

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Puskesmas

2.1.1. Pengertian

Menurut Permenkes RI No. 75 Tahun 2014, Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (UPTD) yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai UPT Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Permenkes RI No. 75 Tahun 2014).

2.1.2. Tujuan Puskesmas

Berdasarkan Permenkes RI No. 75 Tahun 2014 Pasal 2, Puskesmas memiliki tujuan pembangunan kesehatan yang mana tujuan tersebut untuk

mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat; untuk mewujudkan masyarakat yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu; untuk mewujudkan masyarakat yang hidup dalam lingkungan sehat; untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Permenkes RI No. 75 Tahun 2014 Pasal 4 menyebutkan bahwa Puskesmas memiliki tujuan melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan diwilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

2.1.3. Fungsi Puskesmas

Permenkes RI No. 75 Tahun 2014 dalam Permenkes RI No. 36 Tahun 2016 menegaskan adanya dua fungsi Puskesmas sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama, yakni kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.
2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama, yakni kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Menurut Permenkes RI No. 36 Tahun 2016, fungsi UKM dan UKP harus seimbang, agar upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat tercapai. UKP saja dengan program JKN yang diikuti oleh seluruh rakyatpun belum cukup untuk mengangkat derajat kesehatan masyarakat. Memang rakyat merasa senang karena setiap kali sakit mendapat pelayanan kesehatan gratis, tetapi derajat kesehatan tidak akan naik selama UKM tidak dikerjakan.

2.1.4. Tugas Dan Wewenang Puskesmas

Permenkes RI No. 75 Tahun 2014 menyebutkan bahwa Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugasnya puskesmas berwenang untuk :

1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan
2. Masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
3. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
4. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan
5. Masyarakat dalam bidang kesehatan
6. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan
7. Masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
8. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
9. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas

10. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
11. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan.
12. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit

2.2. Konsep Beban Kerja

2.2.1. Pengertian

Dalam buku Analisis Beban Kerja dan Produktivitas Kerja dikatakan Beban kerja adalah volume pekerjaan yang dibebankan kepada tenaga kerja baik berupa fisik maupun mental dan menjadi tanggung jawabnya (Eni Mahawati, 2021). Menurut Bowling dan Kirkendall, 2012, Beban kerja merupakan segala sesuatu yang mencakup berbagai variabel yang mencerminkan jumlah atau kesulitan suatu pekerjaan seseorang. Beban kerja perawat dapat dilihat dari aspek seperti tugas yang dijalankan berdasarkan fungsi utama dan fungsi tambahan yang dikerjakan, jumlah pasien yang dirawat per hari, per bulan dan per tahun, kondisi pasien, rata-rata pasien dirawat, tindakan langsung dan tidak langsung yang dibutuhkan pasien, frekuensi masing-masing tindakan yang diperlukan dan rata-rata waktu yang dibutuhkan dalam melaksanakan tindakan (Nursalam, 2014).

Menurut Sarwili (2015) beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan perawat dengan jenis pekerjaan dan beratnya pekerjaan yang ditetapkan dalam satuan waktu tertentu di suatu unit pelayanan keperawatan.

Work overload juga dapat terjadi karena pekerja mengerjakan tugas-tugas yang melebihi kapasitas kemampuannya. (Trotter-Mathison, 2016).

2.2.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Beban Kerja

Gillies (1994) dalam (Nursalam, 2020) menyatakan bahwa untuk memperkirakan beban kerja perawat pada unit tertentu, perlu diperhatikan:

1. Jumlah klien yang dirawat setiap hari/bulan/tahun di unit tersebut.
2. Kondisi atau tingkat ketergantungan.
3. Rata-rata hari perawatan
4. Pengukuran keperawatan langsung, perawatan tidak langsung, dan pendidikan kesehatan.
5. Frekuensi tindakan perawatan yang dibutuhkan klien.
6. Rata-rata waktu perawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan.

Umansky dan Rantanen (2016) menyatakan bahwa yang mempengaruhi beban kerja (*Workload*) antara lain :

1. *Patient to Nurse Ratio* yaitu jumlah pasien yang harus di tangani oleh masing – masing perawat
2. *Activity type*, yaitu jenis kegiatan yang dilakukan perawat mulai dari kegiatan pokok yang penting seperti melakukan dokumentasi asuhan keperawatan, kegiatan tambahan yang bukan bagian dari tugas pokok seperti menyusun status pasien pada tempatnya, hingga kegiatan tambahan yang merupakan bagian dari tugas pokok seperti pemberian obat
3. *Time pressure*, yaitu rasio waktu yang dibutuhkan (total waktu yang digunakan untuk mengerjakan tugas pokok) dan waktu yang tersedia harus diperhitungkan

4. *Physical expenditure*, yaitu jumlah, rata – rata serta standart tiap perawat berjalan selama melaksanakan tugas

2.2.3. Indikator Beban Kerja

Koesomowidjojo (2017) lebih lanjut menjelaskan bahwa dalam dunia kerja ada beberapa indikator untuk mengetahui seberapa besar beban kerja yang harus diemban oleh karyawan, indikator tersebut antara lain:

1. Kondisi pekerjaan, yang dimaksud adalah bagaimana seorang karyawan memahami pekerjaan tersebut dengan baik, sejauh mana kemampuan serta pemahaman karyawan atas pekerjaannya.
2. Penggunaan waktu kerja, dimana waktu kerja yang sesuai dengan SOP tentu akan meminimalisir beban kerja. Namun, apabila karyawan diberikan beban yang tidak sesuai dengan waktu standar SOP maka karyawan akan membebani karyawan atas pekerjaan yang didelegasikan kepadanya.
3. Target yang harus dicapai, yaitu terget kerja yang ditetapkan untuk karyawan. Apabila terdapat ketidakseimbangan antara waktu penyelesaian target pelaksanaan dan volume pekerjaan yang diberikan maka akan semakin besar beban kerja yang dirasakan oleh karyawan.

2.2.4. Jenis Beban Kerja

Bowling & Kirkendall (2012) menjelaskan secara spesifik jenis dari beban kerja antara lain:

1. Beban kerja kuantitatif, yaitu dimana beban kerja didefinisikan sebagai keseluruhan jumlah pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang.

2. Beban kerja kualitatif, yaitu tingkat kesulitan dari pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang.
3. Beban kerja fisik, yaitu dimana kemampuan fisik seseorang dalam mengerjakan tugas yang menjadi tolak ukur, dan beban kerja fisik yang berlebih ini dapat berdampak pada penyakit fisik karyawan
4. Beban kerja mental, yaitu kemampuan secara mental dari karyawan yang menjadi dasar, dan bila beban kerja mental tersebut berlebihan maka akan berdampak pada psikologi karyawan itu sendiri.

Menurut Carayon dan Alvarado (2007) dalam (Muninjaya, 2016) beban kerja perawat mempunyai enam dimensi yaitu:

1. Beban kerja fisik (*physical workload*)

Beban kerja fisik yang dilakukan oleh perawat bukan hanya terdiri dari tindakan keperawatan langsung seperti mengangkat, memindahkan, dan memandikan pasien, tetapi juga tindakan keparawatan tak langsung seperti mengambil dan mengirim alat-alat medis kebagian lain, repetisi perjalanan keunit lain akibat adanya peralatan yang hilang atau tidak berfungsi, atau bukan perjalanan kebagian yang sangat jauh dari unit tempat ia berkerja (seperti pusat sterilisasi alat medis atau ruang rawat lain) yang mana hal ini meningkatkan aktifitas berjalan (fisik) dari perawat. Selain itu, tatanan ruang secara ergonomik dan fisik dari ruang seringkali menambah beban kerja perawat. Keterbatasan luas ruang rawat dan tempat penyimpanan alat seringkali menimbulkan masalah. Kesibukan dan keterbatasan waktu menyebabkan

banyak perawat lebih memilih untuk melakukan pekerjaan tersebut sendirian dari pada meminta bantuan kepada perawat atau tenaga lain.

