tabel}$ . Sedangkan Nilai Reliability Statistics dengan melihat nilai *Cronbach's Alpha Based on Standardized Items*, nilai tersebut merupakan nilai reliabilitas tes secara keseluruhan, semakin besar nilainya berarti semakin reliabel.

### **Wawancara**

Teknik wawancara merupakan cara sistematis untuk memperoleh informasi dalam bentuk pernyataan lisan mengenai suatu obyek atau peristiwa pada masa lalu, kini, dan akan datang. Secara garis besar jenis wawancara dibedakan atas (1) wawancara terencana dan (2) wawancara insidental. Wawancara terencana

dilakukan untuk memperoleh bahan-bahan informasi sesuai dengan tema yang telah direncanakan sebelumnya. Untuk melakukan wawancara terencana, pewawancara terlebih dahulu harus menyiapkan *interview guide* (pedoman wawancara) dan menentukan narasumber atau informan yang relevan. Narasumber yang dimaksud adalah pihak yang dianggap memiliki pengetahuan dan pengalaman yang terkait dengan tema yang telah direncanakan. Sedangkan dalam wawancara insidental pewawancara kurang memungkinkan untuk mempersiapkan hal-hal tersebut, mengingat obyek atau peristiwa yang terjadi bersifat insidental atau tidak terencana. Kendati demikian, bukanlah berarti bahwa pewawancara tidak memiliki pengetahuan mengenai cara atau aturan wawancara tertentu.

### **Studi Pustaka**

studi kepustakaan merupakan kajian teoritis, referensi serta literatur ilmiah lainnya yang berkaitan dengan budaya, nilai dan norma yang berkembang pada situasi sosial yang diteliti. Tujuannya untuk mengetahui pembahasan lebih mendalam mengenai suatu topik atau tema. Topik ini disesuaikan dengan topik yang diangkat ke dalam tulisan.

### **Studi Dokumen**

Studi dokumen adalah metode pengumpulan data yang tidak ditujukan langsung kepada subjek penelitian. Studi dokumen adalah jenis pengumpulan data yang meneliti berbagai macam dokumen yang berguna untuk bahan analisis. Adapun dokumen tersebut meliputi :

- a. Data tentang profile Puskesmas
- b. data jenis dan jumlah SDM yang ada (tahun terakhir)
- c. informasi hari kerja yang ditentukan oleh kebijakan Pemerintah

- d. Informasi WKT (Waktu Kerja Tersedia) sebesar 1200 (seribu dua ratus) jam atau 72.000 (tujuh puluh dua ribu) menit per tahun.
- e. Informasi rata-rata lama waktu mengikuti pelatihan sesuai ketentuan yang berlaku Informasi kelompok dan jenis tenaga kesehatan mengacu pada Undang-Undang
- f. Informasi standar pelayanan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pada tiap institusi kesehatan.
- g. Informasi tugas pokok dan uraian tugas hasil Analisis Jabatan institusi atau standar pelayanan yang ditetapkan).

### 3.7. Metode Analisis Data

Analisa data dilakukan terhadap variable yang berkaitan dengan penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Analisis Univariabel

Analisis univariat, mendeskripsikan variable karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, jenis pendidikan, usia, lama kerja dan proporsi perawat dengan tenaga kesehatan lainnya serta mendeskripsikan tentang waktu kerja, Unit kerja, standart beban kerja, standart kelonggran dan ketersediaan sumber daya manusia Kesehatan. Analisis yang digunakan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan ukuran rata-rata.

- b. Analisis Bivariabel

Data yang terkumpul kemudian dianalisis dengan dengan uji statistic. Pada penelitian ini, analisis bivariabel dilakukan dengan menggunakan uji *one sampel t- test* Method. Analisis menggunakan bantuan

program computer untuk mengetahui perbedaan kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan metode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan dipuskesmas Kabupaten Banyuwangi. dengan asumsi hipotesa sebagai berikut :

Ho: di terima jika probabilitas  $> 0,05$

Ho: di tolak jika probabilitas  $< 0,05$

Sebelum implementasi, *one sampel t- test* Method terlebih dulu harus memenuhi serangkaian asumsi. Asumsi dalam analisis paramaterik yaitu:

#### **Uji Normalitas.**

Uji Normalitas adalah sebuah uji yang dilakukan dengan tujuan untuk menilai sebaran data pada sebuah kelompok data atau variabel, apakah sebaran data tersebut berdistribusi normal atautakah tidak. Analisis dengan menggunakan Shapiro Wilk dengan program computer.

#### **Uji Linearitas.**

Uji Linearitas bertujuan untuk mengetahui apakah dua variable mempunyai hubungan yang linear atau tidak secara signifikan. Pengujian ini melihat bagaimana variable (X) mempengaruhi variable (Y), baik itu pengaruh berbanding lurus maupun berbanding terbalik. Uji ini biasanya digunakan sebagai prasyarat dalam analisis korelasi atau regresi linear. Uji Analisa dengan scatterplot dengan program computer.

#### **Uji Homoskedastisitas.**

Homoskedastisitas adalah kondisi dimana terdapat varians yang sama dari setiap sisaannya, atau  $=$  (Celik, 2017). Asumsi homoskedastisitas menyatakan bahwa nilai – nilai varians sisaan tidak tergantung pada nilai –



nilai variabel bebas. Setiap varians sisaan akan tetap sama baik untuk variabel bebas bernilai kecil maupun besar (Celik, 2017).

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1. Hasil Penelitian**

##### **4.1.1. Gambaran Umum**

Kabupaten Banyuwangi secara geografis merupakan kabupaten yang terletak diujung timur pulau Jawa. Daerahnya terbagi atas dataran tinggi yang berupa daerah pegunungan sebagai penghasil produksi perkebunan. Dataran yang datar dengan berbagai potensi yang berupa tanaman pertanian, serta daerah sekitar garis pantai yang membujur dari arah utara ke selatan yang merupakan daerah penghasil biota laut. Berdasarkan garis batas koordinatnya, posisi kabupaten Banyuwangi terletak di antara 7<sup>o</sup>43' – 8<sup>o</sup>46' Lintang Selatan dan 113<sup>o</sup>53' – 114<sup>o</sup>38' Bujur Timur. Secara administratif sebelah utara berbatasan dengan kabupaten Situbondo, sebelah timur Selat Bali, sebelah selatan Samudra Indonesia serta sebelah barat berbatasan dengan kabupaten Jember dan Bondowoso.

Pembangunan kesehatan di kabupaten Banyuwangi, didukung dengan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang merata di seluruh wilayah, dan ditunjang sumberdaya kesehatan, termasuk kesehatan. Persebaran tenaga kesehatan di Kabupaten Banyuwangi meliputi Dinas Kesehatan, 2 (dua) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), 12 (dua belas) Rumah sakit Swasta, 45 (empat puluh lima) puskesmas, UPTD Labkesda, serta fasilitas pelayanan swasta lainnya.

##### **4.1.2. Gambaran Data Penelitian**

Informasi yang di dapatkan dari data secara primer dan sekunder terhadap perawat dengan status Aparatut Sipil Negara (ASN) yang tersebar di 21 (dua puluh

satu) puskesmas sebagai sampel terpilih secara kluster dengan jumlah perawat sebanyak 158 orang. Sebagai penunjang kelengkapan data, peneliti melibatkan kepala puskesmas dan staf lainnya sebagai Perawat ASN dalam memperdalam informasi yang di butuhkan. Adapun karakteristik perawat ASN yang di dapatkan adalah sebagai berikut:

a. Karakteristik berdasarkan Jenis Kemain

Perawat sebgain besar berjenis perempuan yaitu 55,1 % dibandingkan dengan laki-laki sebagai mana dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1. Karakteristik Perawat ASN Berdasar Jenis Kelamin diPuskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021

	Jenis Kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Perawat	71 (44,9 %)	87 (55,1 %)	158 (100%)

Sumber : Data Kepegawaian Dinas Kesehatan tahun 2021

b. Karakteistik berdasarkan Tingkat Pendidikan

Perawat ASN sebgain besar Pendidikan D3 Keperawatan yaitu 65,2 % dibandingkan dengan SPK dan Pendidikan S1 dan profesi keperawatan sebagaimana dalam tabel 4.2.

