

Analisis Penyebab Rendahnya Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan di Puskesmas Kasembon Kabupaten Malang

Ikma Nur Farida, Sapto Adi*, Dian Mawarni, Nurnaningsih Herya Ulfah
Universitas Negeri Malang, Jl. Semarang No. 5 Malang, Jawa Timur, Indonesia
*Penulis korespondensi, Surel: sapto.adi.fik@um.ac.id

Paper received: 14-7-2023; revised: 15-8-2023; accepted: 30-8-2023

Abstract

The achievement of the Malang District Community Health Centre assessment in 2022 is 80.69% which is classified as appropriate category, while the development program was 60,3% and classified as lower category, although national standards would be well categorized. This research aims to perceive the causes of low development performance in Malang District. This research is a qualitative study with cross-sectional approach input variables (health human resources, financing, facilities, and infrastructure) and process variables (program implementation and constraints that occur, appraisal assessment, revision period, and feedback from health office, as well as health office monitoring and follow-up plans). The informants of this program are responsible coordinator organizers at Health Office, four persons as coordinators of development efforts, from the Puskesmas. Three performance appraisal desk committees at the Health Office level for triangulation. The results of this research are lack of manpower in quantity, inappropriate budget management, difficulty dividing schedules, inadequate facilities and infrastructure, the location of Puskesmas on the border, and inability to prove during the revision period. Therefore, the Health Office will carry out a follow-up plan to implement an ideal program, considering the submission of personnel, suggesting that puskesmas should optimize budget management, and providing continuous guidance to Puskesmas.

Keywords: public health center; performance appraisal; public health program

Abstrak

Capaian program penilaian kinerja puskesmas di Kabupaten Malang Tahun 2022 sebesar 80,69% yang tergolong kategori cukup, sedangkan upaya pengembangan berkategori rendah yakni 60,3% padahal standar Nasional seharusnya berkategori baik. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penyebab rendahnya nilai kinerja upaya pengembangan di Kabupaten Malang. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi cross-sectional dengan variabel *input* (pelaksana program, pembiayaan, sarana dan prasarana), variabel proses (pelaksanaan program dan kendala yang terjadi, entri nilai, masa revisi dan *feedback* dari Dinas Kesehatan, serta monitoring dan rencana tindak lanjut Dinas Kesehatan). Informan dalam penelitian ini adalah penanggungjawab dan koordinator program tingkat Dinas Kesehatan, dari tingkat Puskesmas yaitu 4 orang koordinator upaya pengembangan, untuk triangulasi yaitu 3 orang panitia desk penilaian kinerja tingkat Dinas Kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab rendahnya kinerja upaya pengembangan yaitu kurangnya ketenagaan dalam aspek kuantitas, pengelolaan anggaran yang kurang tepat, sulit membagi jadwal, sarana dan prasarana yang kurang memadai, lokasi puskesmas yang berada di perbatasan, serta belum bisa pembuktian ketika masa revisi. Oleh sebab itu dari pihak Dinas Kesehatan akan melakukan rencana tindak lanjut berupa pelaksanaan penilaian kinerja puskesmas yang ideal, pertimbangan pengajuan tenaga sesuai kebutuhan puskesmas, menyarankan agar puskesmas mengoptimalkan manajemen penganggaran, dan pembinaan kepada Puskesmas secara kontinyu.

Kata kunci: puskesmas; penilaian kinerja; upaya kesehatan masyarakat

1. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan yang bermutu masih terus ditingkatkan oleh pemerintah Indonesia. Upaya tersebut dilakukan dengan penguatan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, jaminan kesehatan Nasional, dan penguatan pelayanan kesehatan (Kesehatan, 2019a). Oleh karena itu pemerintah kini berupaya mengoptimalkan penguatan pelayanan kesehatan melalui penilaian kinerja Puskesmas. Hal serupa juga tertera dalam isu strategis yang menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan periode 2020-2024 oleh Kementerian Kesehatan pada saat Rakerkesnas (Rapat Kerja Kesehatan Nasional) Tahun 2020, yang dimulai dengan pengaturan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan dan berfokus pada pelayanan promotif maupun preventif yang merujuk pada Puskesmas (Kemenkes RI, 2020). SPM merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal, dan pada aspek kesehatan merujuk pada mutu dan pelayanan dasar puskesmas. Manajemen puskesmas yang baik terdiri dari perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, pertanggungjawaban, dan harus dilakukan penilaian (output/outcome). Hasil dari penilaian kinerja selain menunjukkan kinerja organisasi dapat juga digunakan sebagai parameter kesesuaian penggunaan anggaran (Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2012).

Penilaian kinerja Puskesmas adalah upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja atau prestasi Puskesmas sebagai instrumen introspeksi selama pelayanan, karena setiap Puskesmas secara mandiri melakukan penilaian kinerja kemudian Dinas Kesehatan Kabupaten maupun Kota melakukan pembuktian terkait hasilnya (Depkes RI, 2006). Dalam instrumen penilaian kinerja puskesmas yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur berisi 5 aspek, yaitu aspek administrasi dan manajemen, aspek UKM esensial, aspek UKM pengembangan, aspek UKP, dan aspek Mutu. Berdasarkan data hasil Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) yang ada di Kabupaten Malang per 21 oktober 2022, ditemukan bahwa dari total 39 Puskesmas, terdapat 3 Puskesmas yang berkategori baik, 33 Puskesmas berkategori cukup, dan 3 Puskesmas berkategori rendah. Sedangkan nilai rata rata penilaian kinerja Puskesmas di Kabupaten Malang yaitu sebesar 80,69% yang termasuk kategori cukup, padahal target untuk pelayanan minimal bidang kesehatan yakni berkategori baik (Permenkes, 2019).

Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas memiliki fungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama sesuai wilayah kerjanya (Putri et al., 2017). Upaya kesehatan masyarakat sendiri dibagi menjadi 2 yakni UKM esensial dan UKM pengembangan. UKM esensial merupakan upaya kesehatan yang wajib dilakukan oleh Puskesmas, sedangkan UKM pengembangan dilakukan berdasarkan potensi dari masing-masing Puskesmas sesuai prioritas masalah kesehatan di wilayah kerjanya.

Namun dari kelima aspek PKP yang dinilai, Aspek UKM pengembangan merupakan aspek yang paling sedikit capaiannya daripada aspek yang lain (aspek administrasi dan manajemen, aspek UKM esensial, aspek UKP, dan aspek mutu). Berdasarkan data PKP per 21 oktober 2022, terdapat 3 Puskesmas yang nilai UKM pengembangannya berkategori cukup, dan 36 lainnya berkategori rendah, sedangkan rata-rata nilai UKM pengembangan di Kabupaten Malang sebesar 60.3% yang tergolong kategori rendah padahal target capaian seharusnya juga berkategori baik ($\geq 91\%$). Apabila upaya kesehatan masyarakat pengembangan tidak dilakukan maka potensi dan kemampuan untuk berkembang dalam segi

kesehatan menjadi kurang optimal, sehingga potensi yang ada kurang dimanfaatkan sepenuhnya (Kesehatan, 2019a). Selain itu, dalam buku pedoman penilaian kinerja puskesmas, FKTP bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan/pengembangan kesehatan di wilayah kerja tertentu (Depkes RI, 2006). Apabila nilai kinerja UKM pengembangan rendah, maka hal tersebut mempengaruhi nilai kinerja puskesmas secara keseluruhan dan berdampak pada laporan kinerja tahunan yang menjadi rendah. Karena ketika pencapaian status UKM pengembangan baik menjadi pendukung tolak ukur pemerintah pusat untuk melihat keberhasilan program kesehatan yang dijalankan (Kementerian kesehatan RI, 2016).

Berdasarkan keterangan diatas, telah dilakukan beberapa penelitian mengenai faktor yang mempengaruhi kinerja puskesmas diantaranya penelitian Guninda (2017) dalam penelitiannya yang berjudul “analisis faktor yang mempengaruhi kinerja Puskesmas Karangdoro Kota Semarang”, bahwa Kinerja Puskesmas dipengaruhi oleh faktor pengetahuan pegawai terkait PKP, kemampuan kerja pegawai, SDM dan non SDM yang belum terpenuhi, perubahan kepemimpinan, komunikasi, motivasi yang dipengaruhi reward, serta proses pelayanan yang belum memberikan kepuasan pasien. Serta penelitian yang dilakukan oleh Rubandiyah dalam “Faktor Kinerja Puskesmas di Kota Semarang” dijelaskan bahwa kinerja puskesmas di Kota Semarang dipengaruhi oleh pendidikan dan pelatihan, kondisi lingkungan fisik, teknologi, kemampuan SDM dan kepemimpinan (Rubandiyah, 2019). Pada penelitian-penelitian sebelumnya telah dijelaskan mengenai faktor yang mempengaruhi kinerja Puskesmas dalam aspek SDM kesehatan di Puskesmas dan proses terkait kepuasan pasien, namun terdapat hal lain yang belum diteliti yaitu pada aspek pelaksanaan kinerja puskesmas hingga proses pelaksanaan program dan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan Dinas Kesehatan khususnya pada aspek UKM Pengembangan. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apa saja penyebab rendahnya kinerja upaya kesehatan masyarakat pengembangan Puskesmas di Kabupaten Malang sekaligus mencari solusi pemecahan masalah guna terwujudnya puskesmas sebagai rujukan utama masyarakat yang bermutu.