2. Beban kerja kognitif (*cognitive workload*)

Beban kerja kognitif berhubungan dengan kebutuhan para perawat untuk memproses informasi yang sering kali terjadi dalam waktu singkat. Banyak situasi tertentu yang mengharuskan perawat mengambil keputusan secara cepat yang mana ini berarti perawat harus secara cepat pula melakukan penyesuaian kognitif terhadap pasien sepanjang pasien dirawat, baik yang terencana (misal perubahan jadwal dinas) maupun yang tidak terencana (perubahan kondisi pasien secara tiba-tiba). Selain itu perawat secara terus menerus tetap melakukan tugas-tugas kognitifnya selama melakukan lainnya (misal pemberian obat, mengambil alat-alat yang diperlukan pasien).

3. Tekanan waktu (*time pressure*)

Tekanan waktu berhubungan dengan hal-hal yang harus dilakukan secara cepat dan dalam waktu yang sangat terbatas. Tugas yang dilakukan oleh para perawat sangat banyak, yang dilakukan sesuai dengan waktu yang bersifat regular atau kekerapannya (misal memberikan obat, mengkaji, mengukur hasil, mendokumentasikan). Adanya gangguan pada tugas yang telah terpola ini menimbulkan peningkatan terhadap waktu yang ada. 4) Beban kerja emosional (*emotional workload*) Beban kerja emosional lazim terjadi pada lingkungan kerja. Terkadang persepsi perawat dengan keluarga sering kali tidak sama yang mana hal ini menimbulkan konflik dan masalah. 5) Beban kerja kuantitatif (*quantitative workload*) dan beban kerja kualitatif (*qualitative workload*)

Beban kerja kuantitatif didefinisikan sebagai jumlah pekerjaan yang dilakukan; sedangkan beban kerja kualitatif dinyatakan sebagai tingkat kesulitan dari pekerjaan yang dilakukan. Beban kerja kuantitatif perawat dapat diukur dengan menggunakan alat pengukur beban kerja berdasarkan tingkat ketergantungan pasien yang mengukur jumlah pekerjaan yang dilakukan oleh perawat. Sedangkan beban kerja kualitatif

4. Variasi beban kerja (*workload variability*)

Variasi beban kerja adalah perubahan beban kerja yang berkesinambungan pada waktu tertentu. Situasi genting adalah contoh lain dari variasi beban kerja dimana pada keadaan ini tiba-tiba beban kerja meningkat sebagai konsekuensi adanya situasi gawat pada pasien, sehingga mereka harus berkonsentrasi menghadapi kondisi pasien yang tidak stabil.

2.2.5. Perhitungan Beban Kerja

Koesomowidjojo (2017) menyebutkan bahwa perhitungan beban kerja dapat dipandang dari 3 aspek, yaitu aspek fisik, mental dan penggunaan waktu. Penghitungan beban kerja berdasarkan aspek-aspek tersebut dilakukan dengan :

1. Beban kerja fisik, terdiri dari beban kerja fisik fisiologis dan beban kerja fisik biomekanika.
 - 1) Beban kerja fisik fisiologis, diukur dengan pemeriksaan kesehatan yaitu pada sistem faal tubuh, denyut jantung, pernafasan, serta fungsi alat indra pada tubuh karyawan.
 - 2) Beban kerja fisik biomekanik, diukur dengan pemeriksaan daya kinetik tubuh, yang disesuaikan dengan standar daya jangkau tubuh, kecepatan dan

kemampuan menjangkau benda-benda bergerak, serta kemampuan tubuh menahan beban atau menggerakkan beban tertentu yang tentunya berkaitan dengan kekuatan otot tangan, kaki dan tubuh.

2. Beban kerja mental/psikis, penilaian didasarkan pada bagaimana tanggung jawab, kewaspadaan karyawan atas pekerjaan yang dihadapi, tingkat konsentrasi yang dimiliki karyawan, bahkan bagaimana karyawan berinteraksi dengan lingkungan kerjanya.

- 1) Pengukuran subjektif, diukur dengan beberapa metode antara lain : MCH (*Modified Cooper-Harper*) *Seale*, NASA-TLX (*Task Load Index*), dan SWAT (*Subjective Workload Assessment Technique*), serta metode *Spare Mental Capacity Technique*.
- 2) Pengukuran performa, dilakukan pengukuran atas waktu kerja, frekuensi individu dalam menjalankan instruksi, serta kualitas hasil kerja dan lain-lain.
- 3) Pengukuran *psyhco-psysiological*, dengan cara mengidentifikasi cairan dalam tubuh, durasi kedipan mata karyawan, diameter pupil, gerakan mata, kardiovaskuler, elektrodermal, serta hormon kortisol dan adrenalin bahkan juga dengan pengukuran aktivitas otak menggunakan EEG.
- 4) *Task analysis*, pengukuran dilakukan dengan menganalisa beban kerja menggunakan *software* dan *hardware* khusus pengukuran beban kerja.

3. Pemanfaatan waktu, penghitungan dibedakan menjadi dua hal sebagai berikut :

- 1) Pekerjaan yang dilakukan berulang (repetitif), gerakan berulang dan berlebihan bersamaan dengan penggunaan mesin-mesin yang memiliki

getaran dan posisi tertentu perharinya menimbulkan risiko kecelakaan kerja semakin tinggi.

- 2) Pekerjaan yang dilakukan tidak berulang (nonrepetitif), beban kerja yang diampu oleh karyawan tidak hanya berlaku bagi karyawan yang berkaitan langsung dengan pekerjaan fisik yang terlihat berat. Pekerjaan nonrepetitif juga beresiko meningkatkan angka beban kerja karyawan apabila organisasi/perusahaan tidak jeli mengatasi hal tersebut.

Nursalam, (2020) menjelaskan bahwa ada tiga cara yang dapat digunakan untuk menghitung beban kerja secara personel antara lain sebagai berikut:

1. Metode *Workload Indicator Staff Need* (WISN)

Metode WISN dapat digunakan untuk menghitung jumlah kebutuhan tenaga dalam skala yang besar, misalnya di kantor dinas kesehatan dan Rumah Sakit tingkat provinsi, kabupaten/kota dan telah disahkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No.81/Menkes/Sk/2004. Menurut (Shieh et al. 2016) Metode ini dapat mengandalkan beban kerja sebagai indikator kebutuhan tenaga, sehingga penempatan staff akan lebih mudah dilakukan. Metode ini mudah dilaksanakan secara teknis dan sifatnya holistik, akan tetapi metode ini memiliki kelemahan menurut Departemen Kesehatan yaitu sangat mengandalkan kelengkapan pencatatan data karena data tersebut digunakan sebagai dasar untuk input data yang selanjutnya akan menentukan besaran jumlah hasil penghitungan kebutuhan ketenagaan.

Workload Indicator staff need (WISN) juga bermanfaat untuk menentukan kebutuhan staff di setiap kategori berdasarkan beban kerja

fasilitas kesehatan. Penelitian ini dilakukan untuk memperkirakan kuantitas kebutuhan staff berdasarkan standar aktivitas dan beban kerja (Shivam et al. 2014). Sedangkan Metode WISN menurut Satish (2015) adalah alat yang dinamis dan berguna yang menawarkan dukungan berbasis beban kerja bagi para pembuat kebijakan Nasional, regional, dan lokal dan manajer fasilitas untuk meningkatkan ekuitas dan distribusi kesehatan pekerja di suatu daerah atau di sejenis fasilitas.

Menurut Febriyani (2021), langkah perhitungan tenaga kerja berdasarkan WISN ini meliputi lima langkah, yaitu :

- a. Menetapkan waktu kerja tersedia.