Tabel 4.2. Karakteristik Perawat ASN Berdasar Tingkat Pendidikan diPuskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021

	Tingkat Pendidikan			Jumlah
	SPK	D3 Keperawatan	Ners	
Perawat	35 (22,2%)	103 (65,2%)	20 (12,7 %)	158 (100%)

Sumber : Data Kepegawaian Dinas Kesehatan tahun 2021

c. Karakteristik berdasarkan Umur

Perawat ASN sebagian besar berumur antara 41-50 tahun yaitu 35,4 % dibandingkan dengan kategori usia lainnya sebagai mana dalam tabel 4.3.

Tabel 4.3. Karakteristik Perawat ASN Berdasar Umur di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021

	Umur				Jumlah Total
	20 – 30 tahun	31 – 40 tahun	41 – 50 tahun	51 – 60 tahun	
Perawat	21 (13,3 %)	47 (29,7 %)	56 (35,4 %)	34 (21,5 %)	158 (100%)

Sumber : Data Kepegawaian Dinas Kesehatan tahun 2021

d. Karakteristik berdasarkan lama kerja

Perawat ASN sebagian besar lama kerja antara 11-20 tahun tahun yaitu 43,7 % dibandingkan dengan lama kerja lainnya sebagai mana dalam tabel 4.4.

Tabel 4.4. Karakteristik Perawat ASN Berdasar lama kerja di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2021

	Tingkat Pendidikan			Jumlah
	0-10 tahun	11- 20 tahun	21 – 30 tahun	
Perawat	73 (46,2%)	69 (43,7%)	16(10,1%)	158(100%)

Sumber : Data Kepegawaian Dinas Kesehatan tahun 2021

e. Proporsi Perawat dengan Tenaga Kesehatan lainnya

Menurut permenkes no. 43 tahun 2019 tentang Puskesmas, kategori jumlah sumber daya manusia Kesehatan di puskesmas sebanyak 13 jenis . Adapun perawat yang terbanyak di Puskesmas Pesanggran yaitu sebanyak 27,3 %, sedangkan yang terendah di Puskesmas Singotrunan yaitu 8,9 sebagaimana dalam Tabel 4.5.

Tabel 4.5. Proporsi Perawat dengan SDMK lainnya di Puskesmas Banyuwangi Tahun 2021

No	Puskesmas	Proporsi Perawat dengan SDMK lainnya (%)
1	Bajulmati	19
2	Benculuk	23,7
3	Gendoh	18,2
4	Genteng Kulon	23,5
5	Gitik	10,6
6	Gladag	13,9
7	Jajag	11,1
8	Kabat	14,5
9	Kebudalem	21,1
10	Kembiritan	25
11	Klatak	16,3
12	Pesanggaran	27,3
13	Sambirejo	18,2
14	Sepanjang	27,7
15	Siliragung	19,4
16	Singotrunan	8,9
17	Sobo	18,4
18	Songgon	12,2
19	Sumberberas	26,8
20	Tapanrejo	12,9
21	Tegalsari	14,3
Jumlah		18,2

Sumber : Data Kepegawaian Dinas Kesehatan tahun 2021

## 4.2. Hasil Penelitian

### 4.2.1. Kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan dengan metode WISN di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi

#### a. Waktu kerja yang tersedia

Waktu yang tersedia di dapatkan hasil yang bervariasi. Waktu terendah di puskesmas Bajumati yaitu 1421 jam /tahun dan tertinggi di Puskesmas Tapanrejo dan Tegalsari yaitu 1841 jam / tahun, sedangkan rata-rata waktu kerja yang tersedia di puskesmas 1792 jam/tahun sebagaimana dalam lampiran 2 kolom ke 3.

## **b. Unit Kerja dan kategori Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Perawat sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 81 tahun 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan bekerja pada unit Poli umum, pelayanan kegawat daruratan, layanan imunisasi, program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) , program Imunisasi dan Puskesmas pembantu. Jumlah tenaga yang dibutuhkan minimal sebesar 6 (enam) orang. Dari hasil pengumpulan data didapatkan penambahan unit layanan yaitu layanan mol orang sehat, Sakinah, teropong jiwa, pelayanan kegawat daruratan di luar gedung.

## **c. Standart Beban kerja**

Dari hasil penelitian di dapatkan uraian kegiatan pokok yang banyak di lakukan perawat yaitu kegiatan pengkajian keperawatan dasar pada individu sebesar 14,2% sedangkan kegiatan yang terkecil dilakukan memberikan perawatan pada pasien menjelang ajal (*dying care*) sebesar 0,21%. Sedangkan rata-rata 7,81 % sebagaimana dalam lampiran 8.

## **d. Standart Kelonggaran**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa waktu untuk menyelesaikan kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan pokok pelayanan perawat adalah rapat bulanan ( lokakarya mini bulanan puskesmas), Rapat lintas sector tri bulanan dan tahunan, penyusunan laporan

kegiatan program yang di bebaskan oleh kepala puskesmas dan menyusun kebutuhan bahan habis pakai yang di gunakan untuk kegiatan program misalnya imunisasi. Adapun proporsi waktu kelonggaran kegiatan di luar kegiatan pokok rata-rata 30 %, sebagaimana dalam lampiran 2 kolom ke-11.

e. **Kebutuhan Sumber Daya Manusia**

Kebutuhan perawat hasil perhitungan Metode WISN di dapatkan bahwa Puskesmas dengan kebutuhan perawat paling banyak yaitu puskesmas Bajulmati dan tegalsari yaitu 17 orang, sedangkan yang paling sedikit puskesmas Kabat sebesar 3 orang. Adapun rata-rata kebutuhan perawat di puskesmas Kabupaten Banyuwangi dengan menggunakan metode WISN berjumlah 10,9 ~ 11 orang perawat sebagaimana dalam lampiran 2 kolom ke 13.

**4.2.2. Kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan dengan metode Analisis Beban Kerja Kesehatan di puskesmas kabupaten Banyuwangi;**

Kebutuhan perawat dari hasil perhitungan ABK-Kes di dapatkan bahwa Puskesmas dengan kebutuhan perawat 5 orang sebanyak 52,4 %, sedangkan puskesmas dengan kebutuhan perawat 8 orang sebanyak 46,6 %. Adapun rata-rata kebutuhan perawat di puskesmas sebanyak 6,4 ~ 7 orang tenaga perawat sebagaimana dalam lampiran 2 kolom ke 15.

Hari kerja puskesmas sesuai ketentuan yang berlaku atau Peraturan Daerah Banyuwangi, dalam satu minggu 6 hari kerja, sehingga hari kerja dalam satu tahunnya 300 ( tiga ratus) hari yang di peroleh dari (6 hari x 50

minggu). Cuti tahunan sesuai dengan surat edaran Sekretaris Daerah Nomor 065 tahun 2021 tentang perubahan pelaksanaan hari libur Nasional dan cuti Bersama sebanyak 16 hari. Cuti tahunan sebanyak 12 hari, sedangkan pendidikan dan pelatihan untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi atau profesionalisme untuk mengikuti pelatihan/ kursus / seminar / lokakarya adalah 6 hari kerja dalam satu tahun. Rata – rata ketidakhadiran dikarenakan sakit dll yaitu 10 hari setahun. Waktu kerja yang tersedia setiap harinya yaitu 7 jam. Hari kerja yang tersedia untuk kategori perawat di puskesmas yaitu 1.792 jam kerja/ tahun.

Mendasar Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 81 tahun 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan bekerja pada unit Poli umum, pelayanan kegawatdaruratan, layanan imunisasi, program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) , program Imunisasi dan Puskesmas pembantu. Jumlah tenaga yang dibutuhkan minimal sebesar 6 (enam) orang.

#### **4.2.3. Perbedaan kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan metode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan dipuskesmas Kabupaten Banyuwangi.**

Dari hasil uji normalitas *Sahapiro-wilk* variable *Jumlah ketenagaan* dengan metode WISN di dapatkan nilai *Sig.* sebesar 0,478 lebih besar dari  $\alpha$  5 %,  $H_0$  diterima, yang berarti kebutuhan perawat berdistribusi normal, sehingga memenuhi persyaratan uji *parametrik one sampel T-test*. Sedangkan ketersediaan *Perawat ASN* berdasarkan ABK-Kes hasil uji normalitas *Sahapiro-wilk* di dapatkan nilai *Sig.* sebesar 0,057 lebih besar dari



$\alpha$  5 %,  $H_0$  diterima, yang berarti jumlah Perawat ASN berdistribusi normal, sehingga memenuhi persyaratan uji *parametrik one sampel T-test*.