2. Metode

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi *cross sectional* yang dilaksanakan pada bulan januari-mei 2023. Sumber data dalam penelitian ini yaitu data primer dari Puskesmas Kasembon dan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang terkait dengan hasil Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) pada Tahun 2022. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas dengan nilai UKM pengembangan terendah di Kabupaten Malang (Puskesmas Kasembon) serta Dinas Kesehatan Kabupaten Malang sebagai penyelenggara program. Informan yang dipilih dari tingkat Puskesmas sebanyak 4 orang yaitu penanggung jawab upaya kesehatan tradisional, indera, kerja, kefarmasian, dan olahraga. Informan tersebut dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu koordinator pelaksana program UKM Pengembangan di Puskesmas Kasembon Tahun 2021, dan kriteria eksklusi yaitu bukan koordinator pelaksana program UKM pengembangan. Informan dari tingkat Dinas Kesehatan sebanyak 2 orang yang merupakan penanggungjawab serta koordinator program penilaian kinerja puskesmas. Informan tersebut dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu informan yang mengetahui secara keseluruhan detail alur PKP, pernah menjadi Koordinator program, serta mengikuti pelatihan sosialisasi PKP Tahun 2022 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, dan kriteria eksklusi yaitu informan yang belum mengetahui detail alur PKP dan tidak mengikuti sosialisasi PKP Tahun 2022 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Sebagai informan triangulasi berasal dari tingkat Dinas Kesehatan yang merupakan panitia desk PKP Tahun 2022, dari 8 panitia desk PKP Dinas Kesehatan, namun dipilih 3 berdasarkan kriteria inklusi yaitu panitia yang menanyai dan mengkonfirmasi hasil capaian dari puskesmas serta menyeleksi bukti yang ada, dan kriteria eksklusi yaitu panitia yang mengevaluasi dan menjaga kegiatan desk PKP Tahun 2022. Peneliti melakukan kontak dengan informan selama satu minggu sebelum kegiatan wawancara, dan durasi rata-rata ketika wawancara selama 40 menit yang dilakukan secara tatap muka menggunakan instrumen pendukung seperti alat perekam dan alat tulis.

Instrumen pada penelitian ini berupa pedoman wawancara semi terstruktur yang disusun berdasarkan pedoman instrumen penilaian kinerja Puskesmas Tahun 2022 dari Provinsi Jawa Timur yang berisi 5 aspek penilaian kinerja yaitu aspek administrasi dan manajemen, aspek UKM esensial, aspek UKM pengembangan, aspek UKP, dan aspek Mutu, namun peneliti membatasi dan berfokus pada pedoman instrumen aspek UKM pengembangan (Dinas Kesehatan, 2022). Indikator UKM pengembangan sesuai PMK No 43 Tahun 2019 yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1. Indikator UKM Pengembangan

Jenis Upaya Pengembangan	Indikator	Target Tahun 2022
Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat	1. PAUD dan TK yang mendapat penyuluhan/pemeriksaan gigi dan mulut	50%
	2. Kunjungan ke Posyandu terkait kesehatan gigi dan mulut	30%
Pelayanan Kesehatan Indera	1. Deteksi dini gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran paling kurang pada 40% populasi	40%
Pelayanan Kesehatan Tradisional	1. Penyehat Tradisional yang memiliki STPT	15%
	2. Kelompok Asuhan Mandiri yang terbentuk	20%
	3. Panti Sehat berkelompok yang berizin	15%
	4. Pembinaan Penyehat Tradisional	50%
Pelayanan Kesehatan Olahraga	1. Kelompok /klub olahraga yang dibina	35%
	2. Pengukuran Kebugaran Calon Jamaah Haji	80%
	3. Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan Olahraga internal	30%
	4. Pengukuran kebugaran Anak Sekolah	20%
Pelayanan Kesehatan Kerja	1. Puskesmas menyelenggarakan K3 Puskesmas (internal)	30%
	2. Puskesmas menyelenggarakan pembinaan K3 perkantoran	35%
	3. Promotif dan preventif yang dilakukan pada kelompok kesehatan kerja	40%

Kefarmasian	1. Kader aktif pada kegiatan Edukasi dan Pemberdayaan masyarakat tentang obat pada Gerakan masyarakat cerdas menggunakan obat	25%
	2. Jumlah wilayah yang dilakukan Kegiatan Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat	25%
	3. Jumlah masyarakat yang telah tersosialisasikan gema cermat	25%

Pada penelitian ini penyebab rendahnya kinerja upaya kesehatan masyarakat pengembangan di Puskesmas Kasembon Kabupaten Malang di analisis berdasarkan variabel *input* dan proses. Pada variabel *input*, komponen yang dianalisis meliputi SDM kesehatan, pembiayaan, metode, serta sarana dan prasarana. Sedangkan pada variabel proses komponen yang dianalisis adalah pelaksanaan program dan kendala yang terjadi, proses entri nilai PKP, masa revisi dan *feedback* dari Dinas Kesehatan, serta monitoring dan rencana tindak lanjut Dinas Kesehatan.

Untuk proses analisis data menggunakan teknik analisis data tematik, dengan tahapan yang dilakukan yaitu semua data yang diperoleh dari proses wawancara di transkrip per kata dalam bahasa Indonesia oleh peneliti, transkrip dibaca berulang oleh peneliti untuk memastikan informasi yang disampaikan informan, kemudian transkrip dikelompokkan/*di-coding* oleh peneliti berdasarkan informasi yang dibutuhkan, selanjutnya dari transkrip tersebut akan diambil intisari pernyataan hingga akhirnya penarikan kesimpulan. Penelitian ini telah lolos kaji etik dan mendapat persetujuan dari komisi etik penelitian kesehatan FKG Universitas Airlangga dengan *Ethical Clearance Certificate Number* : 077/HRECC.FODM/I/2023

3. Hasil dan Pembahasan

3.1. Hasil

3.1.1 Karakteristik Informan

Karakteristik informan penelitian dijabarkan melalui tabel berikut :

Tabel 2. Karakteristik Informan Penelitian

No	Informan	Jabatan Fungsional	Pendidikan Terakhir	Jenis Kelamin	Lama Bekerja
1	D-1 (Informan 1)	Penanggungjawab seluruh Program di Yankes Primer Dinkes	S1 Keperawatan dan S2 Manajemen	Perempuan	2 Tahun
2	D-2 (Informan 2)	Koordinator Program PKP Dinkes	S1 Teknik Lingkungan	Perempuan	4 Tahun
3	P-1 (Informan 3)	Penanggungjawab UKM Pengembangan dan Koordinator Upaya Tradisional Puskesmas	S1 Keperawatan	Perempuan	13 Tahun
4	P-2 (Informan 4)	Koordinator Upaya Kefarmasian Puskesmas	S1 Profesi Farmasi	Perempuan	1 Tahun

5	P-3 (Informan 5)	Koordinator Upaya Kesehatan Indera dan Kesehatan Kerja Puskesmas	S1 Keperawatan	Laki-laki	4 Tahun
6	P-4 (Informan 6)	Koordinator Upaya Kesehatan Olahraga Puskesmas	D3 Kebidanan	Perempuan	18 Tahun
7	T-1 (Informan 7)	Panitia Desk Program PKP Dinkes	D3 Kebidanan	Perempuan	3 Tahun
8	T-2 (Informan 8)	Panitia Desk Program PKP Dinkes	S1 Keperawatan	Perempuan	3 Tahun
9	T-3 (Informan 9)	Panitia Desk Program PKP Dinkes	D3 Keperawatan	Laki-laki	4 Tahun

Pada tabel 1 menjabarkan mengenai karakteristik informan dalam penelitian ini. Informan penelitian terdiri dari tingkat Dinas Kesehatan yakni penanggungjawab program PKP dan koordinator program PKP yang sudah melaksanakan Program PKP selama 2 tahun terakhir dan berdomisili di Kabupaten Malang dan Kota Malang, informan dari tingkat Puskesmas yaitu 1 orang yang bertindak sebagai penanggungjawab program UKM pengembangan sekaligus koordinator upaya kesehatan tradisional, 1 orang sebagai koordinator Upaya kesehatan kefarmasian, 1 orang sebagai koordinator upaya kesehatan indera dan upaya kesehatan kerja, serta 1 orang sebagai koordinator upaya kesehatan olahraga, sehingga total informan dari Puskesmas berjumlah 4 orang. Sedangkan validitas data dilakukan menggunakan triangulasi sumber yaitu 3 orang panitia desk PKP sekaligus tim pelaksana program PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas) di Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.