Tujuannya adalah agar diperolehnya waktu kerja efektif selama satu tahun untuk masing-masing kategori SDM yang bekerja di suatu unit kerja atau institusi. Rumusnya adalah sebagai berikut :

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

Keterangan :

A = Hari kerja (jumlah hari kerja/minggu)

B = Cuti tahunan

C = Pendidikan dan pelatihan

E = Ketidakhadiran kerja (sesuai dengan rata-rata ketidakhadiran kerja selama kurun waktu satu tahun, karena alasan sakit, tidak masuk kerja dengan atau tanpa alasan)

F = Waktu kerja (waktu kerja dalam satu hari)

b. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM yang dihitung

Tujuannya adalah diperolehnya unit kerja dan kategori SDM yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan pada pasien, keluarga, dan masyarakat. Informasi yang diperlukan didapatkan dari :

- 1) Data pegawai berdasarkan pendidikan yang bekerja pada tiap unit kerja
- 2) Peraturan perundangan yang berkaitan dengan jabatan fungsional SDM kesehatan
- 3) Standar Profesi, Standar Pelayanan, dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pada tiap unit kerja.

c. Menyusun standar beban kerja

Standar beban kerja adalah volume atau kuantitas beban kerja selama satu 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 unit masing-masing. Rumus standar beban kerja adalah sebagai berikut:

$$\text{Standar beban kerja} = \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Rata - rata waktu per kegiatan pokok}}$$

Data yang diperlukan antara lain :

- 1) Waktu yang tersedia
- 2) Bagan struktur organisasi
- 3) Kegiatan pokok (kegiatan pokok dan uraian kegiatan, serta tanggung jawab masing-masing kategori SDM)
- 4) Rata-rata waktu untuk menyelesaikan jenis kegiatan pokok

5) Standar profesi

6) Menetapkan waktu berdasarkan kesepakatan

d. Menyusun Standart Kelonggaran

Tujuannya adalah untuk diperolehnya faktor-faktor kelonggaran setiap kategori SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu penyelesaian suatu kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan pokok/pelayanan. Penyusunan standar kelonggaran dapat dilaksanakan melalui pengamatan dan wawancara tentang:

- 1) Kegiatan-kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan kepada pasien
- 2) Frekuensi tiap faktor kegiatan dalam satuan hari, minggu dan bulan
- 3) Waktu rata-rata yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan

Rumus standar kelonggaran adalah sebagai berikut :

$$\text{Standar Kelonggaran} = \frac{\text{Rata - rata waktu perfaktor kelonggaran}}{\text{Rata - rata waktu tersedia}}$$

Menurut Febriani (2021) langkah-langkah dalam menyusun 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. Pelayanan kesehatan bersifat individual, spesifik dan unik sesuai karakteristik pasien (umur, jenis kelamin), jenis dan berat ringannya penyakit, ada tidaknya komplikasi. Disamping itu harus

mengacu pada standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) serta penggunaan teknologi kedokteran dan prasarana yang tersedia secara tepat guna. Oleh karena itu pelayanan kesehatan membutuhkan SDM yang memiliki berbagai jenis kompetensi, jumlah dan distribusinya tiap unit kerja sesuai beban kerja. 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 sebagaimana hasil yang telah ditetapkan pada langkah kedua.
- 2) Standar profesi, standar pelayanan yang berlaku.
- 3) Rata-rata waktu yang dibutuhkan oleh tiap kategori SDM
- 4) Data dan informasi kegiatan pelayanan pada tiap unit kerja

Beban kerja masing-masing kategori SDM di tiap unit kerja 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

e. Kegiatan Pokok

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.

f. 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.

g. Standart 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. Standart beban kerja dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{Standar beban kerja} = \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Rata - rata waktu per kegiatan pokok}}$$

2. *Work sampling*. Teknik ini dikembangkan pada dunia industri untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh personel pada suatu unit, bidang maupun jenis tenaga tertentu. Pada metode *work sampling* dapat diamati hal-hal spesifik tentang pekerjaan antara lain :

- a. Aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja;
- b. Apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja;
- c. Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif;
- d. Pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja.

Pada teknik *work sampling* kita akan mendapatkan ribuan pengamatan kegiatan dari sejumlah personel yang kita amati. Oleh karena besarnya jumlah pengamatan kegiatan penelitian akan didapatkan sebaran normal sampel pengamatan kegiatan penelitian. Artinya data cukup besar dengan sebaran sehingga dapat dianalisis dengan baik.

3. *Time and motion study*. Pada teknik ini kita mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang kita amati. Melalui teknik ini akan didapatkan beban kerja personel dan kualitas kerjanya.

4. *Daily log* atau pencatatan kegiatan sendiri merupakan bentuk sederhana *work sampling* yaitu pencatatan dilakukan sendiri oleh personel yang diamati. Pencatatan meliputi kegiatan yang dilakukan dan waktu yang diperlukan untuk melakukan kegiatan tersebut. Penggunaan ini tergantung kerja sama dan kejujuran dari personel yang diamati. Pendekatan ini relatif lebih sederhana dan

biaya yang murah. Peneliti biasa membuat pedoman dan formulir isian yang dapat dipelajari sendiri oleh informan. Sebelum dilakukan pencatatan kegiatan peneliti menjelaskan tujuan dan cara pengisian formulir kepada subjek personal yang diteliti, ditekankan pada personel yang diteliti bahwa yang terpenting adalah jenis kegiatan, waktu dan lama kegiatan, sedangkan informasi personel tetap menjadi rahasia dan tidak akan dicantumkan pada laporan penelitian. Menuliskan secara rinci kegiatan dan waktu yang diperlukan merupakan kunci keberhasilan dari pengamatan dengan *daily log*.

2.3. Konsep Kepuasan

2.3.1 Pengertian

Kepuasan merupakan puas, merasa bahagia. Kepuasan bisa diartikan menjadi perasaan puas, rasa bahagia & kelegaan seorang dikarenakan menerima suatu jasa buat menerima pelayanan. Tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja tidak selaras dengan harapan maka pelanggan akan sangat kecewa. Bila kinerja sesuai harapan maka pelanggan akan sangat puas (KBBI, 2021). Kepuasan pasien merupakan ekspresi emosional yang muncul dalam bentuk senang atau kecewa setelah membandingkan harapan atau keinginan dengan hasil produk pelayanan. Kepuasan pasien memiliki dimensi wujud (*tangible*), dimensi keandalan (*reliability*), dimensi ketanggapan (*responsive*), dimensi kepercayaan (*assurance*), dan dimensi empati (*empathy*) (Rochana & Djogotuga, 2020).

Kepuasan pelanggan adalah evaluasi pelanggan terhadap produk atau layanan dalam hal menilai apakah produk atau layanan tersebut memenuhi

kebutuhan dan persyaratan pelanggan Kepuasan konsumen adalah suatu perasaan dimana pelanggan mendapatkan pelayanan yang diharapkan atau melebihi kebutuhan pelanggan / konsumen produk daur ulang (Parasuraman dalam (Ismanto, 2020). Kepuasan disini merupakan tingkat perasaan dimana seseorang menyatakan hasil perbandingan atas kinerja produk (Jasa) yang diterima dan yang diharapkan (Rosnaini Daga, 2019). Kepuasan konsumen adalah strategi defensive dan ofensif, artinya sebagai strategi defensive karena kepuasan konsumen merupakan cara terbaik untuk menahan konsumen dari gambaran pesaing dan sebagai strategi ofensif karena kepuasan konsumen akan menyebabkan *word of march* dan mampu menarik konsumen baru (Hasibuan, 2018).

2.3.2 Faktor yang mempengaruhi kepuasan

Menciptakan kepuasan pasien dapat memberikan nilai positif berupa rekomendasi dari orang yang pernah berobat sebelumnya, *repeat order* dan loyalitas. Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan dasar menurut Hasyim (2019) yaitu :

1. *Responsiveness* (daya tanggap) adalah kemampuan pemberi jasa pelayanan dalam memberikan pelayanan yang dibutuhkan pasien.
2. *Competence* (kompetensi) adalah penguasaan keahlian dan pengetahuan yang diperlukan untuk dapat memberikan pelayanan yang dibutuhkan pasien.
3. *Tangible* (bukti fisik) adalah tersedianya fasilitas fisik, peralatan dan sarana komunikasi yang diperlukan untuk proses pemberian pelayanan, pelayanan yang mempengaruhi persepsi pasien dan keluarga.

4. *Communication* (komunikasi) adalah memberikan informasi kepada pasien dalam bahasa yang mereka mengerti dan terbuka mendengarkan saran maupun keluhan mereka.
5. *Reliability* (kehandalan) adalah kemampuan memberikan pelayanan secara tepat dan kemampuan untuk dapat diandalkan, memberikan pelayanan tepat waktu, sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan tanpa melakukan kesalahan.

Menurut Lupiyoadi (2001) dalam Rosnaini Daga, (2019) terdapat 5 faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan yaitu :

1. Kualitas produk

Pelanggan akan merasa puas jika mereka dapat mengetahui tentang kelebihan dari produk yang akan mereka gunakan

2. Kualitas pelayanan

Pelanggan akan merasa puas jika mereka dapat menerima pelayanan yang baik sesuai dengan harapan mereka.