Untuk mengetahui perbedaan kedua metode dalam pemenuhan kebutuhan sumber daya perawat di puskesmas dengan menggunakan uji *one sampel t-test*. Dari hasil perhitungan *uji one sampel t-test* dengan menggunakan program computer di dapatkan nilai Sig. sebesar 0,002 lebih kecil dari nilai  $\alpha$  5 %,  $H_a$  diterima yang berarti bahwa Ada **Perbedaan kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan metode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan dipuskesmas Kabupaten Banyuwangi.**

#### 4.3. Interpretasi

Waktu kerja yang tersedia berdasarkan kedua metode WISN dan ABK-Kes di puskesmas bervariasi dan terdapat perbedaan. Hal ini dipengaruhi oleh penentuan jumlah hari libur nasional yang berubah sesuai dengan perkembangan kasus Covid-19 yang *tidak* disertai dengan perubahan perencanaan dalam penentuan hari dalam perhitungan Analisis jabatan. Perubahan cuti tersebut sebagaimana dalam Surat Edaran Sekretaris Daerah Nomor 065/1270 /429.034/2021 yang di keluarkan tanggal 24 Juni 2021 tentang Perubahan Pelaksanaan Hari Libur Nasional dan Cuti Bersama Tahun 2021 yang sebelumnya sudah di keluarkan tentang hal yang sama tertanggal 25 Februari 2021 nomor 065/434/429.034/2021. Kebijakan berbeda tentang jumlah hari sakit dalam satu tahun serta beberapa puskesmas tidak menyertakan pelatihan/kursus/seminar

/lokakarya dalam perhitungan anjabnya.

Dari hasil wawancara dengan kepala puskesmas, Sebagian besar tidak pernah mengikuti pelatihan tentang manajemen puskesmas terutama sumber daya manusia. Pengetahuan pimpinan sebagai manajer dalam mengelola sumber daya manusia dalam pengelolaan SDMK sangat di perlukan. Sebagaimana dalam jurnal Administrasi Bisnis (JAB)|Vol. 50 No. 2 September 2017 dengan Judul “Pengaruh *knowledge* management terhadap kinerja karyawan dengan dan kinerja perusahaan pada PT Semen Indonesia (persero) Tbk” dengan kesimpulan bahwa variabel *knowledge* Management memiliki pengaruh secara langsung terhadap Kinerja Karyawan dengan nilai probabilitas  $(0,000) < 0,05$  yang berarti ada pengaruh yang *signifikan*. Menurut Sutrisno (2014:204) mengatakan bahwa pengetahuan (*knowledge*) yaitu kesadaran dalam bidang kognitif. Misalnya, seorang karyawan mengetahui cara melakukan indentifikasi belajar, dan bagaimana melakukan pembelajaran yang baik sesuai dengan kebutuhan yang ada di perusahaan. Bagia (2015:27) berpendapat bahwa pengetahuan (*knowledge*) adalah informasi yang memiliki makna yang dimiliki seseorang dalam bidang kajian tertentu. Rivai dan Sagala (2011:300) mengemukakan bahwa pengetahuan adalah informasi yang dimiliki/ dikuasai seseorang dalam bidang tertentu. Proses pembelajaran terjadi dalam siklus yang kontinu, proses ini berawal dari akuisisi *knowledge* yang kemudian diaplikasikan dalam proses bisnis organisasi. *Knowledge* yang diaplikasikan berpotensi menghasilkan *knowledge* yang baru melalui proses *knowledge creation* (penciptaan *knowledge*). *Knowledge* ini kemudian dipelihara dan dilembagakan kembali untuk diakuisisi dan dimanfaatkan secara luas bagi perkembangan organisasi.

Tobing (2007:25) mengatakan, siklus yang menjadi proses utama dalam *knowledge management* terdiri dari proses-proses seperti *knowledge creation*, *knowledge retention*, *knowledge sharing*, dan *knowledge utilization*. Untuk mencapai organisasi yang inovatif, diperlukan upaya membangun budaya *knowledge sharing* (berbagi pengetahuan). Setiarso (2009:23) menyatakan bahwa budaya perilaku karyawan yang membangun *knowledge sharing* akan menciptakan iklim kerja yang senantiasa belajar, budaya belajar akan mengarahkan mereka dalam menghasilkan kinerja karyawan yang unggul.

Adapun jumlah hari yang di terapkan oleh puskesmas sesuai dengan peraturan sebagaimana dalam Undang-Undang No.13 tahun 2003 pasal 77 sampai pasal 85. Dimana, Pasal 77 ayat 1, UU No.13/2003 mewajibkan setiap pengusaha untuk melaksanakan ketentuan jam kerja. Ketentuan jam kerja ini mengatur 2 sistem, yaitu:

- ❖ Tujuh jam kerja dalam 1 hari atau 40 jam kerja dalam 1 minggu untuk 6 hari kerja dalam 1 minggu; atau
- ❖ Delapan jam kerja dalam 1 hari atau 40 jam kerja dalam 1 minggu untuk 5 hari kerja dalam 1 minggu.

Ketentuan waktu kerja diatas hanya mengatur batas waktu kerja untuk 7 atau 8 sehari dan 40 jam seminggu dan tidak mengatur kapan waktu atau jam kerja dimulai dan berakhir. Pengaturan mulai dan berakhirnya waktu atau jam kerja setiap hari dan selama kurun waktu seminggu, telah di jelaskan dalam peraturan Bupati banyuwangi Nomor 48 Tahun 2017 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan banyuwangi Nomor 45 tahun 2012 tentang Pengaturan Hari dan jam Kerja bagi Institusi di Lingkungan Pemerintah kabupaten Banyuwangi pasal 3 Ayat (2) huruf a Dikecualikan dari ketentuan

pelaksanaan 5 (lima) hari kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) peraturan ini, adalah: a. Unit-unit kerja di lingkungan Lembaga Pemerintah yang memberikan pelayanan kepada masyarakat, seperti UPTD pada Dinas Kesehatan, UPTD pada Dinas Pendidikan, UPTD pada Dinas Perhubungan (Terminal), RSUD dan Pasar Daerah pada Dinas Perindustrian dan Perdagangan. (3) Pelaksanaan jam kerja efektif pada 6 (enam) hari kerja.

Unit kerja dan kategori sumber manusia Kesehatan di beberapa puskesmas terdapat penambahan unit layanan. Penambahan unit layanan tersebut tidak terlepas dari pengaruh globalisasi sebagaimana dalam jurnal Kebijakan dan manajemen public “ Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Di Puskesmas Jagir Kota Surabaya” oleh Cindy Anggraeni (2013) bahwa penerapan inovasi merupakan proses perbaikan dari system yang telah ada.

Pelayanan Kesehatan merupakan ranah yang tidak terlepas dari pengaruh globalisasi yang telah *trend* pada saat ini. Globalisasi telah mengubah cara hidup orang banyak, menentukan suka,duka, selera, dan pilihan orang dimanapun, akan terjadi persaingan yang bebas, tidak mengenal belas kasihan, dan persaingan yang kejam akan melibas dan meninggalkan yang lemah apabila tidak siap menghadapi. Hal ini banyak membuat organisasi termasuk pelayanan Kesehatan untuk melakukan inovasi dalam memberikan pelayanannya. Pelayanan yang inovatif dan menguntungkan masyarakat sebagai pengguna jasa akan lebih diminati masyarakat.

Inovasi di sector public pada saat ini menjadi sebuah

keharusan untuk membuat ketersediaan layanan yang semakin mudah, murah, terjangkau dan merata (Suwarno, 2008:32-33). Di Indonesia setelah adanya otonomi daerah, perubahan system pemerintahan ini juga diiringi dengan tuntutan perubahan kualitas pelayanan yang diharapkan masyarakat. Penyediaan pelayanan public yang berkualitas merupakan kewajiban yang harus dilakukan oleh setiap penyelenggara negara.

Berdasarkan Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, inovasi adalah semua bentuk pembaharuan dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan daerah. Sedangkan pengertian inovasi berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Negara Riset Dan Teknologi Republik Indonesia dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia No. 3 dan 36 Tahun 2012 tentang penguatan sistem inovasi daerah, adalah kegiatan penelitian, pengembangan, perekayasaan, dan pengoperasian yang selanjutnya disebut kelitbangan yang bertujuan mengembangkan penerapan praktis nilai dan konteks ilmu pengetahuan yang baru atau cara baru untuk menerapkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang telah ada. Untuk melakukan inovasi perlu yakin bahwa inovasi tersebut akan memberi keuntungan dari berbagai segi. Menurut Rogers (Noor, 2013: 92), ada beberapa karakteristik intrinsik inovasi yang mempengaruhi keputusan individu untuk mengadopsi atau menolak inovasi, yaitu:

1. Keunggulan relatif (*relative advantage*)
2. Kompatibilitas (*compatibility*)
3. Kerumitan (*complexity*)

4. Kemampuan diujicobakan (*triability*)

5. Kemampuan diamati (*observability*)

Beban kerja perawat, selain kegiatan rutin program yang di laksanakan dipuskesmas dalam upaya pemenuhan target yang telah di tetapkan, saat ini pengaruhi juga pandemic Covid-19 yang telah terjadi sejak akhir tahun 2019 sebagaimana dalam situs resmi *World Health Organization (WHO)* pada tanggal 11 maret 2020 di Jenewa Swis, yang menetapkan *Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* sebagai Pandemi. Sementara, menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Secara nasional melalui Keputusan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 9A Tahun 2020 yang diperbarui melalui Keputusan nomor 13 A Tahun 2020 telah ditetapkan Status Keadaan Tertentu Darurat Bencana Wabah Penyakit Akibat Virus Corona di Indonesia. Selanjutnya, dengan memperhatikan eskalasi kasus dan perluasan wilayah terdampak, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) Dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19, serta Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID-19, kemudian diperbaharui dengan Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Non Alam Penyebaran COVID-19 Sebagai Bencana Nasional. pandemi adalah peningkatan penularan penyakit dan sebaran virus yang terjadi secara tiba-tiba dan telah menyebar di beberapa negara atau benua, biasanya mempengaruhi orang dalam jumlah yang sangat besar.

Pandemi Covid-19 terjadi pergeseran beban kerja kegiatan pokok perawat terhadap kegiatan penanganan pandemic Covid -19, sebagaimana

dalam Petunjuk Teknis Pelayanan Puskesmas Pada masa Pandemi Covid-19 Kemenkes RI yang menyebutkan bahwa Pelayanan terkait kasus COVID-19 di Puskesmas, dilaksanakan terintegrasi dengan pelayanan lainnya. Hal ini mengingat ada pelayanan esensial/primer yang harus tetap diberikan kepada masyarakat seperti pemeriksaan ibu hamil, pemberian imunisasi pada balita, pemantauan tumbuh kembang anak dan lain sebagainya (Kemenkes RI,2020).

Kegiatan perawat mendukung strategi yang telah ditetapkan oleh pemerintah diantaranya gerakan menggunakan masker untuk semua dengan mengampanyekan kewajiban memakai masker saat berada di ruang publik atau di luar rumah. Strategi kedua, penelusuran kontak (*tracing*) kasus positif yang dirawat dengan menggunakan *rapid test* atau tes cepat. Di antaranya adalah pada orang terdekat, tenaga kesehatan yang merawat pasien COVID-19, serta pada masyarakat di daerah yang ditemukan kasus banyak. Strategi ketiga adalah edukasi dan penyiapan isolasi secara mandiri pada sebagian hasil *tracing* yang menunjukkan hasil tes positif dari *rapid tes* atau negatif dengan gejala untuk melakukan isolasi mandiri.

Penelitian Asriani dengan judul Beban Kerja Pelayanan kesehatan di Masa pandemic Covid -19 yang menyimpulkan bahwa awal pandemi ada pengurangan jam masuk kerja serta tidak dilakukanya lembur karena akan menambah beban kerja dan dapat mengurangi imun tubuh petugas,di perkuat dengan penelitian Nooriftita dkk yang berjudul Pengaruh *Workload* dan *Social Support* terhadap *Burnout* pada Tenaga Kesehatan di Masa Pandemi COVID-19 dengan hasil penelitiannya yang menunjukkan bahwa beban kerja dan dukungan sosial memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kelelahan kerja pada tenaga kesehatan di masa

pandemi COVID-19, baik secara simultan maupun parsial.

Faktor risiko yang dialami tenaga kesehatan dalam menangani COVID-19 dapat memicu timbulnya *burnout* (Ornell dkk., 2020). Burnout adalah sebuah sindrom psikologis berupa *emotional exhaustion*, *depersonalization*, dan *low personal accomplishment* yang dapat terjadi pada individu yang bekerja dengan banyak orang dalam kapasitas tertentu (Maslach dkk., 1996). *Burnout* menjadi prediktor penting dalam penurunan kinerja, produktivitas, dan kepuasan klien. *Burnout* juga membawa dampak negatif pada kesejahteraan psikologis dan kesehatan fisik (Bakker & Sanz-Vergel, 2020). Tanda-tanda *burnout* yang tenaga kesehatan alami yaitu sedih dan depresi, mudah frustrasi, merasa terisolasi, kelelahan fisik dan mental, merasa gagal, dan rasa khawatir yang menyebabkan waspada berlebihan (Jha dkk., 2020). Di masa pandemi ini, tingkat *burnout* di kalangan tenaga kesehatan semakin meningkat (Lasalvia dkk., 2021). Adanya pandemi juga membawa faktor-faktor baru yang memengaruhi *burnout* pada tenaga kesehatan. Kegiatan belajar anak yang dilakukan secara online, pekerjaan rumah tangga yang menumpuk, tagihan rumah, dan menyaksikan pasien kesakitan, sekarat, hingga meninggal menimbulkan kelelahan secara emosional bagi tenaga kesehatan (Aldossari & Chaudhry, 2021; Houtrow, 2020; Jha dkk., 2020). Secara global, titik puncak *burnout* tenaga kesehatan dapat terjadi ketika gelombang kedua atau ketiga pandemi, munculnya virus-virus jenis baru, dan meningkatnya angka kematian karena COVID-19 (Kaushik, 2021).

Secara garis besar dapat disimpulkan bahwa salah satu faktor yang memengaruhi burnout adalah *workload*. *Workload* adalah persepsi individu terhadap waktu yang digunakan untuk bekerja serta perbedaan antara tuntutan tugas yang diberikan dengan kemampuan yang dimiliki



pekerja (Hart & Staveland, 1988). *Workload* bergantung pada jumlah pekerjaan yang harus dilakukan, waktu dan aspek tertentu yang perlu diperhatikan, dan pengalaman psikologis setiap individu (Lysaght dkk., 1989). Di masa pandemi COVID-19, waktu bekerja yang lebih lama, tekanan dari berbagai pihak, stres yang meningkat, dan kekhawatiran tertular virus menyebabkan *workload* tenaga kesehatan lebih besar dari biasanya (Rosyanti & Hadi, 2020). Kelelahan emosional dan depersonalisasi yang dirasakan dapat menyebabkan hilangnya makna pekerjaan. Kemudian perasaan tidak percaya diri dengan kemampuan yang dimiliki juga memengaruhi dalam kualitas layanan yang diberikan. Faktor lain yang memengaruhi *burnout* adalah *social support* (Hamzah, 2019; Indra, 2018; Woodhead dkk., 2014). *Social Support* *Social support* adalah keyakinan seseorang akan adanya dukungan yang diberikan oleh keluarga, teman, dan orang-orang terdekat pada saat dibutuhkan (Zimet dkk., 1988). *Social support* yang didapat tenaga kesehatan dapat memengaruhi kesehatan, meringankan masalah yang dihadapi, meningkatkan kepercayaan diri dan rasa optimis dalam pekerjaan, memiliki rasa aman dan nyaman, tingkat depresi yang rendah, kualitas tidur yang lebih baik, dan dapat mengatasi rasa terisolasi dari dunia luar (Iswanto & Agustina, 2016).

Dukungan dari berbagai sumber dan bentuk sangat dibutuhkan oleh tenaga kesehatan di tengah pandemi COVID-19 ini. Dari organisasi, dukungan yang diberikan dapat berupa kebutuhan dasar, ketersediaan APD, fasilitas konseling dengan tenaga profesional, dan program regulasi jam kerja (Ho dkk., 2020; Kannampallil dkk., 2020).

Ada beda antara kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan

metode WISN dan ABK-Kes dipuskesmas se-Kabupaten Banyuwangi. Beberapa factor yang menyebabkan hal tersebut sebagaimana dalam kutipan Nurdin dkk(2018) bahwa terdapat beberapa faktor yang sangat mempengaruhi perencanaan SDM, diantaranya adalah perubahan-perubahan: demografi, ekonomi, teknologi dan peraturan, sikap terhadap karir.

#### 1. Perubahan Demografi

Disadari bahwa sedang terjadi perubahan yang sangat mendasar dalam jumlah penduduk yang tentunya berdampak pada pelayanan kesehatan di puskesmas. Dalam buku pedoman puskesmas jilid I dinyatakan bahwa puskesmas mengampu 30.000 jiwa di wilayah kerjanya, dengan target kunjungan setiap bulannya mencapai 15 %. Tetapi saat pandemic Covid-19 terjadi tingkat kesakitan terutama kasus covid-19.

#### 2. Perubahan Ekonomi

Perubahan ekonomi yang terjadi telah disadari akan sangat mempengaruhi manajemen SDM di puskesmas.

#### 3. Perubahan Teknologi

Perubahan teknologi ke arah produktivitas yang lebih tinggi, menuntut para kepala puskesmas untuk mengikuti perkembangan teknologi dengan mengganti perangkat lama keperangkat yang berteknologi baru. Penggunaan perangkat berteknologi baru sangat berpengaruh terhadap operasional manajemen SDM.

#### 4. Kondisi Peraturan dan Perundang-undangan

Perundang-undangan sangat mempengaruhi operasional manajemen SDM . kebijakan tentang penanganan pandemic Covid-19 berpengaruh terhadap pelayan serta program yang di laksanakan oleh puskesmas.

Sugiono (2016) menyebutkan bahwa Analisis jabatan (*job analysis*) bagian dari manajemen sumber daya manusia dalam organisasi, merupakan penentu isi dari suatu jabatan (*job content*) yang meliputi tugas, tanggung jawab, kewenangan, kondisi kerja, pendidikan, keahlian, kemampuan, pengalaman kerja, dan hubungan dengan jabatan lain dalam organisasi, serta persyaratan jabatan (*job specification*) yang dibutuhkan seorang karyawan agar mampu melaksanakan tugas pekerjaannya. Analisis jabatan dapat menetapkan spesifikasi karyawan, menentukan kebutuhan pelatihan, menentukan peringkat dan mengembangkan metode. Dengan analisis jabatan dapat dilakukan perbaikan terhadap berbagai metode kerja dalam suatu jabatan.

Analisis jabatan dilaksanakan dengan menganalisis dua aspek dari suatu jabatan, yaitu : aspek kegiatan pelaksanaan pekerjaan mengenai apa yang sebenarnya dikerjakan oleh pemangku jabatan, dan aspek persyaratan dari seorang pemangku jabatan mengenai syarat yang harus dipenuhi oleh seorang pemangku jabatan agar dapat melaksanakan tugas dan pekerjaannya dengan baik. Untuk menganalisis dua aspek tersebut diperlukan informasi yang berhubungan dengan jabatan yang akan dianalisis, yaitu : informasi jabatan (*job information*) mengenai pelaksanaan pekerjaan menyangkut apa yang dikerjakan, bagaimana mengerjakan, dan mengapa harus melakukan pekerjaan, informasi persyaratan jabatan (*job specification*) mengenai kualifikasi umum dan khusus yang harus dimiliki seorang karyawan (Dewi Hanggraeni, 2012: 28).

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1. Simpulan**

Perencanaan sumber daya manusia kesehatan merupakan proses dimana puskesmas mengantisipasi kebutuhan karyawan di masa mendatang dan program untuk menjamin ketersediaan karyawan secara tepat, baik jumlah maupun jenisnya. Analisis jabatan menjadi keharusan dan kebutuhan bagi puskesmas dalam rangka perencanaan. Pemilihan metode analisis sangat penting dalam penyusunan perencanaan yang disesuaikan dengan ketersediaan data.

Dari penelitian di dapatkan bahwa ada perbedaan hasil variabel dalam penyusunan kebutuhan sumber daya manusia di puskesmas dengan menggunakan metode WISN adalah sebagai berikut :

1. Kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan dengan metode WISN di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi di dapatkan bahwa Puskesmas dengan kebutuhan perawat paling banyak yaitu puskesmas Bajulmati dan tegalsari yaitu 17 orang, sedangkan yang paling sedikit puskesmas Kabat sebesar 3 orang. Adapun rata-rata kebutuhan perawat di puskesmas Kabupaten Banyuwangi dengan menggunakan metode WISN berjumlah 10,9 ~ 11 orang perawat. ;
2. Kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan dengan metode Analisis Beban Kerja Kesehatan di puskesmas kabupaten Banyuwangi di dapatkan bahwa Puskesmas dengan kebutuhan perawat 5 orang sebanyak 52,4 %, sedangkan puskesmas dengan kebutuhan perawat 8 orang sebanyak

46,6 %. Adapun rata-rata kebutuhan perawat di puskesmas sebanyak 6,4 ~ 7 orang;

3. Ada perbedaan kebutuhan sumber daya manusa Kesehatan metode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan dipuskesmas Kabupaten Banyuwangi dengan hasil perhitungan *uji one sampel t-tes* di dapatkan nilai Sig. sebesar 0,002 lebih kecil dari nilai  $\alpha$  5 %,

## 5.2. Implikasi

Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat dikemukakan implikasi secara teoritis dan praktis sebagai berikut :

### a. Implikasi teoritus

Pemilihan metode dalam anlasisi jabatan sangat penting dalam perencanaan sumber daya Kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan. Ketersediaan data seperti Jenis dan uraian tugas, hasil kerja per jabatan, norma waktu, jam kerja dan waktu efektif yang terdokumentasi dengan baik, akan diperoleh hasil perencanaan yang baik. Sebagaimana hasil penelitian di dapatkan, terdapat perbedaan kebutuhan sumber daya manusa Kesehatan metode WISN dan Analisis Beban Kerja Kesehatan dipuskesmas Kabupaten Banyuwangi.

### b. Implikasi praktis

Analsis jabatan akan menjadi informasi penting bagi pejabat dalam mengelola sumber daya manusia dalam setiap pengambilan kebijakan untuk menempatkan orang pada suatu jabatan atau pekerjaan tertentu. Tanpa analisis jabatan, sebuah perencanaan SDM akan mengalami kendala dikarenakan tidak diketahuinya secara pasti tentang kapasitas dan kapabilitas

aparatur dalam jabatan yang sesuai dengan Pendidikan, keahlian serta pengalamannya.

### **5.3. Saran**

#### **a. Bagi Puskesmas**

Hasil penilitan ini, bisa dipergunakan oleh puskesmas dalam perencanaan sumber daya manusia Kesehatan dengan menggunakan metode analisis WISN, sehingga ketersediaan SDM Kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dalam menjalankan seluruh program yang telah ditetapkan.