3.1.2 Pelaksana Kegiatan Yang Belum Memenuhi Dalam Hal Jumlah

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan hasil bahwa SDM kesehatan atau tim pelaksana program di Puskesmas masih belum memenuhi dalam hal jumlah. Berdasarkan data standarisasi Puskesmas Tahun 2022, Puskesmas hanya memiliki 20 tenaga tetap padahal standar ketenagaan puskesmas seharusnya paling tidak berjumlah 28 tenaga. Sehingga pada beberapa kegiatan penyelenggaranya koordinator itu sendiri, disamping itu juga disebabkan kurangnya tenaga yang berminat baik dari penduduk lokal maupun luar daerah, dan lokasi Puskesmas yang berada di dekat perbatasan juga menjadi salah satu kendala bagi tenaga kesehatan yang ditugaskan disana. Kendala lain yang ditemui yaitu jadwal pelaksanaan kegiatan yang tidak rutin dan kurang efektif karena dibarengkan dengan program lain. Berikut merupakan pernyataan dari informan:

“Tahun 2022 awal hanya 1 orang di bidang farmasi, di bidang Ketenagakerjaan kefarmasian. bulan Mei saya baru masuk CPNS 2022 bulan Mei hingga Agustus awal latihan dasar sehingga efektif baru pertengahan Agustus untuk pelayanan efektif” (P-2)

“Kalau UKGM satu mbak, bu Mulikatun saja ... biasanya yang lainnya membantu seperti bidan desa, perawat desa itu cuma membantu saja ... jadi memang sebelum ada pandemi pun tenaganya Cuma Satu jadi kalau satu pelayanan di induk kita nggak bisa ngajak (penyuluhan) kemana-mana ... kan kita enggak bisa punya kewenangan untuk merekrut, Jadi kemarin kita dapat PNS dari Dinas dan baru kemarin itu dikasih tapi ini beliau nya mau pindah lagi ke RSUD Ngantang yang mau Grand Opening ... jadi kalau menurut saya

kita kan ada di perbatasan jadi jarang ada yang mau ... mungkin peminatnya di sinipun juga sedikit” (P-1)

Hal serupa juga disampaikan oleh informan triangulasi bahwa memang ketika proses desk PKP terdapat beberapa puskesmas yang mengeluh ketenagaannya kurang, dan dari Puskesmas Kasembon memang dikarenakan peminat yang sedikit serta beberapa tenaga dialihkan ke RSUD Ngantang. Berikut merupakan keterangan dari informan:

“Nah disini memang ada beberapa yang mengeluhkan, itu memang dari kasembon karena posisi Puskesmas nya aja memang berada di pelosok atau jauh dari kabupaten Malang” (T-1)

“... juga banyak yang ditugaskan di RSUD Ngantang, jadi ada banyak beberapa tenaganya itu yang berkurang” (T-3)

Mitra yang terlibat dalam membantu pelaksana program hanya dari IFC (Instalasi Farmasi Kabupaten), Kimia Farma Batu, RS Madinah, dan petugas desa, untuk upaya yang lain belum memiliki mitra. Terkait stakeholder yang membantu kegiatan juga hanya kelompok asuhan mandiri pada upaya tradisional, kader pada upaya indera, serta guru olahraga, PJ UKS, maupun wali kelas pada upaya keolahragaan, sisanya tidak memiliki stakeholder. Berikut keterangan yang disampaikan dari informan:

“kalau di sini untuk obat PRB (persiapan rujuk balik) kita bekerjasama dengan kimia Farma Batu jadi kita ndak beli sendiri obat rujuk baliknya, tapi kerja sama dengan pihak Kimia Farma Batu ... kalau dari IFC atau Instalasi Farmasi Kabupaten ada permintaan rutin 2 bulan sekali kemudian ada permintaan bon ... kalau mitranya mungkin ya petugas desa itu mbak, dari ibu ibu kader juga. Kita kadernya juga campur gak hanya dari PKK, tapi juga kader posyandu balita/lansia” (P-2)

“saya kan punya kelompok asuhan mandiri, itukan dia juga punya kelompok” (P-1)

“kalau posyandu kader mbak, bu RT juga” (P-3)

“nanti kita juga kerjasama dengan guru olahraga mereka Jadi yang melaksanakan guru olahraga mereka, kita hanya memantau dari luar saja ... Jadi kalau nggak ada guru olahraganya kita kerjasama dengan wali kelasnya” (P-4)

Hal serupa juga disampaikan oleh informan triangulasi bahwa memang kegiatan UKM Pengembangan sudah diarahkan untuk menggandeng stakeholder terkait seperti pihak desa maupun perangkat desa. Berikut merupakan keterangan dari informan:

“biasanya kita menyarankan untuk menggandeng dinas terkait ya untuk mendukung, mungkin dari lintas program kayak dari tentara, terus kepolisian, ataupun dari perangkat desa, perangkat kecamatan untuk membantu penyelenggaraan program, misalnya dari Dinas Pertanian jika di upaya kesehatan tradisional butuh bibit tanaman ... “ (T-3)

Sehingga berdasarkan hasil wawancara, menunjukkan bahwa SDM kesehatan di Puskesmas Kasembon belum memenuhi dalam hal kuantitas, dan rata rata penyelenggara upaya kesehatan berjumlah satu orang yang bertindak sebagai penanggungjawab program itu sendiri. Pada upaya kesehatan gigi dan mulut belum memiliki dokter gigi. Selain itu kader yang

terbentuk merupakan kader gabungan dengan program lain dan tidak ada kader khusus UKM pengembangan. Namun dari aspek stakeholder dan mitra maupun partisipasi masyarakatnya sudah baik dan mendukung.

3.1.3 Manajemen Penganggaran Puskesmas Yang Kurang Optimal

Sumber pendanaan puskesmas berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD), dana alokasi khusus, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), dan dana kapitasi yang sah (BPJS kesehatan). Dari hasil wawancara ditemukan bahwa pembiayaan untuk pelaksanaan program Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) berasal dari APBD, namun pendanaan untuk upaya kesehatan masyarakat pengembangan di Puskesmas belum dianggarkan, sehingga program berjalan kurang optimal karena belum adanya dukungan secara finansial. Berikut pendapat yang disampaikan informan:

“penganggaran program PKP itu dari APBD, jadi penganggaran untuk kegiatan PKP (penilaiannya) dari APBD, jadi ketika ada dana APBD kita mengajukan untuk melaksanakan kegiatan PKP untuk transportasi penilai, sama memberi makan (Konsumsi) Peserta, peserta yang dimaksud itu ya peserta/petugas yang dinilai ... kalau nggak ada tenaganya yang enggak dilakukan dan lebih mengutamakan yang esensial dulu, padahal pengembangan itu juga penting” (D-2)

“Saya nggak bisa menjadwalkan misalnya sebulan sekali atau 2 bulan sekali itu tidak bisa soalnya untuk kefarmasian dia UKM yang tidak dibiayai, kalau misal mengusulkan kader tapi tidak dikasih makan tidak dikasih snack kan tidak enak.” (P-3)

“UKM pengembangan itu bukan prioritas mbak, kemarin Saya mau penyuluhan saja sudah ngajukan di BOK tidak dibiayai, kalau di farmasi yang didanai obatnya jadi kita berjalan ada dana atau nggak ada ada kita tetap jalan” (P-2)

Namun berdasarkan keterangan dari informan triangulasi dijelaskan bahwa sebenarnya program UKM memang dibiayai, namun dananya lebih diutamakan di upaya UKM esensial maupun Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), Berikut merupakan keterangan dari informan:

“jadi memang UKM itu dibiayai Mbak, cuman memang puskesmas itu lebih mengutamakan yang UKP atau Esensial, karena memang ada beberapa program yang diprioritaskan itu ada di UKP sama UKM Esensial” (T-2)

“sebenarnya UKM pun juga dibiayai, cuman dari puskesmas mereka lebih berfokus di UKP nya ataupun Esensial” (T-3)

Sehingga Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa Pembiayaan pada program UKM sebenarnya memang dibiayai, namun dari pihak puskesmas lebih mengutamakan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan) ataupun UKM esensial karena beberapa program prioritas yang dilakukan puskesmas berada pada upaya tersebut, sehingga puskesmas menyiasatinya dengan menggabung antara kegiatan UKM pengembangan bersama kegiatan lain. Disamping itu kegiatan UKM pengembangan juga tergantung pada kondisi maupun karakteristik di puskesmas tiap wilayah yang berbeda beda.