3. Emosional

Pelanggan akan merasa bangga dan lebih percaya diri jika mereka melihat orang lain menggunakan barang atau jasa yang sama akan tetapi kualitas barang atau jasa tersebut masih lebih rendah dari yang mereka terima.

4. Harga

Beberapa produk memiliki kualitas yang sama dan harga yang relative murah akan memberikan nilai tersendiri bagi pelanggan.



5. Biaya

Pelanggan tidak menginginkan adanya biaya tambahan atau membuang biaya percuma untuk mendapatkan produk atau jasa yang mereka butuhkan dan sesuai dengan kepuasan yang mereka terima dari pelayanan yang diberikan.

Menurut Ismanto, (2020) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pengguna jasa adalah :

1. Pemahaman pengguna jasa tentang jenis pelayanan yang akan diterimanya. Dalam hal ini, aspek komunikasi memegang peranan penting karena pelayanan kesehatan adalah *high personal contact*
2. Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan. Sikap ini akan menyentuh emosi pasien. Faktor ini akan berpengaruh pada tingkat kepatuhan pasien.
3. Biaya (cost). Tingginya biaya pelayanan dapat dianggap sebagai sumber moral hazard bagi pasien dan keluarganya. Sikap kurang peduli (ignorance) pasien dan keluarganya “yang penting sembuh” menyebabkan mereka menerima saja jenis perawatan dan teknologi kedokteran yang ditawarkan oleh petugas kesehatan. Akibatnya biaya perawatan menjadi mahal. Informasi terbatas yang dimiliki oleh pihak pasien dan keluarganya tentang perawatan yang diterima dapat menjadi sumber keluhan pasien. System asuransi kesehatan akan dapat mengatasi masalah biaya kesehatan.
4. Penampilan fisik (kerapian) petugas, kondisi kebersihan dan kenyamanan ruangan (tangibility)

5. Jaminan keamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan (assurance) ketepatan jadwal pemeriksaan dan kunjungan dokter juga termasuk pada faktor ini.
6. Keandalan dan keterampilan (reability) petugas kesehatan dalam memberikan perawatan.
7. Kecepatan petugas memberikan tanggapan terhadap keluhan pasien (responsiveness).

2.3.3 Pengukuran Kepuasan

Pelayanan rumah sakit merupakan pelayanan produk dan jasa yang dikaitkan dengan kepuasan pasien. Menurut (Rifa'i, 2019) faktor yang mempengaruhi mutu atau kualitas pelayanan kesehatan, yakni :

1. *Efficacy* : pelayanan yang diberikan menunjukkan manfaat dan hasil yang diinginkan.
2. *Appropriateness* : pelayanan yang diberikan relevan dengan kebutuhan klinis pasien/klien dan didasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan.
3. *Availability* : pelayanan yang *dibutuhkan* tersedia.
4. *Accessability* : pelayanan yang diberikan dapat diakses oleh yang membutuhkan
5. *Effectiveness* : pelayanan yang diberikan dengan cara yang benar, berdasarkan ilmu pengetahuan, dan dapat mencapai hasil yang diinginkan.
6. *Amenities* : *kenyamanan* fasilitas pelayanan

Menurut Parasuraman dalam Pohan (2013) untuk mengetahui kualitas pelayanan yang dirasakan secara nyata oleh konsumen, ada indikator ukuran

kepuasan konsumen yang terletak pada 5 dimensi kualitas pelayanan menurut apa yang dikatakan konsumen, yaitu :

1. *Responsiveness* (tanggapan), yaitu kemampuan memberikan pelayanan kepada pelanggan dengan cepat dan tepat.
2. *Reliability* (kehandalan), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dapat memuaskan pelanggan
3. *Assurance* (jaminan), yaitu kemampuan memberikan kepercayaan dan kebenaran atas pelayanan yang diberikan kepada pelanggan.
4. *Empathy* (empati), yaitu kemampuan membina hubungan dengan konsumen, perhatian, dan memahami kebutuhan pelanggan.
5. *Tangibles* (bukti langsung), yaitu sarana dan fasilitas yang dapat langsung dirasakan oleh konsumen atau pelanggan.

Kepuasan itu sendiri dapat diukur dengan berbagai cara, diantaranya seperti yang dikemukakan oleh Kotler dalam (Indrasari, 2019) tentang metode untuk mengukur kepuasan pelanggan, yaitu :

1. Sistem keluhan dan saran

Metode ini dilakukan dengan cara pasien menyampaikan keluhan dan saran melalui kotak saran, kartu komentar, saluran telepon khusus dan lain-lain.

2. Survei kepuasan pelanggan

Pengukuran kepuasan pelanggan melalui metode ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya :

3. *Directly reported satisfaction* yakni pengukuran langsung dengan pertanyaan-pertanyaan yang disampaikan kepada pasien tentang tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan.
4. *Derived dissatisfaction* yakni pengukuran yang dilakukan dengan cara mengajukan pertanyaan tentang seberapa besar harapan dan hasil dari kinerja pelayanan yang telah dirasakan pasien.
5. *Problem analysis* yakni pengukuran kepuasan yang dilakukan dengan cara meminta responden untuk menuliskan masalah yang berkaitan dengan pelayanan yang telah diberikan beserta menuliskan saran-saran untuk perbaikan dalam pelayanan.
6. *Importance-performance analysis* yakni pengukuran kepuasan yang dilakukan dengan cara meminta responden untuk meranking berbagai elemen dari pelayanan yang ditawarkan berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen dan seberapa baik kinerja pelayanan masing-masing elemen.
7. Ghost shopping
Metode ini dilakukan dengan cara mempekerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap sebagai pasien dengan tujuan untuk melihat kekurangan atau kelebihan dari pelayanan.
8. Lost customer analysis
Metode ini dilakukan dengan cara pemberi pelayanan menghubungi pelanggan yang berhenti atau pindah ke tempat pelayanan lain dan memantau angka kehilangan pelanggan yang menunjukkan kelemahan dalam memuaskan pelanggan.

Kotler dalam Rosnaini Daga, (2019) juga menyebutkan bahwa kepuasan pelanggan memiliki hubungan yang erat dengan kualitas. Kualitas memberikan suatu dorongan kepada pelanggan untuk menjalin ikatan hubungan yang kuat dengan perusahaan. Dalam jangka panjang, ikatan seperti ini memungkinkan perusahaan untuk memahami dengan seksama harapan dan kebutuhan pelanggan. Dengan demikian perusahaan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan dengan cara memaksimalkan pengalaman yang menyenangkan dan meminimumkan atau meniadakan pengalaman pelanggan yang kurang menyenangkan. Perusahaan juga dapat meningkatkan pangsa pasarnya dengan memenuhi kualitas yang bersifat *customer-driven*. Hal ini akan memberikan keunggulan harga dan *customer value*. *Customer value* merupakan kombinasi dari manfaat dan pengorbanan yang terjadi apabila pelanggan menggunakan suatu barang atau jasa guna memenuhi kebutuhan tertentu. Bila kualitas yang dihasilkan superior dan pangsa pasar yang dimiliki besar, maka profitabilitasnya terjamin. Jadi, ada kaitan yang erat antara kualitas dan profitabilitas

Menurut Gerson (2004) dalam Muninjaya, (2016) untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dapat diklasifikasikan dalam beberapa tingkatan yaitu :

1. Puas

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien, seperti sangat bersih (untuk prasarana), sangat ramah (untuk hubungan dengan dokter atau perawat), atau sangat cepat (untuk

proses administrasi), yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas pelayanan yang paling tinggi.

2. Cukup Puas

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sepenuhnya atau sebagian sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk sarana), agak kurang cepat (proses administrasi), atau kurang ramah, yang seluruhnya ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori sedang.

3. Kurang Puas

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien rendah, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk sarana), agak lambat (untuk proses administrasi), atau tidak ramah.