#### **b. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Bagi peneliti selanjutnya, hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai bahan perbandingan dan referensi untuk penelitian, dan sebagai bahan pertimbangan untuk lebih memperdalam penelitian selanjutnya dengan metode analisis jabatan lainnya dalam perencanaan sumber daya manusia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azwar, A. (1996). *Menuju pelayanan kesehatan yang lebih bermutu*. Jakarta: Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia
- Budi W Sutjipto, 2002. *Paradigma Baru Manajemen Sumber Daya Manusia*, Amara Book, Yogyakarta.
- Cometto G, Witterb S. Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. *Bull World Health Organ*. 2013;91:881–5.
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan*. Cetakan pertama. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Geswar RK. Kesiapan stakeholder dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Gowa. 2014. <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/9548>).
- Hadari Nawawi, 1997. *Manajemen Sumber Daya Manusia Untuk Bisnis yang Kompetitif*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta. Jackson
- Henry Simamora, 1997. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Kedua, STIE YKPN, Yogyakarta.
- Indonesia.Kementrian Kesehatan,2020. *Petunjuk Teknis Pelayanan Puskesmas Pada Masa Pandemi Covid-19*. Jakarta: Kementrian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan*. 2015.
- Kementerian Kesehatan RI. *Rencana strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. 2015.
- Kementrian Kesehatan, R.I. (2011). *Laporan implementasi perkesmas tahun 2011*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik. Tidak dipublikasikan.
- Kuntoro, A, (2010). *Buku ajar manajemen keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Marquis, B. L, & Huston, (2007). *Leadership roles and management function in*

*nursing: theory and application*. 5<sup>th</sup> edition. California: Lippincott Williams & Wilkins

McQuide PA, Kolehmainen-Aitken RL, Forster N. Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy. *Hum Resour Health*. 2013 Dec;10(11):64.

Mismawarti, 2010. Aspek penting Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Era Desentralisasi.

Muninjaya, AA.G, (2006). *Manajemen kesehatan*. Jakarta: EGC

Nasution, J. (2003). *Evaluasi sistem pelaksanaan program perawatan kesehatan masyarakat di puskesmas kota tebing tinggi propinsi sumatera utara tahun 2003*. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/32542>. Diperoleh 25 Mei 2012.

Nimran, U. (1997). *Perilaku organisasi*, edisi revisi. Surabaya: CV. Citra Media  
Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta

Permenkes RI Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. 2011.

Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014.

Permenkes RI Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik. 2014.

Rhenal Kasali, 2005. *Change*, Gramedia, Jakarta. Safarudin Alwi, 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, BPFU UGM, Yogyakarta

Salmate, Grace A, A.J.M. Ratu, J.N. Pangemanan. "Analisis Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Tenggara

Schuler, 1990. *Human Resource Planning: Challenges for Industrials/Organization Psychologist*, New York.

Undang-Undang Republik Indonesia no 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

-----, 2010. <http://makalhkumakalahmu.wordpress.com>, diakses tanggal 2 Juli 2010

Hasibuan, Malayu. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara, 2001.

Nawawi, Hadari. *Perencanaan SDM*. Gadjah Mada University Press, 2003.



Sofyandi, Herman. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2008.

### DATA ANALISIS METODE WISN

#### Analisis Beban Kerja dengan Metode WISN dalam Perencanaan SDM Masa Pandemi Covid-19 Di Puskesmas se-Kabupaten Banyuwangi

UPTD Puskesmas : .....

Nomor Respondent : .....

Jenis Kelamin : .....

Usia : .....

Lama Kerja : .....

Pendidikan Terakhir : .....

a. Uraian Kegiatan Pokok

No	Uraian Kehidupan Pokok	< 5 kegiatan ( 1)	5-10 Kegiatan (2)	11-15 Kegiatan (3)	>16 Kegiatan (4)
1	Melakukan pengkajian keperawatan dasar pada individu				
2	Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat pada individu dalam rangka melakukan upaya promotif				
3	Memfasilitasi penggunaan alat-alat pengamanan atau pelindung fisik pada pasien untuk mencegah risiko cedera pada individu dalam rangka upaya preventif				
4	Memantau perkembangan pasien sesuai dengan kondisinya (melakukan pemeriksaan fisik, mengamati keadaan pasien) pada individu dalam rangka upaya preventif				
5	Memfasilitasi penggunaan pelindung diri pada kelompok dalam rangka melakukan upaya preventif				
6	Memberikan oksigenasi sederhana				
7	Memberikan bantuan hidup dasar				
8	Melakukan pengukuran antropometri				
9	Melakukan fasilitasi pasien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi				
10	Memantau keseimbangan cairan dan elektrolit pasien				
11	Melakukan mobilisasi posisi pasien				
12	Mempertahankan posisi anatomis pasien				
13	Melakukan fiksasi fisik				

14	Memfasilitasi lingkungan yang mendukung istirahat				
15	Memfasilitasi kebiasaan tidur pasien				
16	Memfasilitasi penggunaan pakaian yang mendukung kenyamanan pada pasien				
17	Melakukan perawatan diri pasien (kebersihan, mandi, oral hygiene)				
18	Melakukan kegiatan kompres hangat/dingin				
19	Mempertahankan suhu tubuh saat tindakan (memasang warming blanket)				
20	Melakukan komunikasi terapeutik dalam pemberian asuhan				
21	Melakukan pendampingan pada pasien menjelang ajal (dying care)				
22	Memberikan perawatan pada pasien menjelang ajal sampai meninggal				
23	Memberikan dukungan dalam proses kehilangan, berduka dan kematian				
24	Memfasilitasi suasana lingkungan yang tenang dan aman				
25	Melakukan dokumentasi pelaksanaan tindakan keperawatan				
26	Melakukan kegiatan bantuan penanganan bencana dalam sistem penanganan bencana, atau berpartisipasi dalam kegiatan pelayanan kesehatan pada masyarakat				
27	Melakukan penanggulangan penyakit/ wabah tertentu				
28	Menyusun laporan pelaksanaan tugas				
29	Melakukan tugas kedinasan lain				

## b. Kegiatan Di luar Kegiatan Pokok

No	Uraian Kegiatan Pokok	< 5 kegiatan (1)	5-10 Kegiatan (2)	11-15 Kegiatan (3)	>16 Kegiatan (4)
1	Rapat bulanan ( lokakarya mini bulanan)				
2	Rapat tribulanan ( lintas sector )				
3	Program pokok atau pengembangan puskesmas selain kegiatan pokok perawat				
4	Menyusun bahan habis pakai				
5	Sebutkan yang lainnya				
6	.....				

Banyuwangi, .....2021

Tanda tangan Responden

### Rekapitulasi Data Tentang Waktu Tersedia, Unit Layanan SDM, Beban Kerja, Waktu Kelonggaran dan Kebutuhan SDM

No	PUSKESMAS	Waktu tersedia	Unit Layanan	Jumlah Beban Kerja	Rata-rata Waktu Penyelesaian	Waktu Penyelesaian	Waktu Kelonggaran	Waktu Efektif Penyelesaian	Rasio Penyelesaian terhadap rata - rata waktu penyelesaian	Rasio Kelonggaran terhadap rata - rata waktu penyelesaian	Rasio Efektif Penyelesaian terhadap rata -rata waktu penyelesaian	Metode WISN	Tenaga Tersedia Saat ini	Metode ABK-Kes	Jumlah Tenaga Puskesmas	Proporsi Perawat terhadap Tenaga PKM
1	Bajulmati	1421	8	31779	28,3	30214,8	9417,7	20797,1	1069,5	333,4	736,2	17	8	8,0	42	19,0%
2	Benculuk	1428	7	15064	51,5	28364,0	8989,2	19374,8	550,8	174,5	376,2	15	14	8,0	59	23,7%
3	Gendoh	1463	5	7057	28,0	6864,5	2153,4	4711,2	245,2	76,9	168,3	4	4	5,0	22	18,2%
4	Genteng Kulon	1470	6	17947	28,0	17859,5	6137,9	11721,7	637,8	219,2	418,6	9	8	5,0	34	23,5%
5	Gitik	1470	7	30544	28,0	30444,0	10971,8	19472,2	1087,3	391,9	695,4	16	5	8,0	47	10,6%
6	Gladag	1729	6	17150	29,0	17150,0	6145,0	11005,0	591,4	211,9	379,5	9	5	5,0	36	13,9%
7	Jajag	1729	6	17557	29,5	11658,5	4361,6	7297,0	395,2	147,8	247,4	6	5	5,0	45	11,1%
8	Kabat	1736	7	6740	28,0	6346,0	2011,4	4334,6	226,6	71,8	154,8	3	8	5,0	55	14,5%
9	Kebundalem	1743	6	24886	28,0	24655,0	8858,9	15796,1	880,5	316,4	564,1	13	8	8,0	38	21,1%
10	Kembiritan	1750	6	14183	28,0	13858,0	4457,4	9400,6	494,9	159,2	335,7	8	8	5,0	32	25,0%
11	Klatak	1750	6	20064	36,9	12298,7	4168,0	8130,7	333,1	112,9	220,2	7	7	5,0	43	16,3%
12	Pesanggaran	1757	6	25673	28,5	25510,5	8288,4	17222,2	895,1	290,8	604,3	14	12	8,0	44	27,3%
13	Sambirejo	1757	6	13299	42,5	21589,0	7040,7	14548,3	508,0	165,7	342,3	12	8	8,0	44	18,2%
14	Sepanjang	1764	6	39200	28,0	38988,0	13096,4	25891,6	1392,4	467,7	924,7	21	12	8,0	45	26,7%
15	Siliragung	1771	6	20498	28,0	19948,0	6324,4	13623,6	712,4	225,9	486,6	11	7	5,0	36	19,4%
16	Singotrunan	1771	6	11080	28,0	10755,0	3746,5	7008,5	384,1	133,8	250,3	6	4	5,0	45	8,9%
17	Sobo	1771	7	11021	28,0	10646,0	3461,8	7184,2	380,2	123,6	256,6	6	7	5,0	38	18,4%
18	Songgon	1827	7	29877	28,0	29684,5	9422,4	20262,2	1060,2	336,5	723,6	16	6	8,0	49	12,2%
19	Sumberberas	1834	6	101283	8,7	19067,1	6470,1	12597,0	2200,0	746,5	1453,5	10	11	8,0	41	26,8%
20	Tapanrejo	1841	6	12092	39,0	17142,0	5342,6	11799,4	439,5	137,0	302,5	9	4	5,0	31	12,9%
21	Tegalsari	1841	7	31760	28,0	30797,5	9709,3	21088,3	1099,9	346,8	753,2	17	7	8,0	49	14,3%
	Stnadart	1792	6	23750	30,0	20182,9	6694,0	8232,0	742,1	247,2	495,0	11	158	7,0	875	18,2%

## Lampiran 3

## Analisis Deskripsi Karakteristik Responden

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Puskesmas * Jenis kelamin	158	100.0%	0	0.0%	158	100.0%
Puskesmas * Pendidikan	158	100.0%	0	0.0%	158	100.0%
Puskesmas * Kategori Umur	158	100.0%	0	0.0%	158	100.0%
Puskesmas * Lama Masa Kerja	158	100.0%	0	0.0%	158	100.0%

## Puskesmas \* Jenis kelamin Crosstabulation

			Jenis kelamin		Total
			Laki-laki	Perempuan	
Puskesmas	Bajulmati	Count	3	5	8
		% of Total	1.9%	3.2%	5.1%
	Benculuk	Count	5	9	14
		% of Total	3.2%	5.7%	8.9%
	Gendoh	Count	3	1	4
		% of Total	1.9%	0.6%	2.5%
	Genteng Kulon	Count	4	4	8
		% of Total	2.5%	2.5%	5.1%
	Gitik	Count	1	4	5
		% of Total	0.6%	2.5%	3.2%
	Gladag	Count	3	2	5
		% of Total	1.9%	1.3%	3.2%
	Jajag	Count	3	2	5
		% of Total	1.9%	1.3%	3.2%
	Kabat	Count	3	5	8
		% of Total	1.9%	3.2%	5.1%
	Kebundalem	Count	4	4	8
		% of Total	2.5%	2.5%	5.1%
	Kembiritan	Count	5	3	8
		% of Total	3.2%	1.9%	5.1%
Klatak	Count	2	5	7	
	% of Total	1.3%	3.2%	4.4%	
Pesanggaran	Count	7	5	12	
	% of Total	4.4%	3.2%	7.6%	
Sambirejo	Count	0	8	8	
	% of Total	0.0%	5.1%	5.1%	
Sepanjang	Count	7	5	12	
	% of Total	4.4%	3.2%	7.6%	
Siliragung	Count	3	4	7	
	% of Total	1.9%	2.5%	4.4%	
Singotrunan	Count	3	1	4	
	% of Total	1.9%	0.6%	2.5%	
Sobo	Count	2	5	7	
	% of Total	1.3%	3.2%	4.4%	
Songgon	Count	2	4	6	
	% of Total	1.3%	2.5%	3.8%	
Sumberberas	Count	6	5	11	
	% of Total	3.8%	3.2%	7.0%	
Tapanrejo	Count	2	2	4	
	% of Total	1.3%	1.3%	2.5%	
Tegalsari	Count	3	4	7	
	% of Total	1.9%	2.5%	4.4%	
Count			71	87	158

## UJI NORMALITAS

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Waktu Kerja Yang Tersedia	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%
Unit Layanan	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%
Standar Beban Kerja	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%
Standar Kelonggaran	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%
Jumlah Ketenagaan	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%

### Descriptives

		Statistic	Std. Error
Waktu Kerja Yang Tersedia	Mean	1696.3333	31.73186
	95% Confidence Interval for Lower Bound Mean	1630.1418	
	Upper Bound	1762.5248	
	5% Trimmed Mean	1703.5741	
	Median	1750.0000	
	Variance	21145.133	
	Std. Deviation	145.41366	
	Minimum	1421.00	
	Maximum	1841.00	
	Range	420.00	
	Interquartile Range	171.50	
	Skewness	-1.126	.501
	Kurtosis	-.361	.972
	Unit Layanan	Mean	6.3333
95% Confidence Interval for Lower Bound Mean		6.0337	
Upper Bound		6.6330	
5% Trimmed Mean		6.3148	
Median		6.0000	
Variance		.433	
Std. Deviation		.65828	
Minimum		5.00	
Maximum		8.00	
Range		3.00	
Interquartile Range		1.00	

	Skewness	.689	.501
	Kurtosis	.888	.972
Standar Beban Kerja	Mean	134888.7143	13282.73971
	95% Confidence Interval for Lower Bound Mean	107181.4048	
	Upper Bound	162596.0238	
	5% Trimmed Mean	133201.1243	
	Median	125970.0000	
	Variance	3705054656.614	
	Std. Deviation	60869.16014	
	Minimum	43346.00	
	Maximum	258916.00	
	Range	215570.00	
	Interquartile Range	117096.50	
	Skewness	.264	.501
	Kurtosis	-.872	.972
	Standar Kelonggaran	Mean	66940.4286
95% Confidence Interval for Lower Bound Mean		53399.3448	
Upper Bound		80481.5123	
5% Trimmed Mean		66037.4815	
Median		63244.0000	
Variance		884937816.357	
Std. Deviation		29747.90440	
Minimum		20114.00	
Maximum		130964.00	
Range		110850.00	
Interquartile Range		49386.50	
Skewness		.286	.501
Kurtosis		-.530	.972
Jumlah Ketenagaan		Mean	107.8571
	95% Confidence Interval for Lower Bound Mean	85.6932	
	Upper Bound	130.0211	
	5% Trimmed Mean	106.4894	
	Median	101.0000	
	Variance	2370.829	
	Std. Deviation	48.69115	
	Minimum	35.00	
	Maximum	207.00	
	Range	172.00	
	Interquartile Range	94.00	
	Skewness	.267	.501
	Kurtosis	-.880	.972

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Waktu Kerja Yang Tersedia	.351	21	.000	.750	21	.000
Unit Layanan	.360	21	.000	.783	21	.000
Standar Beban Kerja	.119	21	.200 <sup>*</sup>	.959	21	.494
Standar Kelonggaran	.107	21	.200 <sup>*</sup>	.969	21	.716
Jumlah Ketenagaan	.119	21	.200 <sup>*</sup>	.958	21	.478

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jumlah Ketenagaan dengan Metode WISN	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%
Jumlah Tenaga Perawat ASN	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Jumlah Ketenagaan dengan Metode WISN	.119	21	.200 <sup>*</sup>	.954	21	.478
Jumlah Tenaga Perawat ASN	.242	21	.002	.903	21	.057

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



## Hasil Uji Analisa Variabel Penelitian

### A. UJI ANALISA WAKTU YANG TERSEDIA

#### Wilcoxon Signed Rank Test: Waktu tersedia

##### Method

$\eta$ : median of  
Waktu tersedia

##### Descriptive Statistics

Sample	N	Median
Waktu tersedia	21	1746,5

##### Test

Null hypothesis       $H_0: \eta = 1792$   
Alternative hypothesis       $H_1: \eta \neq 1792$

Sample	N for Test	Wilcoxon Statistic	P-Value
Waktu tersedia	21	39,00	0,008

### B. UJI ANALISA UNIT LAYANAN SDMK

#### Wilcoxon Signed Rank Test: Unit Layanan

##### Method

$\eta$ : median of  
Unit Layanan

##### Descriptive Statistics

Sample	N	Median
Unit Layanan	21	6,5

##### Test

Null hypothesis       $H_0: \eta = 6$   
Alternative hypothesis       $H_1: \eta \neq 6$

hypothesis	$\neq 6$		
<b>Sample</b>	<b>N for Test</b>	<b>Wilcoxon Statistic</b>	<b>P-Value</b>
Unit Layanan	8	32,00	0,059

### C. UJI ANALISA STANDAR BEBAN KERJA

#### T-Test

##### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Standar Beban Kerja	21	134888.7143	60869.16014	13282.73971

##### One-Sample Test

	Test Value = 8232					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Standar Beban Kerja	9.535	20	.000	126656.71429	98949.4048	154364.0238

### D. UJI ANALISA STANDART KELONGGARAN

#### T-Test

##### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Standar Kelonggaran	21	66940.4286	29747.90440	6491.52494

##### One-Sample Test

	Test Value = 6694					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Standar Kelonggaran	9.281	20	.000	60246.42857	46705.3448	73787.5123

## E. UJI ANALISA JUMLAH KETENAGAAN

### T-Test

#### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Jumlah Ketenagaan	21	10.9048	4.88779	1.06660

#### One-Sample Test

	Test Value = 7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Jumlah Ketenagaan	3.661	20	.002	3.90476	1.6799	6.1297

## F. Uji analisis Anjab dengan Metode WISN terhadap Ketersediaan SDM di Puskesmas

### Correlations

#### Correlations

		Jumlah Ketenagaan	Tenaga Perawat ASN
Jumlah Ketenagaan	Pearson Correlation	1	.466*
	Sig. (2-tailed)		.033
	N	21	21
Tenaga Perawat ASN	Pearson Correlation	.466*	1
	Sig. (2-tailed)	.033	
	N	21	21

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## UJI LINIERITAS

### Means

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jumlah Ketenagaan * Tenaga Perawat ASN	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%

**ANOVA Table**

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Jumlah Ketenagaan *	Between	(Combined)	197.893	7	28.270	1.313	.318
Tenaga Perawat ASN	Groups	Linearity	103.976	1	103.976	4.829	.047
		Deviation from Linearity	93.916	6	15.653	.727	.636
	Within Groups		279.917	13	21.532		
	Total		477.810	20			

**Measures of Association**

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Jumlah Ketenagaan * Tenaga Perawat ASN	.466	.218	.644	.414

No	URAIAN Kegiatan	PUSKESMAS	
		Hasil Kerja	
1	Melakukan pengkajian keperawatan dasar pada individu	Dokumen	26,84
2	Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat pada individu dalam rangka melakukan upaya promotif	Dokumen	28,26
3	Memfasilitasi penggunaan alat-alat pengaman atau pelindung fisik pada pasien untuk mencegah risiko cedera pada individu dalam rangka upaya preventif	Dokumen	4,02
4	Memantau perkembangan pasien sesuai dengan kondisinya (melakukan pemeriksaan fisik, mengamati keadaan pasien) pada individu dalam rangka upaya preventif	Dokumen	14,02
5	Memfasilitasi penggunaan pelindung diri pada kelompok dalam rangka melakukan upaya preventif	Dokumen	3,41
6	Memberikan oksigenasi sederhana	Dokumen	4,50
7	Memberikan bantuan hidup dasar	Dokumen	1,30
8	Melakukan pengukuran antropometri	Dokumen	12,47
9	Melakukan fasilitasi pasien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi	Dokumen	4,84
10	Memantau keseimbangan cairan dan elektrolit pasien	Dokumen	4,72
11	Melakukan mobilisasi posisi pasien	Dokumen	5,18
12	Mempertahankan posisi anatomis pasien	Dokumen	4,87
13	Melakukan fiksasi fisik	Dokumen	4,37
14	Memfasilitasi lingkungan yang mendukung istirahat	Dokumen	4,73
15	Memfasilitasi kebiasaan tidur pasien	Dokumen	4,79
16	Memfasilitasi penggunaan pakaian yang mendukung kenyamanan pada pasien	Dokumen	4,92
17	Melakukan perawatan diri pasien (kebersihan, mandi, <i>oral hygiene</i> )	Dokumen	1,98
18	Melakukan kegiatan kompres hangat/dingin	Dokumen	5,11
19	Mempertahankan suhu tubuh saat tindakan (memasang <i>warming blanket</i> )	Dokumen	4,98
20	Melakukan komunikasi terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan	Dokumen	14,44
21	Melakukan pendampingan pada pasien menjelang ajal ( <i>dying care</i> )	Dokumen	4,63
22	Memberikan perawatan pada pasien menjelang ajal sampai meninggal	Dokumen	3,40
23	Memberikan dukungan dalam proses kehilangan, berduka dan kematian	Dokumen	3,24
24	Memfasilitasi suasana lingkungan yang tenang dan aman	Dokumen	4,87
25	Melakukan dokumentasi pelaksanaan tindakan keperawatan	Dokumen	26,66
26	Melakukan kegiatan bantuan penanganan bencana dalam sistem penanganan bencana, atau berpartisipasi dalam kegiatan pelayanan kesehatan pada masyarakat	Dokumen	5,98
27	Melakukan penanggulangan penyakit/ wabah tertentu	Dokumen	8,18
28	Menyusun laporan pelaksanaan tugas	Dokumen	6,63
29	Melakukan tugas kedinasan lain	Dokumen	3,29
<b>Rata-rata kegiatan perorang</b>			<b>7,81</b>
			<b>Orang</b>

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Tanya 1	70,3077	173,397	,569	,955
Tanya 2	69,8462	179,308	,489	,956
Tanya 3	70,3077	167,731	,915	,952
Tanya 4	70,6923	171,564	,771	,954
Tanya 5	70,0769	175,244	,459	,956
Tanya 6	69,5385	166,436	,634	,955
Tanya 7	70,3077	167,731	,915	,952
Tanya 8	70,2308	171,526	,671	,954
Tanya 9	70,0769	175,244	,559	,956
Tanya 10	70,0769	171,577	,679	,954
Tanya 11	70,3077	167,731	,915	,952
Tanya 12	70,3846	171,423	,589	,955
Tanya 13	70,3077	173,397	,569	,955
Tanya 14	69,6154	169,923	,512	,956
Tanya 15	70,3077	173,064	,589	,955
Tanya 16	70,4615	176,936	,552	,955
Tanya 17	70,0769	174,577	,514	,957
Tanya 18	69,7692	170,359	,554	,955
Tanya 19	70,3846	173,090	,501	,956
Tanya 20	70,3077	167,731	,915	,952
Tanya 21	69,6154	164,923	,808	,953
Tanya 22	70,3077	167,731	,915	,952
Tanya 23	70,4615	176,936	,552	,955
Tanya 24	70,4615	170,269	,675	,954
Tanya 25	70,4615	176,936	,552	,955
Tanya 26	69,4615	166,936	,658	,955
Tanya 27	70,2308	169,359	,589	,955
Tanya 28	70,3077	167,731	,915	,952
Tanya 29	70,6923	171,564	,771	,954

## Means

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jumlah Ketenagaan * Tenaga Perawat ASN	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%

**ANOVA Table**

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Jumlah Ketenagaan *	Between Groups	(Combined)	197.893	7	28.270	1.313	.318
Tenaga Perawat ASN		Linearity	103.976	1	103.976	4.829	.047
		Deviation from Linearity	93.916	6	15.653	.727	.636
	Within Groups		279.917	13	21.532		
	Total		477.810	20			

**Measures of Association**

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Jumlah Ketenagaan * Tenaga Perawat ASN	.466	.218	.644	.414