3.1.4 Beberapa Sarana dan Prasarana Belum Sesuai Standar Akreditasi

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa sarana dan prasarana untuk pelaksanaan program UKM pengembangan sebagian belum memenuhi indikator berdasarkan Permenkes RI Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Ada juga program yang belum ada sarana dan prasarana yang tersedia. Sarana dan prasarana yang dimaksudkan yaitu sarana dan prasarana yang sesuai dengan indikator akreditasi Puskesmas. Berikut pendapat yang disampaikan informan:

“kalau dibilang memadai atau ndak kalau di Puskesmas secara aturan akreditasi masih belum ada ruang konseling tersendiri yang pertama, Kemudian untuk meja racik masih jadi satu dengan pengambilan obat, kemudian untuk alat peracikan nya pun belum ada press puyer dan minimalis, dan di gudang belum ada semua obat yang ada palette nya atau alas ituloh dek, tapi sudah diajukan usulan dan nunggu ACC bendahara Puskesmas” (P-2)

“Kalau sarana dan prasarana nya cuma itu Mbak lembar balik penyuluhan sama buku asuhan Mandiri toga, kalau sarpras seperti peralatan itu nggak ada ... kalau saya di Asuhan Mandiri itu terkendala sama tanamannya ... sedangkan saya sendiri dari Puskesmas saat itu tidak dikasih” (P-1)

Namun berdasarkan keterangan dari informan triangulasi dijelaskan bahwa sarana dan prasarana di puskesmas sudah masuk dalam Anjab/AJB di tiap puskesmas yang selalu diajukan ke Dinas Kesehatan, namun prosesnya pasti membutuhkan waktu. Berikut pendapat yang disampaikan informan:

“ ... Puskesmas yang bilang sarpras nya kurang itu ada sih, ada laporan namun ada beberapa yang sudah diajukan ke BOK dan sudah di Proses oleh Dinas Kesehatan” (T-3)

“tetapi kan setiap penganggaran itu pasti diajukan dari Puskesmas masing-masing, pasti mengajukan jadi pasti kita proses, dan proses itukan tidak langsung cair segini, jadikan masih berproses ...” (T-1)

Berdasarkan hasil wawancara, Pada upaya kefarmasian, sarana dan prasarana yang tersedia di puskesmas belum sepenuhnya memadai, bahkan beberapa alat seperti palet dan press puyer yang notabene alat inti belum tersedia. Pada upaya kesehatan tradisional, sarana seperti bibit belum sepenuhnya terpenuhi namun prasarana sudah terpenuhi, dari pihak Puskesmas sudah menyiasati dengan mengusulkan pada BOK dan diajukan ke Dinas Kesehatan yang memang hal tersebut membutuhkan proses. Pada upaya kesehatan gigi masyarakat (UKGM), upaya kesehatan kerja, upaya kesehatan olahraga, serta upaya kesehatan indera sarana dan prasarannya sudah memadai dan sesuai standar akreditasi Puskesmas.

3.1.5 Pelaksanaan Kegiatan Terhenti Ketika Pandemi Covid-19

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa pelaksanaan program UKM pengembangan di Puskesmas Kasembon sudah berjalan baik dan sesuai dengan alur pelayanan maupun alur penyuluhan yang berlaku, namun ketika pandemi covid kegiatan tidak dilakukan untuk meminimalisir dan memutus rantai persebaran covid-19 yang sedang melonjak. Berikut pendapat yang disampaikan informan:

“... kalau selama covid kita nggak bisa penyuluhan, karena semua sekolah kan tutup ... dari dinas pun juga tidak mengizinkan untuk menerima pemeriksaan juga, Sepertinya kalau berjalan pun masih Tahun 2022 itu mulai teratur lagi” (P-1)

Namun berdasarkan keterangan dari informan triangulasi dijelaskan bahwa sebenarnya program UKM ketika masa pandemi tidak sepenuhnya 0% ditiadakan, memang diadakan namun dengan protokol kesehatan ketat, mungkin ada beberapa puskesmas yang banyak terkena wabah KLB tersebut sehingga penanganan lebih diarahkan ke evakuasi pasien. Berikut pendapat yang disampaikan informan:

“kalau ditiadakan 0 semua itu ndak, tetap jalan tetapi tetap memakai protokol kesehatan. Kita tetap jalan kok seperti posyandu itu masih tetap, cuman mungkin yang kumpul-kumpul kayak senam itu mungkin ndak kali ya” (T-1)

“kalau pengembangan mungkin ketika covid memang ditiadakan, karena teman teman puskesmas kan fokus sama evakuasi pasien di puskesmas, RS, penjemputan ke RS, Evakuasi Jenazah, sampai saat ini mungkin masih ada vaksinasi itu” (T-2)

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa proses pelaksanaan UKM Pengembangan di Puskesmas Kasembon sudah sesuai dengan arahan yang ada, namun ketika masa pandemi Covid-19 tidak sepenuhnya dilakukan baik pelayanan maupun penyuluhan karena dari pihak Dinas Kesehatan memang menyarankan untuk menjalankan sesuai dengan protokol kesehatan ketat, namun mungkin beberapa puskesmas sibuk dengan penanganan pasien ketika pandemi covid.

3.1.6 Terdapat *miscommunication* Ketika Proses Entri Nilai PKP Puskesmas

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa pelaksanaan entri nilai program UKM pengembangan di Puskesmas Kasembon sudah sesuai arahan dan sesuai dengan kondisi di lapangan, hanya saja terdapat kendala ketika proses pengentrian nilai namun posisi petugas sedang berada di daerah pelosok yang susah sinyal pasti datanya tidak masuk. Serta ketika penanggungjawab UKM pengembangan sudah mentargetkan setor nilai, terkadang ada saja anggota yang menyetorkannya telat, sehingga nilai belum terupload sepenuhnya (kendala pada aspek komunikasi), namun kendala pada aspek pengolahan data tidak ada. Maka hal tersebut berdampak pada penilaian di Dinas Kesehatan terkait dengan *deadline* waktu yang terkadang melambat dari jadwal yang ditentukan. Berikut merupakan pendapat yang disampaikan informan:

“hambatan nya yaitu Mbak kalau saya kan pj-nya UKM pengembangan, jadi semisal semua setor nilainya cepat jadi yang nggak ada halangan, tapi kalau misalkan temen-temen dimintai laporan Kok ndak cepat-cepat mengerjakan ya mungkin halangannya itu, jadi lebih ke komunikasi ... sudah sesuai dengan kondisi di lapangan ... kalau dari puskesmas sendiri ndak ada, tapi kalau Ketika saya di desa mangir itu koneksi Internetnya jelek dan sinyalnya agak susah, biasanya pas ke situ ya untuk isi laporan ke e-pus, Nah itu kalau sinyalnya susah ya jadinya nggak masuk-masuk” (P-1)

“kendala penilaian PKP itu selama persepsinya sama itu kita tidak menemui kendala. Cuma mungkin terkait kendala deadline waktu, kemudian klarifikasi dan Clearing data, Saya rasa hanya itu sih ... “ (D-1)

Berdasarkan keterangan dari informan triangulasi dijelaskan bahwa kegiatan entri nilai PKP di Dinas Kesehatan sudah dilaksanakan dengan baik, hanya saja mungkin pihak puskesmas lupa belum mengisi definisi operasional hingga akhir waktu yang ditentukan, ataupun ada yang sudah mengisi namun pada tabel yang salah, sehingga nilai capaiannya di *spreadsheet* menjadi rendah. Berikut pendapat yang disampaikan informan:

“kita itu menunggu puskesmasnya sampai benar-benar mengisi ... Terus ketika ditanya mana buktinya? nah baru kalau ada buktinya bisa dinilai, tapi kalau ndak ada buktinya jangan sampai dinilai, karena kita harus ada buktinya, karena kalau nggak ada bukti zonk” (T-1)

“... nah disana terkendalanya adalah beberapa Puskesmas itu tidak selesai penginputan di excelnya, atau mungkin ada salah satu huruf atau angka yang tidak connect di excelnya, gitu. Jadi hal itu membuat nilainya tidak muncul” (T-3)

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa ketika entri nilai PKP tergantung dengan tanggungjawab masing masing pemegang program serta terdapat kendala lain seperti kurangnya komunikasi antar tim, sehingga ketika proses pengentrian ada beberapa yang *miss*. Terdapat juga sedikit kendala pada aspek koneksi internet ketika petugas sedang berada di daerah/desa pelosok, sehingga proses entri nilai harus menunggu koneksi internet yang stabil agar nilai dan laporan dapat terinput pada *link* yang tersedia. Sedangkan kendala ketika entri nilai PKP di Dinas Kesehatan yaitu terkait *deadline* waktu dan kendala teknis, karena PKP melibatkan banyak seksi dalam satu waktu sehingga sering melampaui *deadline*.