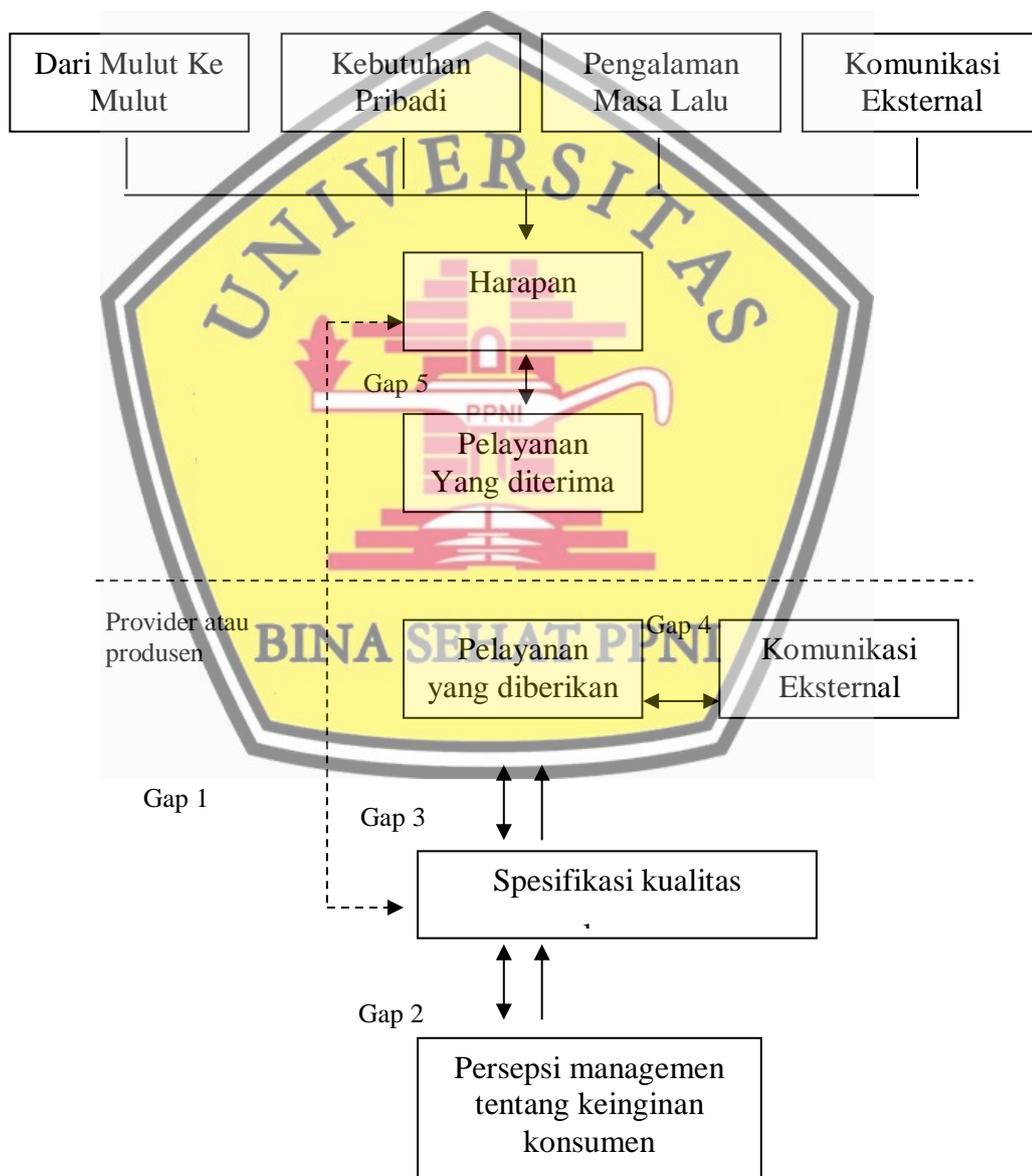
Menurut Parasuraman, dkk. (1990) dalam Ismanto, (2020) menjelaskan *Conceptual Model of Service Quality*, mereka memformulasikan sebuah model kualitas pelayanan guna memenuhi kepuasan pelanggan. Menurut model ini, terdapat lima gaps (kesenjangan) yang membuat perusahaan tidak mampu memberikan pelayanan yang bermutu kepada para pelanggan. *Customer Gap* adalah perbedaan antara persepsi pelanggan dan harapan pelanggan (antara *customer perception* dan *customer expectation*). Persepsi Konsumen adalah penilaian subyektif oleh pelanggan atas pengalamannya mengkonsumsi barang/jasa. Harapan pelanggan merupakan standar atau referensi pelanggan dengan pengalaman konsumsi barang/jasa. Persepsi konsumen dan harapan

konsumen seharusnya identik, tetapi dalam kenyataannya ada suatu celah (*gap*) yang cukup besar. Ini merupakan tugas pemasar untuk membangun jembatan antara keduanya dan atau melakukan usaha-usaha untuk mempersempit atau menutup celah (*gap*) yang terjadi. Saat ini, kita mengenal lima jenis kesenjangan (*gap*) yang harus dijembatani dengan tujuan untuk memenuhi kepuasan pelanggan, antara lain :

1. Kesenjangan antara harapan pelanggan dan persepsi manajemen perusahaan.
Kesenjangan tersebut tercipta akibat manajemen perusahaan salah mengerti terhadap apa yang diharapkan pelanggan.
2. Kesenjangan antara persepsi manajemen perusahaan atas harapan pelanggan dan spesifikasi kualitas pelayanan.
Kesenjangan tersebut terjadi akibat kurang tepatnya penerjemahan persepsi manajemen perusahaan atas harapan para pelanggan perusahaan ke dalam bentuk tolok ukur kualitas pelayanan.
3. Kesenjangan antara spesifikasi kualitas pelayanan dan pemberian pelayanan kepada pelanggan.
Keberadaan kesenjangan tersebut lebih diakibatkan oleh ketidakmampuan sumber daya manusia perusahaan untuk memenuhi standar kualitas pelayanan yang telah ditetapkan.
4. Kesenjangan antara pemberian pelayanan kepada pelanggan dan komunikasi eksternal.

Kesenjangan tersebut tercipta karena perusahaan ternyata tidak mampu memenuhi janji-janjinya yang dikomunikasikan secara eksternal melalui berbagai bentuk promosi.

5. Kesenjangan antara harapan pelanggan dan kenyataan pelayanan yang diterima. Kesenjangan tersebut ada sebagai akibat tidak terpenuhinya harapan para pelanggan.



Gambar 2.6 Gap Dimensi Kualitas Pelayanan Jasa Terhadap Kepuasan Pelanggan Sumber : (Arifin et al., 2021)

Berdasarkan penjelasan gambar diatas Kesenjangan tersebut tercipta akibat manajemen perusahaan salah mengerti terhadap apa yang diharapkan pelanggan. Kesenjangan tersebut terjadi akibat kurang tepatnya penerjemahan persepsi manajemen perusahaan atas harapan para pelanggan perusahaan ke dalam bentuk tolok ukur kualitas pelayanan. Keberadaan kesenjangan tersebut lebih diakibatkan oleh ketidakmampuan sumber daya manusia perusahaan untuk memenuhi standar kualitas pelayanan yang telah ditetapkan. Kesenjangan tersebut tercipta karena perusahaan ternyata tidak mampu memenuhi janji-janjinya yang dikomunikasikan secara eksternal melalui berbagai bentuk promosi. Kesenjangan tersebut ada sebagai akibat tidak terpenuhinya harapan para pelanggan.

2.3.4 Pengukuran Kepuasan Pelayanan Publik

KEMENPAN RB, (2017) menjelaskan salah satu tugas perbaikan pelayanan publik adalah melakukan survei kepuasan Pengguna Layanan dengan mengukur kepuasan pelayanan yang diberikan, karena unit pelayanan publik sangat beragam dalam menerima indeks pelayanan masyarakat secara nasional, kemudian di lakukan penelitian kepuasan masyarakat membutuhkan teknik survei terpadu seperti yang dijelaskan dalam panduan ini. Survei dilaksanakan secara periodic setiap 3 bulan sekali, 6 bulan sekali dan tau 1 tahun sekali. Unsur-unsur pelayanan public yang harus dipenuhi dalam survei kepuasan pelayanan publik yaitu :

1. Persyaratan

Persyaratan adalah syarat yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif.

2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur

Prosedur adalah tata cara pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan, termasuk pengaduan.

3. Waktu Penyelesaian

Waktu Penyelesaian adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan.

4. Biaya/Tarif

Biaya/Tarif adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat.

5. Produk Spesifikasi jenis pelayanan

Produk spesifikasi jenis pelayanan adalah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Produk pelayanan ini merupakan hasil dari setiap spesifikasi jenis pelayanan.

6. Kompetensi Pelaksana

Kompetensi Pelaksana adalah kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan pengalaman.

7. Perilaku Pelaksana

perilaku pelaksanaan adalah sikap petugas dalam memnerikan pelayanan

8. Penanganan pengaduan, saran dan masukan

Penanganan pengaduan, saran dan masukan adalah tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut.

9. Sarana dan prasarana

Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan. Prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (usaha, pembangunan, proyek). Sarana digunakan untuk benda yang bergerak (komputer, mesin) dan prasarana untuk benda yang tidak bergerak (gedung).

Catatan:

- 1) Unsur 4, dapat diganti dengan bentuk pertanyaan lain, jika dalam suatu peraturan perundangan biaya tidak dibebankan kepada penerima layanan (konsumen). Contoh: pembuatan KTP, biaya oleh UU dinyatakan gratis.
- 2) Unsur 6 dan Unsur 7, dapat diganti dengan bentuk pertanyaan lain, jika jenis layanan yang akan disurvei berbasis website.

Pilihan jawaban dalam setiap pertanyaan unsur pelayanan yang termuat dalam kuesioner survei kepuasan pelayanan public berupa jawaban pertanyaan pilihan berganda. Bentuk pilihan jawaban pertanyaan kuesioner bersifat kualitatif untuk mencerminkan tingkat kualitas pelayanan. Tingkat kualitas pelayanan di mulai dari sangat baik/puas sampai dengan tidak baik/puas. Pembagian jawaban dibagi dalam 4 (empat) kategori, yaitu :

1. Tidak baik, diberi nilai 1

Apabila pelaksanaan prosedur pelayanan tidak sederhana, alur berbelit-belit, panjang dan tidak jelas, loket terlalu banyak, sehingga proses tidak efektif

2. Kurang baik, diberi nilai 2;

Apabila pelaksanaan prosedur pelayanan masih belum mudah, sehingga prosesnya belum efektif

3. Baik, diberi nilai 3;

Apabila pelaksanaan prosedur pelayanan dirasa mudah, sederhana, tidak berbelit-belit tetapi masih perlu diefektifkan.

4. Sangat baik, diberi nilai 4.

Apabila pelaksanaan prosedur pelayanan dirasa sangat jelas, mudah, sangat sederhana, sehingga prosesnya mudah dan efektif.

2.4. Konsep Perawat

2.4.1. Pengertian

Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perawat Profesi adalah Perawat lulusan pendidikan profesi yang merupakan program profesi keperawatan dan program spesialis keperawatan (Permenkes, 2019).

Perawat merupakan seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan, dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien (Wirentanus, 2019). Perawat merupakan tenaga profesional kesehatan yang paling dekat dengan pasien. Tugasnya adalah

memberikan pelayanan prima dan terbaru untuk pasien dalam bentuk asuhan keperawatan. Posisinya sebagai rekan dokter dalam memberikan pelayanan pada pasien membutuhkan peningkatan ketrampilan dan pengetahuan. Ia juga dituntut untuk bisa memberikan inovasi dalam pelayanan tanpa mengabaikan dan membahayakan kebutuhan pelayanan kesehatan (Putri, 2018).

Menurut *International Council of Nurses* (1965) Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di Negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien. Menurut UU Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan pasal 1, bahwa seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Perawat yang menjalankan praktik keperawatan wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) (PPNI, 2016).

Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor: 647/Menkes/ SK/IV/2000 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan, yang kemudian diperbaharui dengan Kepmenkes RI No.1239/SK/XI/2001, dijelaskan bahwa perawat adalah orang yang telah lulus dari pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Selanjutnya perawat adalah suatu profesi yang mandiri yang mempunyai hak untuk memberikan layanan keperawatan secara mandiri, dan bukan sebagai profesi pembantu dokter.

2.4.2. Tugas Dan Fungsi Perawat

Tugas dan fungsi perawat secara umum memberikan bantuan atau pelayanan kepada pasien (dari level individu, keluarga hingga masyarakat), baik dalam kondisi sakit maupun sehat, guna mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui layanan keperawatan (Budiono, 2016).

Perawat sebagai pelaksana pelayanan kesehatan di instansi kesehatan, tentunya memiliki tugas-tugas yang di bebaskan kepada mereka, seperti halnya peran-peran yang lain, tugas-tugas dari perawat pelaksana tersebut menurut (Potter et al., 2019) diantaranya :

1. Melaksanakan serah terima setiap pergantian dinas yang mencakup pasien dan peralatan.
2. Melakukan askep pasien.
3. Menyiapkan, memelihara, menyimpan alat agar siap pakai.
4. Merencanakan intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah dan membuat langkah/ cara pemecahan masalah.
5. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana.
6. Melakukan dinas rotasi sesuai jadwal yang telah dibuat oleh kepala ruangan.
7. Memelihara lingkungan untuk kelancaran pelayanan
8. Melaksanakan program orientasi kepada pasien tentang instansi kesehatan dan lingkungannya, peraturan dan tata tertib yang berlaku, serta fasilitas yang ada dan penggunaannya.
9. Menciptakan hubungan kerjasama yang baik dengan pasien dan keluarganya maupun dengan anggota tim kesehatan.

10. Membantu merujuk pasien kepada petugas kesehatan lain yang lebih mampu untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dapat ditanggulangi.
11. Mengikuti pertemuan berkala yang diadakan oleh dokter penanggung jawab/perawat kepala ruang.
12. Menyiapkan pasien yang akan keluar.
13. Mentaati peraturan yang telah ditetapkan di rumah sakit tempat dia bekerja

Fungsi perawat adalah suatu pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Fungsi tersebut dapat berubah disesuaikan dengan keadaan yang ada, perawat dalam menjalankan perannya memiliki beberapa fungsi, berdasarkan Kusnanto (2020) seperti:

1. Fungsi Independen

Fungsi Independen merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis (pemenuhan kebutuhan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan aktifitas dan lain-lain), pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan, pemenuhan cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

2. Fungsi Dependen

Fungsi Dependen merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatan atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagian tindakan

pelimpahan tugas yang di berikan. Hal ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

3. Fungsi Interdependen

Fungsi Interdependen dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun yang lainnya

2.4.3. Peran Perawat

Peran dari seorang perawat ialah dengan memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien, selain memberikan asuhan keperawatan juga memiliki berbagai peran yang luas dalam meningkatkan kesehatan serta di dunia pendidikan keperawatan. Perawat Juga berperan dalam pecegahan penyakit serta memandang klien secara komprehensif (Jackie Crisp, Clint Douglas, Geraldine Rebeiro, 2017).

Menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan Tahun 1989 dalam (Wirentanus, 2019) peran perawat adalah sebagai berikut :

1. Sebagai pemberi asuhan keperawatan

Peran ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks. Adapun faktor asuhan dalam keperawatan meliputi :

- 1) Menunjukkan sistem nilai kemanusiaan dan *altruism*.

- 2) Memberi harapan dengan mengembangkan sikap dalam membina hubungan dengan klien
- 3) Mempalitasi untuk optimis, percaya dan penuh harapan,
- 4) Menunjukkan sensitivitas antara satu dengan yang lain
- 5) Mengembangkan hubungan saling percaya
- 6) Komunikasi efektif, empati, dan hangat, ekspresi perasaan positif dan negatif melalui tukar pendapat tentang perasaan,
- 7) Menggunakan proses pemecahan masalah yang kreatif,
- 8) Meningkatkan hubungan interpersonal dan proses belajar mengajar.
- 9) Memberi suport, perlindungan, koreksi mental, sosiokultural dan lingkungan spiritual.
- 10) Membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia.
- 11) Melibatkan eksistensi fenomena aspek spritual Selanjutnya
- 12) Kekuatan dalam Asuhan menurut (Wirentanus, 2019) meliputi :
 - 13) Aspek transformasi. Perawat membantu klien untuk mengontrol perasaannya dan berpartisipasi aktif dalam asuhan.
 - 14) Integrasi asuhan. mengintegrasikan individu ke dalam sosialnya.
 - 15) Aspek pembelaan membantu klien memilih support social, emosional, spiritual.
 - 16) Aspek penyembuhan.
 - 17) Aspek partisipasi.
 - 18) Pemecahan masalah dengan metode ilmiah

2. Sebagai advokat klien

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan. Perawat juga berperan dalam mempertahankan hak pasien, menurut (Tutiany et al., 2017) meliputi:

- 1) Hak atas pelayanan sebaik-baiknya.
- 2) Hak atas informasi tentang penyakitnya.
- 3) Hak atas privacy.
- 4) Hak untuk menentukan nasibnya sendiri.
- 5) Hak ganti rugi akibat kelalaian

3. Sebagai *educator*

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

4. Sebagai koordinator

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga memberi pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

5. Sebagai kolaborator

Peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi, dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan.