3.1.7 Masa Revisi Yang Mundur Dari *Deadline* dan *Feedback* Dari Dinas Kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa pelaksanaan masa revisi dan feedback yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang sudah sesuai arahan yang disampaikan Dinkes Provinsi Jawa Timur, kendala ketika masa revisi yaitu pihak Puskesmas yang belum bisa membuktikan/mempertanggungjawabkan capaiannya hingga waktu yang telah ditentukan, sehingga nilainya tetap rendah. Pihak Dinas Kesehatan pun ketika proses *feedback* sudah menanyakan dan melakukannya secara *formal* (bersurat resmi) maupun *informal* (konfirmasi lewat aplikasi *whatsapp* maupun ketika bertemu langsung). Berikut merupakan keterangan yang disampaikan informan:

“masa revisi yang dimaksud itu sebenarnya bukan memperbaiki, tetapi untuk meluruskan dan memastikan kembali program yang telah dilaksanakan dengan ditunjang bukti-bukti yang mendukung, ... kalau pengolahan data itu kita merekap dari keseluruhan 39 Puskesmas, dan yang melakukan itu penanggung jawab program PKP di Dinas Kesehatan ... feedback yang kita lakukan itu ada dua, ada feedback formal dan informal, kalau feedback formal itu kita bersurat ke Puskesmas dengan melampirkan nilai PKP baik yang sudah revisi maupun yang belum revisi, kalau feedback informal itu kita menanyakan dan konfirmasi lewat aplikasi seperti WhatsApp ataupun bertemu langsung ketika proses penilaian PKP” (D-2)

“ ... setahun sekali atau setahun dua kali pasti ada Bimtek dari Dinas Kesehatan, dan ditanyain Kenapa capaiannya kurang gitu ... Dinas Kesehatan pasti gini ngomongnya suruh pengajuan ke BOK aja atau ngatur ke Kepala Puskesmas ... kalau dari dinas pasti menyampaikan silakan gandeng Dinas Pertanian seperti itu, atau pembinaannya di

tingkatkan lagi, terus untuk kenapa Yang punya STPT sedikit? jadi ya piye carane sosialisasi mengajukan ke puskesmas, Siapa tahu didanai ...” (P-1)

Berdasarkan keterangan dari informan triangulasi dijelaskan bahwa bentuk *feedback* dari Dinas Kesehatan beragam sesuai dengan keluhan yang disampaikan oleh Puskesmas ketika proses desk. Namun biasanya terdapat beberapa keluhan yang sama seperti kurangnya prasarana maupun ketika masa revisi pihak Puskesmas belum mengajukan hingga batas waktu yang sudah ditentukan. Berikut merupakan pendapat yang disampaikan informan:

“kita kan mengingatkan, setelah kita lakukan desk ... tapi kalau dalam 1 bulan itu mereka tidak ada perbaikan atau mereka tidak setor apa apa, ya nilai terakhir kita desk itu yang kita pakai” (T-2)

“ ... selama ini dari dinas itu menyarankan menggandeng dinas terkait untuk membantu penyelenggaraan program ...” (T-3)

Sehingga hasil wawancara ditemukan bahwa masa revisi yang dimaksud bukanlah perbaikan nilai namun pembuktian kepada verifikator bahwa kegiatan telah dilakukan oleh Puskesmas disertai bukti penunjang berupa dokumen maupun foto kegiatan, dan kendala yang sering muncul berupa Puskesmas yang mengisi capaian penuh namun tidak ada bukti yang mendukung, sehingga nilai capaian menjadi kosong. Kesimpulan lainnya yaitu bentuk *feedback* yang dilakukan Dinas Kesehatan berupa menanyai dan mengkonfirmasi kenapa capaiannya rendah serta memberikan solusi seperti melakukan penyuluhan bersama kegiatan lain, menggandeng Dinas terkait, serta menghimbau agar capaiannya bisa ditingkatkan kembali.

3.1.8 Proses Monitoring dan Rencana Tindak Lanjut Yang Akan Dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa kendala ketika melakukan monitoring tidak ada, bahkan koordinator PKP Dinas Kesehatan Kabupaten Malang menyampaikan bahwa PKP mempunyai temuan yaitu Kurang Ideal. Pihak Dinas Kesehatan pun sudah memiliki rencana tindak lanjut yang akan dilakukan pada PKP 2023 mendatang untuk mendukung Puskesmas yang sesuai dengan standar Nasional. Berikut Merupakan keterangan yang disampaikan informan:

“Seharusnya PKP itu tujuannya untuk pembinaan, jadi Tahun 2022 seharusnya yang dinilai itu adalah Januari sampai Juni, misalkan di semester pertama nilainya masih jelek sehingga kita melakukan pembinaan bulan Juli sampai Desember, nah Desember nya dinilai lagi sebagai nilai final, jadi ada pembandingnya ... sehingga di penilaian semester depannya nilai kinerja Puskesmas menjadi meningkat dan tiap tahun membaik ... Jadi rencananya PKP ini setahun dilakukan dua kali Makanya temuannya itu tidak ideal ... kalau upaya pengawasan yang dilakukan di PKP Tahun 2022 kemarin itu kita lakukan ketika selesai des di hotel Grand Miami Kepanjen,” (D-2)

“mungkin rencana tindak lanjut yang akan kita lakukan yaitu yang pertama karena SK-nya sudah ada Jadi kita mencoba untuk melakukan PKP yang ideal yaitu setahun dua kali, Terus yang kedua misalkan Puskesmas memang merasa kekurangan tenaga maka mereka bisa mengajukan ke dinas kesehatan terkait tenaga yang mereka butuhkan ... dan jangan putus asa untuk memperbaiki nilai supaya puskesmas berkategori baik” (D-2)

“jadi kalau kita di sini RTL terkait dengan penilaian kinerja Puskesmas kedepannya seperti apa? itu diantaranya yang pertama yaitu hasil PKP adalah sebagai perencanaan untuk tahun yang akan datang Bagi Puskesmas, karena nanti setiap Puskesmas pasti berbeda-beda masalahnya ... Terus yang paling penting di rencana tindak lanjut itu ya tetap Dinas Kesehatan akan melakukan Monitoring evaluasi baik baik pelaksanaan maupun perencanaan untuk PKP yang akan datang, jadi kalau di primer itu intinya hanya leading sektornya saja, tapi yang bergerak ya seluruh dinas kesehatan di semua seksi, karena semua seksi itu bertanggungjawab terhadap pelayanan kesehatan yang ada di puskesmas” (D-1)

Berdasarkan keterangan dari informan triangulasi juga dijelaskan bahwa rencana tindak lanjut yang akan dilakukan oleh Dinas Kesehatan diantaranya yaitu melaksanakan PKP yang ideal, selalu memonitoring Puskesmas untuk melaksanakan kegiatannya, serta harus bisa melakukan pembuktian kepada Dinas agar capaiannya menjadi naik. Berikut pendapat yang disampaikan informan:

“mungkin rencana tindak lanjut yang akan kita lakukan yaitu yang pertama karena SK-nya sudah ada Jadi kita mencoba untuk melakukan PKP yang ideal yaitu setahun dua kali, Terus yang kedua misalkan Puskesmas memang merasa kekurangan tenaga maka mereka bisa mengajukan ke dinas kesehatan terkait tenaga yang mereka butuhkan ... dan jangan putus asa untuk memperbaiki nilai supaya puskesmas berkategori baik” (T-1)

“... atau bisa juga pembinaan ke Puskesmas nya karena kita setiap tahun pasti ada anggarannya untuk pembinaan ke Puskesmas baik itu monitoring itu setiap penanggung jawab program pasti ada” (T-2)

“... dan yang terakhir itu intinya kita saling mengingatkan saling memonitor ... pembuktian ketika masa revisi tadi” (T-3)

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa kendala ketika monitoring tidak ada, dan monitoring dilakukan untuk kegiatan PKP di semester berikutnya. PKP juga sebenarnya memiliki temuan yaitu pelaksanaan yang tidak ideal, dimana idealnya PKP dilakukan setahun 2 kali, semester pertama sebagai bahan evaluasi, dan semester kedua sebagai hasil final. Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan Dinas Kesehatan meliputi: pelaksanaan PKP yang ideal, pengajuan tenaga, penambahan dana jika terdapat sisa anggaran, dan pembinaan kepada Puskesmas secara kontinyu.

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa terdapat variabel atau komponen pada program yang sudah memenuhi indikator. Selain itu ditemukan juga variabel dan komponen yang belum memenuhi indikator sehingga dapat menjadi penyebab rendahnya nilai kinerja Puskesmas Kasembon. Berikut merupakan analisis faktor yang menjadi penyebab rendahnya kinerja UKM pengembangan di Puskesmas Kasembon.

Tabel 3. Faktor Penyebab Rendahnya Kinerja UKM Pengembangan

Jenis Upaya Pengembangan	Variabel Ketenagaan	Variabel Pembiayaan	Variabel Sarana dan Prasarana	Variabel Proses pelaksanaan Kegiatan	Variabel Proses Entri Nilai PKP
Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat	Belum memenuhi karena kekurangan tenaga dokter gigi	Program belum dibiayai	Sudah memenuhi	Sudah melaksanakan	Sudah entri nilai dan tidak ada kendala
Pelayanan Kesehatan Indera	Sudah memenuhi	Program belum dibiayai	Sudah memenuhi	Sudah melaksanakan	Sudah entri nilai dan tidak ada kendala
Pelayanan Kesehatan Tradisional	Sudah memenuhi	Program belum dibiayai	Belum memenuhi karena terkadang terkendala pada bibit tanaman	Sudah melaksanakan	Sudah entri nilai dan tidak ada kendala
Pelayanan Kesehatan Olahraga	Belum memenuhi karena terkadang untuk pelayanan olahraga ke SD kekurangan guru olahraga	Program belum dibiayai	Sudah memenuhi	Sudah melaksanakan	Terkendala pada aspek komunikasi, dimana koordinator kegiatan belum mengisi hingga batas waktu yang ditentukan
Pelayanan Kesehatan Kerja	Sudah memenuhi	Program belum dibiayai	Sudah memenuhi	Sudah melaksanakan	Sudah entri nilai dan tidak ada kendala
Kefarmasian	Belum memenuhi karena tenaga kefarmasian hanya berjumlah 1 di puskesmas pusat, dan petugas untuk penyuluhan tidak ada	Program belum dibiayai	Belum memenuhi karena belum tersedia press puyer dan palet obat	Sudah melaksanakan	Sudah entri nilai dan tidak ada kendala

3.3. Pembahasan

3.3.1. Pelaksana dan Penyelenggaraan Program

Hasil penelitian menyebutkan bahwa SDM kesehatan atau tim pelaksana program di Puskesmas Kasembon masih belum memenuhi standard dalam hal kuantitas yang telah ditentukan, karena rata-rata tenaga pada upaya pengembangan berjumlah satu orang yang bertindak sebagai penanggungjawab program itu sendiri, bahkan di program upaya kesehatan indera dan upaya kesehatan olahraga, penanggungjawab kegiatannya adalah 1 orang saja. Hal tersebut tentunya juga berpengaruh terhadap beban kerja yang berat sehingga hasil dari program yang dijalankan kurang optimal. Berdasarkan penelitian Manuaba (2000) dan Widiawati (2017) menunjukkan bahwa beban kerja yang berlebih dapat menimbulkan kelelahan baik jasmani, rohani, hingga mental seperti sakit kepala sampai mudah marah, dan jika hal tersebut terus berlanjut dapat membuat pekerja menderita penyakit akibat kerja dan gangguan kesehatan. Pekerjaan yang melebihi kapasitas juga menyebabkan kondisi fisik tenaga kesehatan menjadi mudah lelah dan mudah tegang karena selama pemeriksaan membutuhkan kemampuan secara teknis dan pemahaman yang lebih sehingga hal tersebut cukup menguras energi baik kemampuan secara psikologis hingga secara fisik (Badri, 2020).

Rendahnya SDM juga dikarenakan kurangnya tenaga yang berminat dan pelaksana program yang tidak ada. Kendala dari aspek lainnya seperti kurangnya ketenagaan dikarenakan lokasi puskesmas yang berada di perbatasan dan jarang ada yang berminat, apalagi jangkauan puskesmas yang luas. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Herman & Hasanbasri (2008) yang menjelaskan bahwa tenaga kesehatan tidak retensi tinggal dan bekerja di Puskesmas yang berada di perbatasan, selain itu Nakes rawan mengajukan pindah karena selain faktor geografis, pengembangan karir dan penghargaan juga belum sesuai dengan keinginan Nakes, namun hal tersebut dapat diatasi dengan memprioritaskan putra daerah setempat agar dapat memperbesar minat dan motivasi tenaga kesehatan di daerah tersebut.

Sumber daya manusia kesehatan bertujuan untuk menyediakan tenaga kesehatan yang kompeten dan berdaya guna dalam melaksanakan pembangunan kesehatan. Tantangan terkait ketenagaan bidang kesehatan mencakup aspek ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan, dan mutu (Kementerian PPN & Bappenas, 2022). Aspek ketersediaan yang dimaksud merupakan kecukupan dalam hal sumber daya kesehatan dengan kebutuhan yang dibutuhkan masyarakat. Keterjangkauan diartikan sebagai efisiensi akses masyarakat dalam menjangkau SDM kesehatan dari segi jarak tempuh dan transportasi, waktu pelayanan, mekanisme rujukan, dan tarif pelayanan. Aspek penerimaan mencakup karakteristik dan kemampuan SDM kesehatan dalam memberikan pelayanan dengan penuh rasa hormat serta mampu dipercaya. Terakhir, aspek mutu merupakan gabungan dari kemampuan, kompetensi, pengetahuan, dan perilaku tenaga kesehatan sesuai dengan etika. Dalam penelitian Attriani (2022), SDM kesehatan di puskesmas daerah 3T (terdepan, terpencil, dan tertinggal) mayoritas belum mampu memenuhi kebutuhan pelayanan secara standar Nasional. Kurangnya ketersediaan tenaga kesehatan baik pada aspek UKM maupun UKP berkaitan dengan kurangnya pengadaan jenis pendidikan tenaga kesehatan di institusi pendidikan dengan kebutuhan tenaga kesehatan yang ada di puskesmas. Oleh karena itu, perlu adanya keseimbangan antara pendidikan tenaga kesehatan dengan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan sesuai ajuan analisis jabatan (Anjab) pada tiap puskesmas (Pengembangan &

Kesehatan, 2017). Dalam PMK No 26 Tahun 2017 tentang tentang Pedoman Pengadaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Dalam Mendukung Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga juga dijelaskan bahwa Dinas Kesehatan melalui Puskesmas dapat melakukan Analisis Beban Kerja (ABK) untuk mengetahui jumlah, kebutuhan, hingga kemampuan tenaga kesehatan yang dibutuhkan Puskesmas (Kemenkes RI, 2017).

Anggaran pembiayaan kesehatan yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten baik untuk program PKP maupun beberapa program lainnya bersumber dari APBD, karena anggaran puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dengan anggaran Dinas Kesehatan masih bersatu, sehingga segala jenis pengajuan harus memerlukan izin dari Dinas Kesehatan. Hal tersebut menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten merupakan koordinator penyelenggara program kesehatan secara promotif, preventif, dan kuratif dengan mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisasi yang ditujukan kepada masyarakat (Depkes RI, 2002). Namun dalam penelitian ini pendanaan untuk upaya kesehatan masyarakat pengembangan di Puskesmas Kasembon tidak ada, karena mungkin dana yang diberikan oleh pusat sudah terpakai oleh kegiatan lain seperti upaya esensial maupun upaya perorangan yang merupakan program pokok Puskesmas dan wajib dilakukan, sehingga hal tersebut berakibat pada beberapa kegiatan pengembangan Puskesmas dibarengkan dengan kegiatan lain yang dibiayai, misalkan kegiatan UKGM dibarengkan dengan kegiatan TBC maupun ANC. Hal serupa juga ditemukan dalam Analisis belanja Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, dimana Prioritas pembangunan dan anggaran digunakan untuk rehabilitasi puskesmas, pustu, dan polindes, pengadaan sarana dan prasarana penunjang untuk meningkatkan mutu hingga jangkauan pelayanan dasar dan rujukan, terutama bagi keluarga yang kurang mampu (Handayani & Nadjib, 2017), padahal seharusnya baik UKM esensial maupun pengembangan harus dilakukan oleh Puskesmas (Putri et al., 2017).

Sarana dan prasarana yang tersedia di puskesmas kasembon belum sepenuhnya memadai, bahkan beberapa alat seperti palet dan press puyer yang notabene alat inti belum tersedia. Pada upaya kesehatan tradisional, sarana seperti bibit belum sepenuhnya terpenuhi namun prasarana sudah terpenuhi. Pada upaya kesehatan gigi masyarakat (UKGM), upaya kesehatan indera, upaya kesehatan olahraga, serta upaya kesehatan kerja sarana dan prasarannya sudah memadai. Padahal berdasarkan penelitian dari Gugum Pamungkas, sarana dan prasarana yang memadai berdampak pada kepuasan pasien dan kenyamanan masyarakat, kelengkapan sarana dan prasarana yang baik merupakan hal yang sangat penting dalam menciptakan kepuasan pelanggan (Pamungkas & Kurniasari, 2020).

3.3.2. Proses Pelaksanaan Program dan Hambatan Yang Muncul

Pelaksanaan UKM pengembangan di Puskesmas Kasembon sudah sesuai dengan arahan yang diberikan, namun hambatan yang ditemui diantaranya dalam upaya kefarmasian yaitu kurangnya ketenagaan (SDM) dalam hal jumlah, dimana hanya terdapat 1 orang tenaga teknis kefarmasian. Untuk meniyasati hal tersebut puskesmas melakukan rolling kerja pada pegawai yakni ketika 1 orang kefarmasian sedang bertugas penyuluhan, maka yang berada di pelayanan puskesmas adalah tenaga kesehatan lain yang sedang senggang. Selain itu Puskesmas juga menggabung kegiatan pengembangan bersama dengan kegiatan lain untuk mengefisiensi waktu dan biaya namun harus tetap sesuai prosedur dan sesuai hasil yang hendak dicapai, karena penggabungan beberapa kegiatan merupakan cara termudah, tercepat,

termurah, teringan, dan terpendek untuk menyasiasi hal tersebut (Astuti, 2019; Elifia, 2016; Marsondang et al., 2019; SYAM, 2020). Pada upaya kesehatan tradisional hambatan yang ditemui berupa kurangnya sosialisasi pengurusan STPT (surat tanda penyehat tradisional) karena para penyehat tradisional tidak mau mengurus surat tersebut dan dianggap tidak terlalu penting, serta yang sudah mempunyai STPT hanya mereka yang notabene pendidikannya tinggi. Hal tersebut menunjukkan bahwa kesadaran hukum maupun payung hukum bagi penyehat tradisional masih rendah, mereka belum paham bahwasannya payung hukumlah yang akan melindungi mereka apabila terjadi hal yang tidak diinginkan (Fitriasari, 2010; Gomang et al., 2021; Kenedi et al., 2002).

Pelaksanaan entri nilai PKP memiliki hambatan yang muncul seperti kurangnya komunikasi antar tim sehingga ketika proses pengentrian ada beberapa yang miss, hambatan lain yang muncul yaitu dari segi koneksi internet yang buruk ketika berada di daerah pelosok. Koneksi internet yang buruk juga merupakan suatu hambatan tak hanya bagi sektor kesehatan, namun juga bagi sektor pendidikan, ekonomi hingga yang lain, koneksi yang buruk akan menyebabkan penyampaian informasi yang kurang optimal (Talu et al., 2021). Dalam aspek pengolahan data tidak terdapat kendala karena instrumen dan definisi operasional yang tersedia sudah dilengkapi dengan rumus dan petunjuk yang mudah dipahami. Pengisian menggunakan program berbasis link maupun web tersebut padahal sangat memudahkan baik untuk Dinas Kesehatan maupun puskesmas karena lebih efisien, cepat, dan tidak memakan banyak biaya sehingga target kinerja dapat tercapai (Sumarini, 2015). Bentuk *feedback* yang dilakukan Dinas Kesehatan yaitu menanyai dan mengkonfirmasi kenapa capaiannya rendah, serta tindak lanjutnya berupa Dinas Kesehatan yang menyarankan pengajuan dana ke BOK karena ada beberapa Puskesmas yang UKM pengembangannya didanai ada juga yang tidak, semua tergantung dengan kondisi Puskesmas di tiap wilayah.

3.3.3. Monitoring dan Rencana Tindak Lanjut

Kegiatan monitoring dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten secara kontinyu minimal setahun sekali, hal tersebut sesuai dengan rencana strategis 2020-2024 bahwa pembinaan kepada fasilitas umum (pasar, sekolah, Puskesmas) pasti dilakukan pemerintah kabupaten minimal setahun sekali mulai dari pengawasan mutu hingga kesehatan lingkungan (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Berdasarkan hasil penelitian diatas, tidak terdapat kendala yang ditemukan ketika monitoring. Pihak Dinas Kesehatan juga memaparkan bahwa sebenarnya PKP memiliki temuan yaitu tidak ideal, dimana idealnya PKP dilakukan setahun 2 kali yakni pada semester awal yang digunakan sebagai tolak ukur dan evaluasi, serta di semester berikutnya merupakan nilai final dari Puskesmas yang digunakan sebagai dasar perencanaan strategi hingga pemecahan masalah yang ada di Puskesmas. Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang meliputi pelaksanaan PKP yang ideal yakni 2 kali dalam setahun, yang akan dilaksanakan pada bulan juni dan desember. Selanjutnya apabila Puskesmas kekurangan tenaga maupun sarana dan prasarana, bisa mengajukan ke Dinas Kesehatan sesuai dengan ajuan Puskesmas tiap tahunnya. Dalam penelitian Putra & Aznedra (2021), perencanaan tahunan juga bisa digunakan sebagai perencanaan SDM, dan perencanaan SDM berpengaruh besar pada kinerja pegawai.

Rencana tindak lanjut yang lain yakni Puskesmas dapat mengalokasikan baik dana maupun sarana dan prasarana dengan baik sesuai dengan perencanaan dan rencana strategis tahunan Puskesmas. Hasil akhir penilaian kinerja puskesmas pasti akan digunakan juga

sebagai dasar perencanaan untuk tahun yang akan datang sesuai kekuatan dan kelemahan puskesmas. Dalam penelitian Al Hikami (2022) juga dijelaskan bahwa Puskesmas harus mampu menyusun rencana kegiatan hingga penganggaran dengan berdasar pada kebijakan pembangunan kesehatan dan hasil analisis situasi (*evidence based*). Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian Arif (2019) bahwa pengambilan keputusan berdasarkan banyak aspek berperan penting terhadap pengambilan keputusan yang tepat sasaran pada sebuah kasus atau masalah yang sedang dihadapi. Dari rencana tindak lanjut tersebut akan muncul kelebihan dan kelemahan, sehingga Puskesmas dapat lebih meningkatkan disisi kelebihannya kemudian mem-*backup* di sisi kelemahannya. Serta Dinas Kesehatan akan terus melakukan pembinaan secara kontinyu kepada puskesmas, karena Dinas Kesehatan pasti selalu melakukan pembinaan kepada puskesmas sekaligus memonitoring mutu puskesmas tiap tahunnya. Karena pada dasarnya seluruh puskesmas di Kabupaten Malang sudah melaksanakan langkah langkah sesuai dengan PMK No.43 Tahun 2019 tentang puskesmas yang meliputi P1 (perencanaan), P2 (pergerakan dan pelaksanaan), serta P3 (pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja) (Kesehatan, 2019b).

4. Simpulan

4.1. Simpulan

Kesimpulan yang dapat diambil yaitu penyebab rendahnya kinerja upaya kesehatan masyarakat pengembangan di Puskesmas Kasembon Kabupaten Malang meliputi kurangnya ketenagaan dalam hal kuantitas (jumlah), karena jika dilihat dari ketersediaan tenaga di Puskesmas tersebut rata-rata hanya terdapat 1 orang sebagai penanggungjawab program itu sendiri. Kemudian kendala pada aspek Manajemen Penganggaran Puskesmas Yang Kurang Optimal sehingga terdapat beberapa kegiatan yang digabung. Selanjutnya kendala dalam sarana dan prasarana yang beberapa belum memadai sesuai standar akreditasi Puskesmas, namun baik puskesmas maupun Dinas Kesehatan sudah menyatakan bahwa hal tersebut masih dalam proses pengajuan. Ketika proses entri nilai pun terkadang pihak puskesmas terdapat kendala pada aspek komunikasi dan koneksi internet ketika petugas yang mengentri berada di daerah pelosok yang susah sinyal, sehingga ketika masa revisi pihak Dinas Kesehatan mengalami kemunduran waktu dari deadline yang telah ditentukan. Sehingga berdasarkan pemaparan tersebut, dari pihak Dinas Kesehatan akan melakukan rencana tindak lanjut berupa pelaksanaan PKP yang ideal yaitu 2 kali dalam satu tahun, jika puskesmas kekurangan tenaga maupun sarana dan prasarana bisa mengajukan ke Dinas Kesehatan sesuai dengan ajuan Anjab/ABK Puskesmas dalam rencana tahunannya, serta Dinas Kesehatan akan terus melakukan pembinaan secara kontinyu kepada Puskesmas.

4.2. Saran

Saran untuk Puskesmas Kasembon sebaiknya lebih mengoptimalkan dalam hal manajemen penganggaran dan sumber daya manusia di puskesmas, mungkin untuk menarik perhatian beberapa tenaga dapat dilakukan *upgrading* kompetensi dan peningkatan karir bagi tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas Kasembon. Saran untuk pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Malang yaitu sebaiknya monitoring dilakukan secara lebih komprehensif khususnya bagi beberapa upaya kesehatan yang nilai kinerjanya rendah tiap tahunnya, dan berusaha menyarankan ataupun mencari pemecahan masalah yang disetujui juga oleh Puskesmas.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada bapak dan ibu dosen atas bimbingannya, bidang Yankes Primer Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, Staff UKM pengembangan Puskesmas Kasembon, responden yang bersedia menjawab pertanyaan wawancara di tengah kesibukannya dalam bekerja, serta pihak-pihak lain yang terlibat dan mendukung dalam pelaksanaan penelitian ini.

Daftar Rujukan

- Al Hikami, M. U. A., Marianah, M., & Haksama, S. (2022). Analisis Penerapan Manajemen di Puskesmas Pacet Berdasarkan PMK No. 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 10(1), 7–19. <https://doi.org/10.14710/jmki.10.1.2022.7-19>
- Arif, A. M., Kusrini, K., & Pramono, E. (2019). Sistem Pendukung Keputusan dalam Penilaian Kinerja Perawat Menggunakan Metode Promethee pada Puskesmas Rena Kandis Kabupaten Bengkulu Tengah. *Jurnal INFORMA Politeknik Indonusa Surakarta*, 5(1), 7–15.
- Astuti, E. P. (2019). Efisiensi Dan Efektivitas Dalam Upaya Pelayanan Administrasi Akademik Mahasiswa Di Fakultas Dakwah Dan Ilmu Komunikasi Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung. Undergraduate Thesis, UIN Raden Intan Lampung., 19–35.
- Attriani, A. N. (2022). Tantangan Dan Isu Strategis Sumber Daya Kesehatan Manusia Kesehatan Pada Puskesmas Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 3(3), 363–368. <https://doi.org/10.31004/jkt.v3i3.6102>
- Badri, I. A. (2020). Hubungan Beban Kerja Dan Lingkungan Kerja Dengan Stres Kerja Perawat Ruang Icu Dan Igd. *Human Care Journal*, 5(1), 379. <https://doi.org/10.32883/hcj.v5i1.730>
- Depkes RI. (2006). Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas (Edisi Ketii). Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. <https://puskesmasgapurasite.files.wordpress.com/2017/04/288692683-pedoman-penilaian-kinerja-puskesmas-pdf.pdf>
- Depkes RI, F. U. (2002). Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT). Modul 8 : Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Account).
- Dinas Kesehatan Kota Bandung. (2012). Laporan Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2012.
- Dinas Kesehatan, P. J. (2022). Instrumen Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2022 sesuai PMK No 43 Tahun 2019 (p. 6).
- Elifia, H. (2016). Analisis Efisiensi Aktivitas Dengan Menggunakan Activity Based Management (Studi Kasus Pada PG Candi Baru Sidoarjo). *Ekonomi Dan Bisnis*, 1–23.
- Fitriasari, S. (2010). Pentingnya Pendidikan Hukum bagi Warga Negara Indonesia. In *Jurnal Civicus* (Vol. 10, Issue 2, pp. 1–9).
- Gomang, P. D., Patiung, M., & Uskono, N. (2021). Pengaruh Pendidikan Terhadap Kesadaran Hukum Masyarakat Dalam Memelihara Keamanan dan Ketertiban di Desa Banfanu Kecamatan Noemuti Kabupaten Timor Tengah Utara. *JianE (Jurnal Ilmu Administrasi Negara)*, 3(2), 28–36.
- Guninda, F. A. 2017. Analisis Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Puskesmas Karangdoro Kota Semarang. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Handayani, T., & Nadjib, M. (2017). Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Publik: Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2012, 2013 dan 2014. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v1i2.1774>
- Herman, & Hasanbasri, M. (2008). Evaluasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Sangat Terpencil Di Kabupaten Buton. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 11(03), 103–111. Core Metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
- Kemenkes RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pengadaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Dalam Mendukung Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 26, 1–16. <https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/11/pmk262017.pdf>

- Kemenkes RI. (2020). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Aksi Program 2020-2024. Rapat Kerja Nasional. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Indikator Program Kesehatan Masyarakat dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024. Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI, 1–99. <https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/attachments/ef5bb48f4aaae60ebb724caf1c534a24.pdf>
- Kementerian kesehatan RI. (2016). PMK_No.39_Tahun_2016__ttg_PIS_PK.pdf.
- Kementerian PPN & Bappenas. (2022). Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedepuitan Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas, 2022.
- Kenedi, J., Syariah, F., Islam, D. E., Bengkulu, I., Raden, J., Pagar, F., & Bengkulu, D. (2002). Studi Analisis Terhadap Nilai-Nilai Kesadaran Hukum Dalam Pendidikan Kewarganegaraan (Civic Education) Di Perguruan Tinggi Islam.
- Kesehatan, M. (2019a). Lampiran Keputusan Kepala Btklpp Kelas I Manado Nomor: Hk.02.04/Viii.9.1/4442/2016. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Kesehatan, M. (2019b). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Manuaba. (2000). Keselamatan dan Kesehatan Kerja. In *Ergonomi. Guna Widya*.
- Marsondang, A., Purwanto, B., & Mulyati, H. (2019). Pengukuran Efisiensi Serta Analisis Faktor Internal dan Eksternal Bank yang Memengaruhinya Measurement of Efficiency and Analysis of Bank Internal and External Factors that Affect It. *Jurnal Manajemen Dan Organisasi (JMO)*, 10(1), 48–62.
- Pamungkas, G., & Kurniasari, N. (2020). Hubungan Kelengkapan Sarana Dan Prasarana Puskesmas Dengan Kepuasan Pasien Di Puskesmas Melong Asih Kota Cimahi Tahun 2019. *Jurnal Ilmu Kesehatan Immanuel*, 13(2), 60–69. <https://doi.org/10.36051/jiki.v13i2.92>
- Pengembangan, B. P. dan, & Kesehatan. (2017). Laporan Hasil Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (Risnakes) Tahun 2017.
- Permenkes. (2019). Standar pelayanan Minimal Kesehatan. Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia, 8(5), 55. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Download/87695/LampiranPerwakoSPM.pdf>
- Putra, R. E., & Aznedra. (2021). Pengaruh Insentif, Perencanaan SDM Dan Audit MSDM Terhadap Kinerja Pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Embung Fatimah Batam. *Measurement*, 15(2), 26–35.
- Putri, W. C. W. S., Yuliyatni, P. C. D., Aryani, P., Sari, K. A. K., & Sawitri, A. A. S. (2017). Dasar-dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Modul Pembekalan Manajemen Dan Program Puskesmas, 14. https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_pendidikan_1_dir/98c985665344f25743d1aff400d7a350.pdf
- Rubandiyah, H. I. (2019). Faktor Kinerja Puskesmas di Kota Semarang. *HIGEIA: Journal of Public Health Research and Development*, 3(1), 87–98. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>
- Sumarini, E. S. (2015). Analisis Kebutuhan Perencanaan System Informasi Kesehatan pada Bidang PelayananDinas Kesehatan Kabupaten Boyolali. *Artikel*, 1, 1–13.
- SYAM, S. (2020). Pengaruh Efektifitas Dan Efisiensi Kerja Terhadap Kinerja Pegawai Pada Kantor Kecamatan Banggae Timur. *Jurnal Ilmu Manajemen Profitability*, 4(2), 128–152. <https://doi.org/10.26618/profitability.v4i2.3781>
- Talu, M. M., Kristanto, W. H., & Santhalia, P. W. (2021). Efektivitas Pembelajaran Fisika Daring di Era PAndemi Covid-19 Pada Sekolah yang Kesulitan Akses Internet (Studi Kasus Sekolah di Kabupaten Sumba Barat). *Jurnal Penelitian Pembelajaran Fisika*, 12(2), 196–202. <https://doi.org/10.26877/jp2f.v12i2.9369>
- Widiawati, F., Amboningtyas, D., Rakanita, A. M., & Warso, M. M. (2017). Pengaruh Beban Kerja, Stress Kerja Dan Motivasi Kerja Terhadap Turnover Intentionkaryawan PT Geogiven Visi Mandiri Semarang.