6. Sebagai konsultan

Perawat berperan sebagai tempat konsultasi dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

7. Sebagai pembaharu

Perawat mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan

2.4.4. Wewenang Perawat

Kewenangan perawat adalah hak dan otonomi untuk melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan kemampuan, tingkat pendidikan, dan posisi yang dimiliki. Lingkup kewenangan perawat dalam praktek keperawatan profesional adalah pada kondisi sehat dan sakit, sepanjang daur kehidupan (dari konsepsi sampai meninggal dunia), menurut (Budiono, 2016) mencakup :

1. Asuhan keperawatan pada klien anak dari usia 28 hari sampai usia 18 tahun.
2. Asuhan keperawatan maternitas, yaitu asuhan keperawatan klien wanita pada masa subur dan neonatus (bayi baru lahir sampai 28 hari) dalam keadaan sehat.
3. Asuhan keperawatan medikal bedah, yaitu asuhan pada klien usia di atas 18 tahun sampai 60 tahun dengan gangguan fungsi tubuh baik oleh karena trauma atau kelainan fungsi tubuh.

4. Asuhan keperawatan jiwa, yaitu asuhan keperawatan klien pada semua usia, yang mengalami berbagai masalah kesehatan jiwa.
5. Asuhan keperawatan keluarga, yaitu asuhan keperawatan pada klien keluarga unit terkecil dalam masyarakat sebagai akibat pola penyesuaian keluarga yang tidak sehat, sehingga tidak terpenuhinya kebutuhan keluarga.
6. Asuhan keperawatan komunitas, yaitu asuhan keperawatan kepada klien masyarakat pada kelompok di wilayah tertentu pada semua usia sebagai akibat tidak terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat.
7. Asuhan keperawatan gerontik, yaitu asuhan keperawatan pada klien yang berusia 60 tahun ke atas yang mengalami proses penuaan dan permasalahannya

2.5. Penelitian Terdahulu Yang Relevan

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu Yang Relevan

No	Judul, Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
1	Beban Kerja, Motivasi Kerja, Kepuasan Kerja dan Disiplin Kerja Mempengaruhi Kinerja Perawat dan Bidan (Cahyani, 2022)	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh beban kerja, motivasi kerja, kepuasan kerja dan disiplin kerja terhadap kinerja perawat dan bidan di RS Bhayangkara Brimob Kelapa Dua	Rancangan penelitian ini adalah <i>cross-sectional</i> . Subyek penelitian adalah 104 perawat dan bidan yang dipilih dengan teknik total population sampling. Data dikumpulkan melalui pengisian kuesioner, lalu dianalisis menggunakan <i>Partial Least Square</i> .	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja perawat dan bidan dipengaruhi oleh beban kerja (24,89%), motivasi kerja (25,16%), kepuasan kerja (15,72%) dan disiplin kerja (6,30%). Penelitian ini menyimpulkan bahwa motivasi kerja memiliki pengaruh yang paling besar. Dengan demikian, dalam rangka meningkatkan kinerja tenaga kesehatan di rumah sakit, perlu pemberian motivasi dalam bentuk <i>reward</i> , baik secara finansial maupun non-finansial seperti kesempatan

				pengembangan karir atau belajar/pelatihan
2	Kristy Lynn Stewart.2009. Nurse Managers' Knowledge of Staff Nurse <i>Burnout</i> . Tesis presented to the faculty of the Graduate School of Western Carolina University in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of Science in Nursing	The purpose of this study is to determine the educational needs of nurse managers related to causes of <i>Burnout</i> , methods of <i>Burnout</i> prevention, and <i>Burnout</i> treatment or reversal for staff nurses.	The best way to assess this fact was by surveying each nurse manager to determine the current knowledge of managers. Using a checklist format allowed each manager to answer quickly and identify those actions he or she knows that cause, prevent, or treat or reverse <i>Burnout</i> . A random sample of 700 of this group was requested from the North Carolina Board of Nursing	The fact remains that only 22 (24%) of the 93 factors related to <i>Burnout</i> are known by at least 75% of the nurse managers. The findings reveal a positive correlation between nurse manager's total knowledge and age, years as nurse manager, and level of education completed. The greatest knowledge need is in the area of environmental causes of staff nurse <i>Burnout</i> .
3	Huo L, Zhou Y, Li S, Ning Y, Zeng L, Liu Z, Qian W, Yang J, Zhou X, Liu T and Zhang XY (2021) <i>Burnout</i> and Its Relationship With Depressive Symptoms in Medical Staff During the COVID-19 Epidemic in China.	This study aimed to investigate the prevalence and risk factors of <i>Burnout</i> syndrome, and the relationship between <i>Burnout</i> and depressive symptoms among frontline medical staff during the COVID-19 epidemic in China.	Using a cross-sectional survey. A total of 606 frontline medical workers were recruited from 133 cities across the country. Doctors, nurses, or medical technicians in hospitals, aged 18 years or above were included in this study	During the COVID-19 pandemic, 36.5% of the medical staff experienced <i>Burnout</i> . Personal and work-related factors were independently associated with <i>Burnout</i> , including age, family income, having physical diseases , daily working hours and

4	Manzano García, G. Associate Professor1, Ayala Calvo, J.C. Professor1 1- University of La Rioja, Spain A. (2020)	To evaluate whether the perceived threat of COVID-19 moderates the influence of work resources and demands on <i>Burnout</i>	A cross- sectional study The data on <i>Burnout</i> , demand and resources at work and the perceived threat of COVID-19 were compiled in the second fortnight of April 2020 using an online questionnaire. We used several hierarchical linear regression models.	Work overload, material and human resources and social support at work were significant in explaining <i>Burnout</i> . The perceived threat of COVID-19 variable was also significant and presented the highest regression coefficient ($\beta = .392$). The perceived threat of COVID-19 moderated the relationship between social support at work and burnou
5	Hubungan Beban Kerja Dengan Kepuasan Kerja Perawat (Hikmat, 2019)	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan beban kerja dengan kepuasan kerja perawat.	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif korelasi yang bertujuan untuk menguji hubungan beban kerja dengan kepuasan kerja perawat. Populasi penelitian ini adalah perawat pelaksana yang berjumlah 60 orang, dengan pengambilan sampel menggunakan teknik <i>total sampling</i> . Pengumpulan data menggunakan teknik wawancara. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner untuk beban kerja dan kepuasan kerja perawat.	Analisa hubungan variabel yang digunakan menggunakan <i>Chi Square</i> . Hasil Penelitian tentang hubungan beban kerja dengan kepuasan kerja perawat menunjukkan bahwa beban kerja perawat dengan frekuensi terbanyak adalah kategori beban berat (96,7%). Kepuasan kerja perawat dengan frekuensi terbanyak adalah kategori puas (81,7%). Analisa Bivariat menunjukkan ada hubungan beban kerja dengan kepuasan kerja perawat ($p=0,031$)
6	Analisis Beban Kerja Perawat Di	Tujuan penelitian ini adalah untuk	Penelitian ini merupakan	Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan

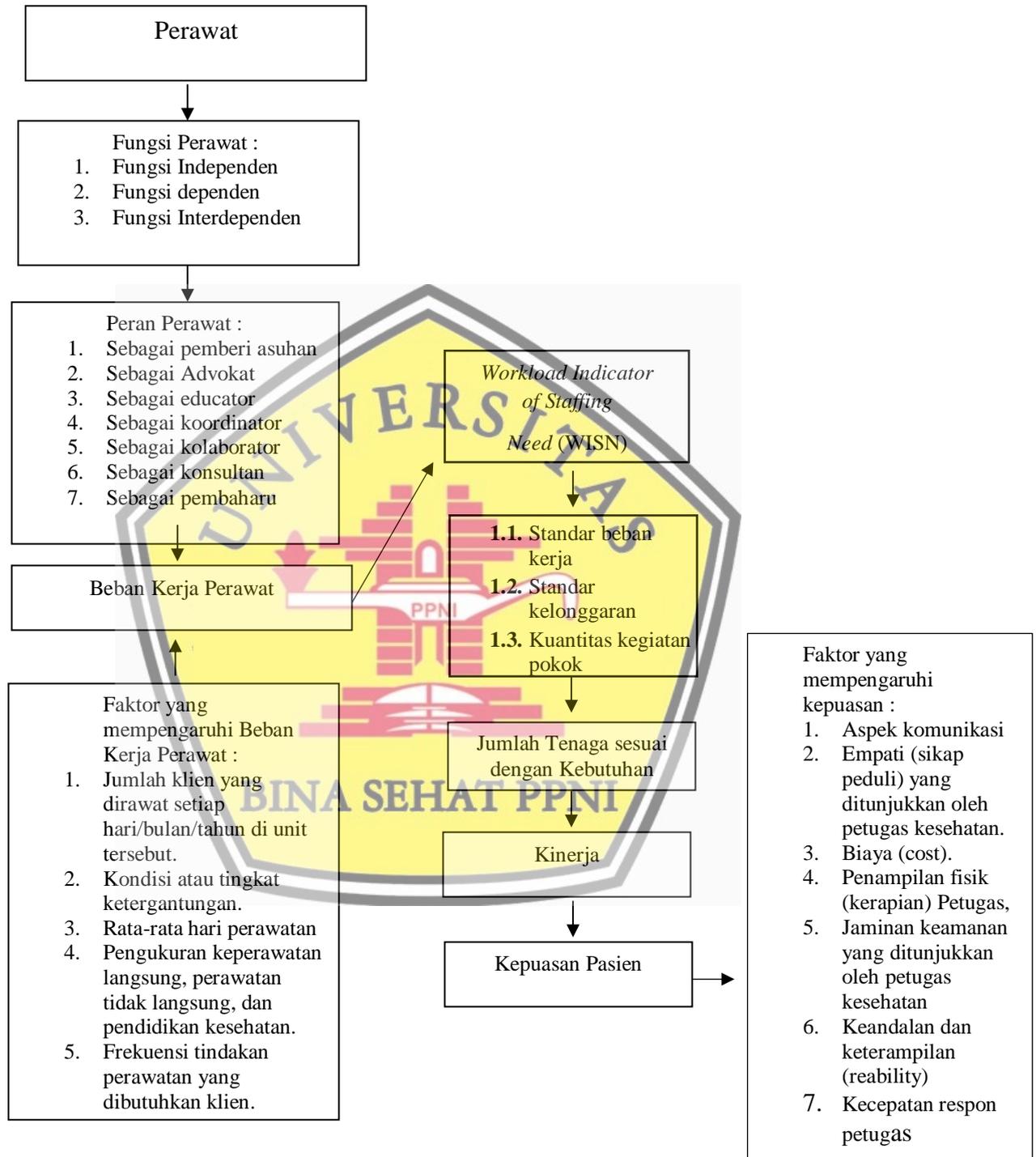
	Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangkinang Tahun 2022 (annisa, 2022)	mengetahui bagaimana Beban Kerja Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang Tahun 2022	penelitian kualitatif dengan metode wawancara mendalam dan observasi dengan 10 perawat, variabel yang diteliti yaitu waktu kerja yang tersedia, unit kerja & kategori SDM, standar beban kerja, standar kelonggaran dan jumlah kebutuhan tenaga. Teknik pemeriksaan data menggunakan metode WISN	bahwa beban kerja perawat di tiga ruangan yaitu ali (83,9%), dan sahabat (83,4%) tergolong berat karena lebih dari batas kerja produktif 80%. Sedangkan ruang pejuang (64,1%) tergolong ringan. perhitungan kebutuhan perawat berdasarkan perhitungan WISN yaitu ruang ali kurang 12 orang, ruang sahabat kurang 9 orang dan ruang pejuang sudah sesuai dengan kebutuhan menurut WISN yaitu 25 orang. Disarankan kepada pihak manajemen keperawatan RSUD Bangkinang dapat merencanakan jumlah kebutuhan tenaga perawat dengan mempertimbangkan beban kerja perawat
7	Sarnia (2022), Pengaruh Beban Kerja Tenaga Kesehatan Dan Fasilitas Terhadap Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Siontapina Kabupaten Buton	Penelitian ini bertujuan (1) Untuk menganalisis pengaruh beban kerja tenaga kesehatan dan fasilitas terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Siontapina Kabupaten Buton. (2) Untuk menganalisis pengaruh beban kerja tenaga kesehatan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Siontapina Kabupaten Buton. (3) Untuk menganalisis	penelitian menggunakan desain penelitian kuantitatif dengan pendekatan survei. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu menyebarkan kuesioner, dan mengumpulkan data sekunder.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban kerja dan fasilitas secara simultan berpengaruh signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Siontapina Kabupaten Buton dengan koefisien determinasi sebesar 42,5% tinggi rendahnya kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Siontapina dipengaruhi oleh faktor beban kerja dan fasilitas. Beban kerja berpengaruh signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Siontapina Kabupaten Buton dengan dengan koefisien determinasi

		<p>pengaruh fasilitas terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Siontapina Kabupaten Buton</p>		<p>sebesar 68,72% tinggi rendahnya kualitas pelayanan ditentukan oleh faktor beban kerja. Fasilitas berpengaruh signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Siontapina Kabupaten Buton dengan koefisien determinasi sebesar 50,27% tinggi rendahnya kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Siontapina dipengaruhi oleh faktor fasilitas</p>
8	<p>Susilawati (2023) Beban kerja perawat pelaksana berdasarkan metode WISN</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis beban kerja perawat pelaksana berdasarkan metode WISN.</p>	<p>Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan teknik pengamatan <i>work sampling</i> dan observasi.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase pelaksanaan kegiatan keperawatan langsung adalah sebesar 32,2% dan kegiatan keperawatan tidak langsung sebesar 34,4%. Proporsi waktu yang diperoleh dari komponen beban kerja kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung masih dalam batas beban kerja ringan yaitu 66,6%.</p>
9	<p>Novitasari (2019), Hubungan pelayanan keperawatan dengan tingkat kepuasan pasien di Ruang Dahlia RSUD Kota Banjar tahun 2018.</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pelayanan keperawatan dengan tingkat kepuasan pasien di Ruang Dahlia RSUD Kota Banjar tahun 2018</p>	<p>Metode penelitian yang digunakan yaitu analitik kuantitatif dengan pendekatan <i>crosssectional</i>. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap di Ruang Dahlia RSUD Kota Banjar kelas III. Sampel yang diambil</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan pelayanan keperawatan frekuensi tertinggi kategori baik yaitu sebanyak 45 orang (80,4%), tingkat kepuasan pasien frekuensi tertinggi kategori baik yaitu sebanyak 35 orang (62,5%). Berdasarkan hasil analisis data di atas maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara</p>

			menggunakan teknik <i>non probability sampling</i> dengan cara <i>total populasi (sampling jenuh)</i> .	pelayanan keperawatan dengan tingkat kepuasan pasien, karena nilai $p\text{ value} < \alpha$ ($0,003 < 0,05$).
10	Maweikere (2021) hubungan beban kerja perawat dengan tingkat kepuasan pasien dalam pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan beban kerja perawat dengan tingkat kepuasan pasien dalam pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado	Desain penelitian yang digunakan yaitu Deskriptif Analitik dengan pendekatan Cross Sectional Study. Sampel berjumlah 42 Perawat dan 42 Pasien yang didapat dengan menggunakan tehnik Total Sampling.	Hasil penelitian uji statistik menggunakan uji Chi-square pada tingkat kemaknaan 95%, didapatkan nilai signifikan $p = 0,000 < \alpha$ (0,05). Kesimpulan ada hubungan antara beban kerja perawat dengan tingkat kepuasan pasien. Saran dalam kebijakan pengelolaan tenaga kesehatan, khususnya perawat untuk dapat menetapkan pembagian tugas yang jelas dan tegas pada tiap-tiap perawat di rumah sakit.



2.6. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori