

# SKRIPSI

## ANALISIS BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN MENGUNAKAN METODE *DAILY LOG* DI INSTALASI RAWAT DARURAT RSU DDR. SOETOMO SURABAYA

PENELITIAN *DESKRIPTIF EXPLORATIF*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh:

**Danding Koes Indriati**

**NIM. 130915155**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2011**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, .....Maret 2011



Danding Koes Indriati  
130915155

**MOTTO**

*“Manusia mulia merendahkan diri ketika berkedudukan tinggi, memaafkan ketika berdaya  
membalas dan bersikap adil ketika kuat”*

*khalifah Abd Malik bin Marwan*

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN MENGGUNAKAN  
METODE *DAILY LOG* DI INSTALASI RAWAT DARURAT  
RSUD DR. SOETOMO SURABAYA**

Oleh :

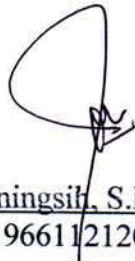
Danding Koes Indriati

Skripsi ini telah disetujui

Tanggal 02 Maret 2011

Oleh

Pembimbing Ketua



Purwaningsih, S.Kp., M.Kes  
NIP. 196611212000032001

Pembimbing II



Erna Dwi Wahyuni, S.Kep. Ns  
NIK. 139080823

Mengetahui

An. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Plt. Wadep



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep  
Nip. 197904242006042002

**HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI**

**SKRIPSI DENGAN JUDUL**

**ANALISIS BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN MENGGUNAKAN  
METODE *DAILY LOG* DI INSTALASI RAWAT DARURAT  
RSUD DR. SOETOMO SURABAYA**

**OLEH MAHASISWA :**

**DANDING KOES INDRIATI**  
**NIM.130915155**

Telah diuji  
Pada tanggal, 4 Maret 2011

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Kusnanto, S.Kp., M.Kes**  
**NIP. 196808291989031002**

(.....)

**Anggota : Pembimbing I**  
**Purwaningsih, S.Kp., M.Kes**  
**NIP. 196611212000032001**

(.....)

**Pembimbing II**  
**Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns**  
**NIK. 139080823**

(.....)

Mengetahui  
a.n. Dekan  
Plt. Wakil Dekan I



**Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep**  
**Nip. 19790424 200604 2 002**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya proposal dengan judul **“ANALISIS BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN MENGGUNAKAN METODE *DAILY LOG* DI INSTALASI RAWAT DARURAT RSU DR. SOETOMO SURABAYA”** dapat kami selesaikan dengan baik. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S. Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Airlangga, serta selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dalam membimbing, memotivasi dan memberikan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang memberikan ijin untuk terlaksananya ujian skripsi.
3. Ibu Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan membimbing, memotivasi dan memberikan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
4. Dr. Slamet Riyadi Yuwono, DTM & H, MARS, selaku Direktur RSU Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan fasilitas penelitian.

5. Bapak Heri Wahyu, S.Kep.Ns, selaku Kepala Keperawatan IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan ijin pengambilan data awal.
6. Ibu Upik Retno H, SST, sebagai Kepala Ruangan IRD lantai 1 RSUD Dr. Soetomo Surabaya, yang telah memberikan ijin dalam pengambilan data .
7. Rekan-rekan sejawat di IRD lantai 1 yang telah bersedia menjadi responden.
8. Pada Suamiku yang telah membantu pengetikan dan iklas memberikan dukungan moril maupun materil selama penulis menyelesaikan skripsi.
9. Semua teman-teman kost dan teman-teman B12 FKp UNAIR khususnya yang telah memberikan dorongan, semangat serta kebersamaannya.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, sehingga sangat diharapkan kritikan dan masukan yang membangun untuk kesempurnaan skripsi ini.

Surabaya, Maret 2011

Penulis

## **ABSTRACT**

### **ANALYSIS OF THE LOAD OF NURSING WORK BY USING DAILY LOG METHODS IN THE EMERGENCY UNIT OF RS DR. SOETOMO SURABAYA**

#### **EXPLORATIVE DESCRIPTIVE RESEARCH**

By:

**DANDING KOES INDRIATI**

One of the nursing care qualities relies on the balance of the working quantities and load of nursing work in a hospital. The load of nursing work can be seen from their duties based on major duties, additional duties, the quantity of patient being cared, composition of working capacity due to educational background and also daily duty with time of shift that were scheduled.

This study was aimed to analyze the load of nursing work by using daily log methods and were using explorative descriptive as methods of research. The population was all nurses that work in emergency unit in RS DR. Soetomo Surabaya, with samples picked by using purposive sampling technique. Respondents were 33 nurses from 3 different shift, choosen by using inclusion and exclusion criteria. Instrument used in this research was forms of Nursing work that were separated in productive and non productive nursing activities.

The result of this study indicate that were 331 minutes or 5 hours and 30 minutes time spent for productive nursing activities in the morning shift (about 79% from all total time in a shift), it means morning shift was in a light medium work load. In evening shift there was 350 minutes or 5 hour and 49 minutes (83,3% from total time in a shift) spent for productive nursing activities, means evening shift were in medium work load. Night shift was spent 404,73 minutes or abut 6 hour and 44 minutes for productive activities.

Nurses work load can be concluded were in normal work load ranged light to medium, and neither in hard work load. It's very important to nursing manager emergency unit to evaluate nursing work load eventually, to see how hard was nurse's duties as well. To make working load balance on every duty, the number of nurse on morning duty can be transfer into evening or night shift in order to decreade work load on those shift. This suggest can be done to equal the spare of the duties, so nurse can give patient more comprehent and good nursing care.

**Keyword:** Nurse's working load, daily log methods



## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan .....	ii
Motto .....	iii
Lembar Persetujuan .....	iv
Lembar Penetapan Penguji .....	v
Kata Pengantar.....	vi
Abstract.....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Gambar .....	xi
Daftar Lampiran .....	xii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan umum .....	5
1.3.2 Tujuan khusus .....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Teoritis .....	6
1.4.2 Praktis .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
2.1 <i>Konsep Dasar Manajemen Sumber Daya Manusia</i> .....	8
2.1.1 Pengertian manajemen sumber daya manusia .....	8
2.1.2 Tujuan manajemen sumber daya manusia .....	9
2.2 Perawat dan Pelayanan Keperawatan .....	10
2.2.1 Pengertian keperawatan.....	10
2.2.2 Proses keperawatan.....	12
2.2.3 Tahapan dalam prose keperawatan.....	12
2.3 Kompetensi Perawat Medical Bedah dan Gawat .....	14
2.3.1 Kompetensi perawat klinik medical dedah .....	14
2.4 Konsep Dasar Beban Kerja .....	20
2.4.1 Pengertian beban kerja .....	20
2.4.2 Klasifikasi beban kerja .....	20
2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja .....	27
2.4.4 Pengukuran beban kerja .....	28
2.5 Konsep Dasar Perencanaan Tenaga Keperawatan.....	32
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>	<b>57</b>
3.1 Kerangka Konseptual.....	57
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>59</b>

4.1	Desain Penelitian .....	59
4.2	Kerangka Kerja .....	60
4.3	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling .....	60
	4.3.1 Populasi .....	60
	4.3.2 Sampel .....	61
	4.3.3 Besar sampel .....	61
	4.3.4 Sampling .....	61
4.4	Variabel Penelitian dan definisi Operasional .....	63
	4.4.1 <i>Definisi operasional</i> .....	63
4.5	Instrumen Penelitian .....	63
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	64
4.7	Prosedur Pengumpulan Data .....	64
4.8	Analisa Data .....	65
4.9	Etik Penelitian .....	65
4.10	Keterbatasan .....	66
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>67</b>
5.1	Hasil Penelitian .....	67
	5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian .....	67
	5.1.2 Karakteristik responden .....	69
5.2	Data Khusus .....	71
	5.2.1 Beban kerja Perawat .....	71
5.3	Pembahasan .....	74
<b>BAB 6</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>81</b>
	Daftar Pustaka.....	82
	Lampiran.....	85

**DAFTAR TABEL**

Tabel 1.1	Jumlah rata-rata pasien perminggu dalam 1 bulan .....	3
Tabel 2.1	Perbedaan Time and motion dan daily log.....	32
Tabel 2.2	Standar waktu pelayanan pasien .....	38
Tabel 2.3	Kebutuhan perawat berdasarkan klasifikasi pasien .....	40
Tabel 2.4	Jumlah perawat yang dibutuhkan klasifikasi pasien .....	43
Tabel 2.5	Rata-rata jam perawatan pasien .....	44
Tabel 2.6	Rata-rata jam perawatan berdasarkan kategori pasien .....	51
Tabel 2.7	Contoh perhitungan kebutuhan perawat.....	53
Tabel 5.1	Perbandingan Jenis kegiatan Perawat berdasarkan Dinas di IRD RSUD. DR. Soetomo Surabaya pada bulan Januari 2011.....	72
Tabel 5.2	Klasifikasi beban kerja perawat berdasarkan jenis kegiatan dan waktu Kegiatan keperawatan.....	73

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	57
Gambar 4.1 kerangka kerja .....	60
Gambar 5.1 Diagram distribusi responden berdasarkan umur.....	69
Gambar 5.2 Diagram distribusi responden berdasarkan masa kerja.....	70

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan Penelitian.....	85
Lampiran 2 Persetujuan menjadi responden.....	86
Lampiran 3 Lembar Kuesioner.....	87
Lampiran 4 hasil pengumpulan data .....	88

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Keperawatan sebagai salah satu bentuk pelayanan profesional merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari upaya pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Pelayanan keperawatan merupakan penentu baik buruknya mutu citra rumah sakit, karena kualitas pelayanan keperawatan perlu dipertahankan dan ditingkatkan seoptimal mungkin (Soeroso 2003). Pelayanan keperawatan bermutu salah satunya tergantung pada seimbangannya antara jumlah kerja dan beban kerja perawat di rumah sakit (Riza, 2002). Pada tenaga kesehatan khususnya perawat analisis beban kerja dapat dilihat dari aspek tugas yang dijalankan berdasarkan fungsi utamanya. Analisis beban kerja tersebut juga dapat dilihat dari tugas tambahan yang dikerjakan, jumlah pasien yang dirawat, kapasitas kerja sesuai dengan pendidikan yang diperoleh, waktu kerja digunakan untuk mengerjakan tugasnya sesuai dengan jam kerja yang berlangsung setiap hari (Irwandi, 2007). Instalasi Rawat Darurat RSU Dr. Soetomo adalah suatu ruangan perawatan pasien dengan kegawatan medik dan bedah. Tingkat kegawatan pasien yang datang ke IRD RSU Dr. Soetomo dapat ditunjukkan dengan *system labeling*, yaitu penanganan pasien gawat darurat tidak didasarkan siapa yang datang lebih dahulu tetapi kasus yang lebih gawat atau darurat yang mendapat penanganan lebih dahulu, disamping itu Instalasi Rawat Darurat yang buka selama 24 jam dan dilengkapi 10 unit perawatan fungsional (UPF) seperti ruangan perawatan anak, jantung, interna, paru, bedah, neuro, jiwa, kulit, mata dan

*THT dengan jumlah pasien yang selalu bertambah. Kondisi demikian mengakibatkan kasus-kasus yang ditangani baik kasus general maupun kegawatdaruratan yang ada di IRD RSUD Dr. Soetomo sangat beragam dan berjumlah banyak. Tugas tambahan yang dikerjakan perawat IRD meliputi mengantarkan pasien ke OK (kamar operasi), mencuci alat *hecting set*, menghitung alat instrumen dan mengantarkan pasien ke ruangan rawat inap. Banyak perawat mengeluh tentang pekerjaannya, karena tidak sesuai dengan *job description*. Dari fenomena diatas menimbulkan suatu beban dalam bekerja sehingga produktivitas menurun, maka perlu dikaji beban kerja perawat IRD. Beban kerja itu sendiri erat kaitannya dengan produktifitas tenaga kesehatan perawat (Ilyas, 2000). Disamping tugas tambahan, beban kerja perawat juga dipengaruhi oleh waktu kerjanya, apabila waktu kerja yang harus ditanggung oleh perawat melebihi dari kapasitasnya maka akan berdampak buruk bagi produktifitas perawat tersebut, adanya lonjakan pasien akibat DBD, musibah massal, pergantian tahun, membuat manajemen rumah sakit melakukan double shift(jaga pagi sampai sore) kepada para perawat, sehingga banyak dari mereka yang bekerja melebihi dari beban kerja yang harus ditanggung oleh perawat tersebut (Kompas Cyber Media.com, 2004).*

Beban kerja yang berlebihan berpengaruh terhadap produktifitas tenaga kesehatan dan penurunan produktifitas rumah sakit itu sendiri, timbulnya kelelahan, penyakit dan kecelakaan (Moenir, 1995). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan Juli-September 2010, jumlah pasien yang masuk ke IRD tiap bulannya 7913 orang dan rata-rata jumlah pasien perharinya 234 orang. Jumlah perawat shift pagi 6 orang, shift sore 8 dan shif malam 9 orang. Sedangkan menurut perhitungan jumlah kebutuhan perawat UGD per hari jika dihitung dengan

rumus rata-rata klien perhari dikalikan dengan rata-rata jam perawatan klien perhari kemudian dibagi dengan jumlah jam kerja perawat perhari, dibutuhkan 21 perawat untuk dinas pagi dan sore hari, untuk dinas malam sebanyak 15 perawat per hari. Ketidakseimbangan antara jumlah perawat dengan jumlah klasifikasi pasien yang menyebabkan kualitas kinerja perawat dan hasil pelayanan keperawatan yang diterima setiap pasien menjadi rendah (Curtin, 2003:WHO/OMS, 2005). Ratio kebutuhan tenaga keperawatan didasarkan pada jumlah pasien yang dirawat masih belum memenuhi standart pelayanan kurang memuaskan, seperti contoh tabel dibawah ini , yang menunjukkan kearah beban kerja .

Tabel 1.1. Jumlah rata-rata Pasien per minggu dalam dalam 1 ( satu ) bulan Di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Perawat pagi	Jumlah px Pagi	Rasio	Perawat Siang	Jumlah px Siang	Rasio	Perawat Malam	Jumlah px Malam	Rasio
7,7	28	1 : 3,6	7	43,9	1 : 6,3	8	42,43	1 : 5,3
7,7	29,9	1 : 3,9	7,47	45,6	1 : 6,1	7,29	47,3	1 : 6,49
13	31,7	1 : 2,44	6,71	68,6	1 : 10,2	7,7	37,3	1 : 4,8
7	32,3	1 : 4,61	7	39,7	1 : 5,67	7,14	47,7	1 : 6,68

Sumber: Rekam medik, 2010

Jadi rata-rata tenaga yang dibutuhkan masih belum sesuai dengan Depkes, 2010 : 1 : 1, perawat 1 menangani 1 pasien, dengan yang ada di IRD RSUD Dr. Soetomo, bisa dilihat dari tabel diatas, yang menunjukkan kearah beban kerja.

adapun pekerjaan yang dilaksanakan mulai dari pasien baru sampai pasien pulang, membuat asuhan keperawatan, observasi vital sign, observasi kesadaran, pemeriksaan laboratorium, mengantarkan pasien foto dan USG ke radiologi,



*kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian cairan atau obat dengan menggunakan infuse, sehingga beban kerja dipengaruhi oleh jumlah kegiatan yang dilakukan, beban kerja itu sendiri erat kaitannya dengan produktifitas tenaga kesehatan. Studi yang dilakukan Ilyas, (2000) mendapatkan bahwa hanya 53,2% waktu yang benar-benar efektif untuk digunakan sebagai pelayanan kesehatan langsung dan sisanya 39,9% digunakan untuk kegiatan penunjang. Selain itu yang mempengaruhi beban kerja perawat adalah kondisi pasien yang selalu berubah, jumlah jam perawatan rata-rata yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan langsung pada pasien (Kusmiati, 2003).*

RSU Dr. Soetomo Surabaya merupakan rumah sakit type A, yang merupakan rumah sakit rujukan yang tidak boleh menolak pasien tidak seperti di swasta, karena merupakan rumah sakit pemerintah yang mempunyai kewajiban mengayomi masyarakat, baik ekonomi tinggi maupun yang ekonomi rendah (Berita IRD, 2000). Sehingga beban kerja perawat IRD meningkat, beban kerja itu sendiri erat kaitannya dengan produktifitas tenaga kesehatan perawat. Pada tenaga kesehatan khususnya perawat, analisis beban kerjanya dapat dilihat dari aspek-aspek seperti tugas tambahan yang dijalankan, jumlah pasien yang dirawat, perawat acuh tak acuh atau kurang perhatian terhadap pasien, emosi karena beban kerja yang berlebih dan diluar tanggung jawabnya. Hal ini akan berdampak pada beban kerja perawat sehingga tidak sesuai dengan harapan dan kualitas pelayanan menurun (Berita IRD, 2005). Penentuan jumlah dan perbandingan tenaga perawatan adalah berdasarkan pada waktu yang diperlukan perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan tingkat kebutuhan pasien (Rowland & Rowland, 1980). Apabila perbandingan

tidak sesuai akan menimbulkan beban kerja tinggi bagi perawat, disamping beban kerja tinggi disebabkan karena ketidakseimbangan waktu antara pelaksanaan tindakan keperawatan, maka mutu pelayanan dapat dijaga kualitasnya, perlu adanya perencanaan termasuk jumlah dan kualifikasi tenaga kerja (Suarli, 2008). Karena itu perencanaan ketenagaan yang dikelola secara proposional sangat diperlukan karena akan menimbulkan peningkatan beban kerja.

Dari permasalahan diatas untuk mengetahui tingkat beban kerja yang proposional sesuai dengan metode *Daily log*, yaitu pencatatan kegiatan aktifitas keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat dalam menjalankan tugasnya sehari-hari di ruang kerja, sehingga bisa mengetahui keadaan pasien tiap detik, menit dan tiap jam, yang berkaitan dengan kegiatan produktif tidak produktif, langsung tidak langsung, sehingga perawat leluasa untuk melakukan intervensi keperawatan secara holistik pengaturan beban kerja sesuai dengan pembagian tugas atau pengaturan komposisi jumlah personil dan kegiatan di setiap shift jaga, mengkaji alokasi waktu kerja dengan dengan mempertimbangkan beban kerja untuk setiap shift serta penambahan jumlah tenaga keperawatan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Seberapa besar beban kerja perawat dengan menggunakan metode *Daily Log* di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis beban kerja perawat dengan menggunakan metode *Daily Log* di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi waktu yang dibutuhkan tenaga keperawatan untuk pelaksanaan tugas keperawatan di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Menganalisis beban kerja perawat dengan menggunakan metode *Daily Log* berdasarkan perhitungan waktu kegiatan langsung (*direct care*), tidak langsung (*indirect care*), kegiatan produktif dan serta non-produktif perawat di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

### 1.4. Manfaat Penelitian

#### 1.4.1 Teoritis

Informasi ilmiah tentang beban kerja perawat dengan metode *Daily Log* di Instalasi Rawat darurat RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### 1.4.2 Praktis

1. Bagi Instalasi Rawat Darurat

Memberikan informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan beban kerja perawat di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam menetapkan kebutuhan jumlah tenaga perawat di instansi rawat darurat.

2. Bagi Manajemen Rumah Sakit

sebagai evaluasi sumber daya manusia di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya masukan dalam menunjang peningkatan mutu pelayanan RSUD Soetomo Surabaya, untuk bahan pertimbangan dalam memperbaiki tingkat beban kerja perawat dalam menghadapi tuntutan perkembangan pelayanan

kesehatan saat ini dalam rangka meningkatkan *Quality Assurance* rumah sakit.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan beberapa konsep yang mendasari penelitian yaitu diantaranya tentang: (1) Konsep dasar manajemen sumber daya manusia, (2) Perawat dan pelayanan keperawatan . (3) Kompetensi perawat gawat darurat. (4) Konsep dasar beban kerja dan (5) Konsep dasar perencanaan tenaga keperawatan.

#### **2.1 Konsep Dasar Manajemen Sumber Daya Manusia**

##### **2.1.1 Pengertian manajemen sumber daya manusia**

Manajemen sumber daya manusia pada hakikatnya merupakan bagian integral dari keseluruhan manajemen rumah sakit. Strategi manajemen sumber daya manusia sebenarnya juga merupakan bagian dari strategi rumah sakit. Dengan pemahaman bahwa sumber daya manusia adalah asset utama rumah sakit, manajemen sumber daya manusia yang strategis memandang semua manajer pada tingkat apapun baik secara structural maupun fungsional sebagai manajer sumber daya manusia (Soeroso, 2003).

Dari segi proses kegiatan manajemen sumber daya manusia adalah perencanaan, perekrutan dan seleksi, pengorganisasian tim, pengembangan karyawan serta membuat keputusan (Forsyth dalam Soeroso, 2003).

Mc.Leod (1995) mengelompokkan manajemen sumber daya manusia sebagai berikut:

1. Perekrutan (*recruiting*)
2. Penerimaan (*hiring*)
3. Pendidikan dan pelatihan (*educating and training*)

4. Pemutusan hubungan kerja (*firing*)
5. Administrasi tunjangan (*employee benefits administration*)
6. Manajemen informasi sumber daya manusia (*human resource Information management*)

Perencanaan sumber daya manusia meliputi sebagai berikut:

1. *Skill inventory*, ialah suatu pencacatan dan penyimpanan data secara rinci mengenai karyawan termasuk catatan pendidikan, pelatihan, pengalaman, lama bekerja, posisi kerja sekarang, gaji, gambaran sosio-demografik seperti status perkawinan, umur, gender dan ras.
2. *Job analysis* atau analisis jabatan ialah uraian tugas dan tanggung jawab dari pekerjaan tertentu dan karakteristik pribadi (pengetahuan dan keterampilan) yang dibutuhkan untuk menduduki jabatan tertentu agar berprestasi optimal.
3. *Replacement chart* ialah suatu diagram yang menggambarkan seluruh jabatan di suatu organisasi tentang siapa menjabat apa saat ini, dan siapa yang berpotensi untuk jabatan tersebut di kemudian hari.
4. *Expert forecast* ialah peramalan yang dibuat oleh para ahli dengan menggunakan teknik tertentu. Biasanya didasarkan pada asumsi-asumsi seperti perkembangan organisasi.

#### 2.1.2 Tujuan Manajemen sumber daya manusia

Menurut Ivancevich (dalam Soeroso, 2003) tujuan manajemen sumber daya manusia antara lain:

1. Membantu organisasi mencapai tujuan

2. Mempekerjakan karyawan yang berketerampilan dan berkemampuan secara efisien
3. Menyediakan karyawan yang terlatih baik dan memiliki motivasi tinggi
4. Meningkatkan kepuasan kerja dan aktualisasi diri karyawan
5. Mengembangkan dan memelihara kualitas hidup pekerja
6. Mengkomunikasikan kebijakan manajemen sumber daya manusia kepada semua karyawan
7. Memelihara kebijakan etika dan menumbuhkan perilaku tanggung jawab sosial
8. Melakukan manajemen perubahan demi keuntungan bersama baik bagi individu, kelompok, perusahaan maupun publik

Bagaimanapun, keberhasilan suatu rumah sakit sangat bergantung pada kemampuan manajemen dalam menyetarakan unsur-unsur karyawan dengan system, struktur organisasi, teknologi, tugas, budaya organisasi dan lingkungannya (Paramita dalam Soeroso, 2003). Keberhasilan rumah sakit sangat ditentukan oleh pengetahuan, keterampilan, kreativitas, dan motivasi staff serta karyawan. Oleh karena itu peranan manajemen sumber daya manusia sangat menentukan keberhasilan rumah sakit untuk mencapai tujuannya.

## **2.2 Perawat Dan Pelayanan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengertian keperawatan**

Pelayanan keperawatan merupakan proses kegiatan yang natural dan berurutan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Douglas, 1984). Peraturan pemerintah No. 32 tahun 1996, keperawatan adalah tenaga profesional yang mandiri. Pelayanan keperawatan ini diberikan

karena adanya keterbatasan atau kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri. Kegiatan keperawatan dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan, sesuai wewenang, tanggung jawab dan etika profesi keperawatan sehingga memungkinkan setiap individu mencapai kemampuan hidup sehat. Hasil Lokakarya Nasional tahun 1983, mendefinisi keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan secara umum yang didasarkan pada ilmu dan praktek keperawatan, yang berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio spiritual yang secara komprehensif, yang ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat.

Keperawatan dapat disebut profesi, karena memiliki ilmu tersendiri dan berdasarkan ilmu tersebut perawat melakukan praktik keperawatan sebagai sebuah bentuk pelayanan yang profesional. Rubbenfeld (1998, dalam Depdiknas, 2002), profesional ners adalah seseorang yang mempunyai kemampuan berpikir kritis, menampakkan kebiasaan berpikir kritis dalam bentuk percaya diri, kreatifitas, fleksibilitas, berpikiran terbuka dan rajin. Sehingga perawat diharapkan memiliki kapasitas untuk mampu berempati; artinya mampu menunjukkan kemampuan dalam peran serta peduli dengan keadaan pasien, menghargai keunikan dari tiap-tiap individu pasien.

Peran dan fungsi perawat sebagai profesi, khususnya di rumah sakit adalah memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan dengan melalui berbagai proses atau tahapan yang harus dilakukan baik secara langsung maupun tidak langsung



kepada pasien yang dirawat beserta keluarganya. Tahapan yang dilakukan tentunya berdasarkan standar yang diakui oleh pemerintah maupun profesi perawat sendiri.

### 2.2.2 Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu metode proses berpikir yang terorganisir untuk pembuatan keputusan klinik, pemecahan masalah dan memberikan perawatan yang berkualitas, perawatan klien secara individual (Doengoes, Moohouse & Burley, 2000). Proses keperawatan yaitu pengakuan masyarakat atau profesi lain tentang eksistensi profesi keperawatan, partisipasi profesi keperawatan dalam pembangunan kesehatan dan citra profesi keperawatan (Nursalam, 2007).

Pooter & Perry (1997) proses keperawatan merupakan suatu pemikiran, pendekatan masalah dan kerangka kerja perawat dalam menjalankan perannya agar perawat dapat memberikan perawatan secara individual kepada klien dengan dorongan kreatifitas dan seni. Keperawatan dapat dicapai melalui perencanaan, tindakan atau implementasi, dan keefektifan dari evaluasi keperawatan.

### 2.2.3 Tahapan Dalam Proses Keperawatan

Tahapan dalam proses keperawatan, yaitu mulai dari melakukan pengkajian, menetapkan mendiagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan terkait dengan penetapan diagnose, melakukan implementasi dari apa yang direncanakan dan tahapan yang sudah dilakukan sebelumnya apakah sudah sesuai dengan yang ditetapkan.

Doengoes, Moorhouse & Burley (2000) proses keperawatan terdiri dari 5 tahapan , yaitu pengkajian, perumusan diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Adapun tahapan dalam melakukan asuhan keperawatan sebagai berikut;

a Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap utama untuk dapat melanjutkan ke tahap lanjut secara tepat dan akurat.

b Tahap Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Tahap kedua dari proses keperawatan. Diagnosa Keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual dan potensial.

c Tahap Perencanaan atau Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan dibuat berdasarkan pada standar rencana asuhan keperawatan dan memuat diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria hasil dan intervensi keperawatan.

d Tahapan Implementasi Keperawatan

Tahapan pencatatan tentang semua tindakan keperawatan baik mandiri maupun kolaboratif. Selain itu aktifitas lain yang dilakukan bersama klien.

e Tahap Evaluasi

Merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan. Perawat tidak hanya menulis tindakan yang dilakukan , tetapi saat menulis implementasi perawat melakukan evaluasi. Evaluasi ada dua yaitu ; evaluasi formatif, ini dilaksanakan untuk melihat dan mengevaluasi respon pasien setelah perawat

melakukan tindakan. Evaluasi sumatif, dilaksanakan setiap 24 jam sekali dan biasanya pelaksanaan di shift pagi yang biasa disebut catatan perkembangan.

## **2.3 Kompetensi Perawat Medikal Bedah Dan Gawat Darurat**

### **2.3.1 Kompetensi Perawat Klinik Medikal Bedah**

#### **A. Praktek profesional, etis, legal dan peka budaya**

1. Menunjukkan perilaku bertanggung gugat terhadap praktik profesional.
  - a. Bertanggung gugat dan bertanggung jawab terhadap keputusan dan tindakan profesional (perawat dapat menjelaskan alasan secara ilmiah pada setiap tindakan yang dilakukan).
  - b. Mengenal batas peran dan kompetensi diri (perawat mengetahui batas kemampuan sehingga tidak melakukan tindakan di luar batas kemampuannya)
  - c. Merujuk atau mengkonsultasikan pada yang lebih ahli (merujuk kepada perawat dengan kompetensi lebih tinggi).
2. Melaksanakan praktik keperawatan berdasarkan kode etik keperawatan Indonesia dan memperhatikan budaya
  - a. Menghormati hak privasi klien atau pasien, misalnya: memisahkan antara pasien laki dan perempuan.
  - b. Menghormati hak pasien untuk memperoleh informasi (perawat dapat memberikan penjelasan tentang hak pasien).
  - c. Menjamin kerahasiaan dan keamanan informasi tentang status kesehatan pasien (perawat tidak menyebarkan informasi tentang pasien kepada yang tidak berhak).

- d. Mengembangkan praktik keperawatan untuk dapat memenuhi rasa aman dan menghargai martabat pasien).
  - e. Memberikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan budaya pasien (perawat memberikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan adat istiadat dan budaya pasien).
3. Melaksanakan praktik secara legal
- a. Melaksanakan praktik sesuai kebijakan lokal dan nasional
  - b. Menunjukkan tindakan yang sesuai dengan regulasi yang berlaku terkait praktik keperawatan dan kode etik keperawatan.
- B. Pemberian dan manajemen asuhan keperawatan
1. Melakukan pengkajian data keperawatan dasar
  2. Melakukan tindakan keperawatan dasar meliputi :
    - a. Pemenuhan kebutuhan bernafas
    - b. Pemenuhan kebutuhan makan minum yang seimbang
    - c. Pemenuhan kebutuhan eliminasi urin
    - d. Pemenuhan kebutuhan eliminasi fecal
    - e. Pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan mempertahankan posisi tubuh
    - f. Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur
    - g. Pemenuhan kebutuhan untuk mempertahankan suhu tubuh normal
    - h. Pemenuhan kebutuhan kebersihan tubuh dan penanpilan tubuh
    - i. Membantu menghindari bahaya dan cedera
    - j. Melakukan komunikasi terapeutik
    - k. Pemenuhan kebutuhan spiritual
    - l. Pemenuhan kebutuhan untuk beraktifitas

- m. Pemenuhan kebutuhan rekreasi
  - n. Melakukan pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan
  - o. Memberikan obat sederhana
  - p. Penanggulangan infeksi
3. Menggunakan komunikasi teraupetik
  4. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan
  5. Melakukan dokumentasi keperawatan
  6. Kolaborasi dengan profesi kesehatan lain
- C. Pengembangan profesional
1. Melaksanakan upaya peningkatan profesional dalam praktik keperawatan , menggunakan hasil riset dalam praktek keperawatan
  2. Mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi
    - a. Mengevaluasi kinerja praktik diri sendiri
    - b. Melibatkan diri secara aktif dalam kegiatan ilmiah keperawatan

#### Perawat Klinik II (Medikal Bedah)

- A. Praktik profesional, etis, legal dan peka budaya
1. Menunjukkan perilaku bertanggung gugat terhadap praktik profesional  
Kompetensi PK I
  2. Melaksanakan praktik keperawatan berdasarkan kode etik keperawatan Indonesia dan memperhatikan budaya
    - a. Kompetensi PK I
    - b. Menjalankan peran advokasi untuk melindungi hak-hak manusia sebagaimana yang diuraikan dalam kode etik Keperawatan Indonesia

(Perawat mampu melindungi pasien dari tindakan yang dapat merugikan baik fisik maupun material)

3. Melaksanakan praktik secara legal

- a. Kompetensi PK I
- b. Menunjukkan tindakan yang sesuai dengan regulasi yang berlaku terkait praktik keperawatan dan kode etik keperawatan

B. Pemberian dan manajemen asuhan keperawatan

1. Memahami konsep biomedik medikal bedah dasar
2. Melakukan pengkajian data keperawatan medikal bedah dasar tanpa komplikasi
3. Menganalisa data dan menetapkan diagnose Keperawatan , menyusun rencana asuhan keperawatan yang menggambarkan intervensi pada pasien medikal bedah dasar tanpa komplikasi
4. Melakukan tindakan keperawatan dasar pada 12 sistem tubuh meliputi:
  - a. Sistem immune
  - b. Sistem Respirasi
  - c. Sistem Kardiovaskuler
  - d. Sistem hematologi
  - e. Sistem sensori
  - f. Soisten Neurologi
  - g. Sistem pencernaan
  - h. Sistem muskuloskletal
  - i. Sistem Urinaria
  - j. Sistem endokrin

k. Sistem integument

l. Sistem Reproduksi

Dengan Kegiatan Sebagai Berikut :

a. Membantu pasien memenuhi kebutuhan dasarnya

b. Melakukan observasi

c. Melakukan pendidikan kesehatan

d. Melakukan persiapan pemeriksaan diagnostik

e. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien pre dan post op

f. Melakukan tindakan kolaborasi

g. Melakukan dokumentasi keperawatan

5. Menggunakan komunikasi teraupetik

6. Membimbing PK I

C. Pengembangan profesional

1. Melaksanakan upaya peningkatan profesional dalam praktek keperawatan

a. Kompetensi PK II

b. Meningkatkan dan menjaga citra keperawatan profesional

c. Memberikan kontribusi untuk pengembangan praktik keperawatan profesional

2. Mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi

a. Kompetensi PK II

b. Melaksanakan tugas sebagai pembimbing atau mentor bagi PK II

- a. Kompetensi PK II
  - b. Melibatkan diri secara aktif dalam pembuatan keputusan etik secara efektif (Perawat bertanggung jawab secara moral untuk mengambil keputusan yang baik dan menolak keputusan yang buruk dan tenaga kesehatan yang lain)
  - c. Mengambil keputusan etik dan menentukan prioritas dalam kondisi perang, tindak kekerasan, konflik dan situasi bencana alam (Perawat bertanggung jawab secara moral untuk mengambil keputusan yang baik dan menolak keputusan yang buruk dalam situasi gawat darurat)
3. Melaksanakan praktik secara legal

#### Kompetensi PK II

#### Pemberian dan manajemen asuhan keperawatan

1. Memahami konsep biomedik medikal bedah lanjutan
2. Melakukan pengkajian keperawatan kepada klien medikal bedah dengan resiko/komplikasi pada 12 sistem tubuh secara mandiri
3. Menganalisa data, menetapkan diagnose keperawatan
4. Menyusun rencana asuhan keperawatan yang menggambarkan intervensi pada pasien medikal bedah dengan resiko /komplikasi pada 12 sistem tubuh
5. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien medikal bedah dengan komplikasi pada 12 sistem tubuh dengan kegiatan sebagai berikut:
  - a. Melakukan observasi.
  - b. Melakukan pendidikan kesehatan
  - c. Melakukan pemeriksaan diagnostik



- d. Mengelola aspek perioperatif mencakup keperawatan pra bedah, intra bedah dan paska bedah
- e. Melakukan tindakan kolaborasi
- f. Melakukan rujukan keperawatan
- g. Memberikan konseling
- h. Melakukan dokumentasi keperawatan
6. Menggunakan komunikasi teraupetik
7. Membimbing PK II dan peserta didik
8. Mengidentifikasi hal-hal yang perlu diteliti lebih lanjut

## **2.4 Konsep Dasar Beban Kerja**

### **2.4.1 Pengertian beban kerja**

Beban kerja adalah keseluruhan waktu yang digunakan oleh pegawai dalam melakukan aktivitas atau kegiatan selama jam kerja. Menurut Indonesia *Quartely* (1998) beban kerja adalah tanggung jawab individu (pekerja) terhadap lancar dan banyaknya pekerjaan pekerjaan yang harus diselesaikan. Beban kerja adalah sekumpulan atau sejumlah kegiatan yang harus diselesaikan oleh suatu unit organisasi atau pemegang jabatan dalam jangka waktu tertentu.

### **2.4.2 Klasifikasi beban kerja**

Beban kerja dapat dilihat dari dua sudut pandang yaitu secara obyektif dan subyektif (Groenewegaen & Hutten 1991 dalam Devi 2007).

1. Beban kerja obyektif adalah keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktivitas yang diperlukan.

2. Beban kerja subyektif adalah ukuran yang dipakai seseorang terhadap pertanyaan tentang beban kerja yang diajukan, tentang perasaan kelebihan beban kerja, ukuran dan tekanan pekerjaan serta kepuasan kerja.

Menurut French dan Saddock (1973) dalam Sudarsono (2007) beban kerja dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Beban kerja kualitatif

Kelebihan beban kerja secara kualitatif meliputi:

- a) Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan
- b) Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas
- c) Tuntutan keluarga terhadap keselamatan dan kesehatan pasien
- d) Setiap saat dihadapkan pada pengambilan keputusan yang tepat
- e) Tanggung jawab yang tinggi dalam melaksanakan asuhan keperawatan klien di ruangan
- f) Setiap saat menghadapi pasien dengan karakteristik total care, parsial care dan kondisi terminal
- g) Melaksanakan tugas delegasi dokter
- h) Tindakan menyelamatkan pasien dalam kondisi kritis

2. Beban kerja kuantitatif

Kelebihan beban kerja kuantitatif meliputi:

- a) Harus melaksanakan observasi pasien secara ketat selama jam kerja
- b) Terlalu banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan demi kesehatan dan keselamatan pasien

- c) Beragamnya jenis pekerjaan yang dilakukan demi kesehatan dan keselamatan pasien
- d) Kontak langsung perawat klien secara terus-menerus selama 24 jam
- e) Kurangnya jumlah perawat disbanding dengan jumlah pasien.

Menurut Ilyas (2004) beban kerja obyektif dapat dikelompokkan dalam kegiatan personel, yaitu:

1. Kegiatan langsung yang merupakan kegiatan pokok pelayanan kepada pasien seperti observasi pasien dan memberikan suntikan.
2. Kegiatan tidak langsung yaitu kegiatan penunjang pelayanan keperawatan, seperti mengisi papan status, membersihkan ruangan, melipat kassa, sterilisasi alat kesehatan, mengikuti pelatihan.
3. Kegiatan administrasi, yaitu kegiatan administrasi keperawatan seperti pendataan pasien baru, membuat inventarisasi obat dan alat kesehatan, membuat laporan dinas.
4. Kegiatan pribadi, yaitu kegiatan yang berkaitan dengan kepentingan dan keperluan pribadi seperti shalat, mandi, menelepon keluarga.
5. Sela waktu, yaitu waktu luang diantara dua kegiatan ataupun saat perawat tidak melakukan kegiatan lain, seperti duduk, bercakap-cakap dan beristirahat.

Dari lima kegiatan diatas dikelompokkan lagi menjadi kegiatan produktif meliputi kegiatan langsung, administrasi. Kemudian kelompok kegiatan non produktif yaitu kegiatan pribadi dan sela waktu.

Daftar nama kegiatan perawat menurut DepKes RI (1998), Gillies (1989) dan Ilyas (2004):

## 1. Kegiatan produktif

### A. Kegiatan langsung

- 1) Observasi pasien
- 2) Melakukan *discharge planning*
- 3) Melakukan timbang terima
- 4) Melakukan anamnesa
- 5) Memberi orientasi pada pasien baru
- 6) Memberi informasi pada pasien
- 7) Membantu mobilisasi pasien
- 8) Memberikan makan dan minum kepada pasien
- 9) Melakukan oral hygiene pada pasien
- 10) Memandikan pasien
- 11) Melakukan genital hygiene
- 12) Memelihara rambut pasien
- 13) Memelihara dan memotong kuku pasien
- 14) Memasang kateter urin
- 15) Melepas kateter urin
- 16) Memasang *Naso Gastric Tube* (NGT)
- 17) Melepas *Naso Gastric Tube* (NGT)
- 18) Melakukan irigasi lambung
- 19) Merawat kateter urin
- 20) Mengganti cairan infuse
- 21) Merawat infuse
- 22) Memasang infuse

- 23) Melepas infus
- 24) Melakukan transfuse darah
- 25) Merawat luka
- 26) Memasang *syringe pump*
- 27) Memberikan oksigen
- 28) Membantu pasien dalam eliminasi fekal dan urin (BAB dan BAK)
- 29) Mengganti sprei kotor denga pasien berada di tempat tidur
- 30) Mengukur *vital sign*
- 31) Membagi dan memberi obat oral
- 32) Melakukan injeksi
- 33) Memberikan obat *suppositoria*
- 34) Mengambil sampel darah
- 35) Memberikan makan dan minum persone
- 36) Memberi kompres hangat
- 37) Menyiapkan dan memberi huknah
- 38) Memperbaiki posisi pasien
- 39) Melakukan pemeriksaan EKG
- 40) Melakukan perawatan pasien terminasi
- 41) Melakukan resusitasi jantung paru
- 42) Melakukan perawatan jenazah
- 43) Memindahkan pasien ke ruangan lain
- 44) Mengantar pasien ke kamar operasiMengantar pasien ke ruang hemodialisa
- 45) Mencuci tangan

46) Memberikan *informed consent*

**B. Kegiatan tidak langsung**

- 1) Mengisi papan status
- 2) Melipat kassa
- 3) Melakukan sterilitas dan menyimpan alat-alat kesehatan
- 4) Melakukan timbang terima
- 5) Membaca buku laporan
- 6) Melihat rekam medis pasien
- 7) Menulis dokumentasi keperawatan
- 8) Membuat laporan masalah
- 9) Menyiapkan buku vital sign
- 10) Menyiapkan buku injeksi pasien
- 11) Menerima telepon dari ruangan lain
- 12) Menghubungi dokter dan ruangan lain
- 13) Mengantar visite dokter
- 14) Melakukan kolaborasi dengan dokter
- 15) Melakukan diskusi tentang kondisi pasien
- 16) Menyiapkan alat-alat
- 17) Menyiapkan dan memberi semprit glyserin
- 18) Menulis laporan kematian
- 19) Melengkapi dan merapikan rekam medis pasien
- 20) Melakukan kewaspadaan *universal precaution*
- 21) Membuat kapas injeksi
- 22) Merapikan dan membersihkan alat-alat

- 23) Menyiapkan kamar untuk pasien baru
- 24) Membersihkan lingkungan
- 25) Mengambil obat ke apotek depo
- 26) Membawa bahan lab pasien ke lab
- 27) Mengisi blanko permintaan lab

### **C. Kegiatan administrasi**

- 1) Pendataan pasien baru
- 2) Membuat inventarisasi obat
- 3) Membuat inventarisasi alat kesehatan
- 4) Membuat laporan dinas
- 5) Memasukkan data ke computer
- 6) Menyiapkan pasien yang akan pulang
- 7) Melakukan dokumentasi administrasi
- 8) Memasukkan data pasien ke system billing
- 9) Memeriksa kelengkapan kartu instruksi obat

## **2. Kegiatan non produktif**

### **A. Kegiatan pribadi**

- 1) Shalat
- 2) Mandi
- 3) Menelepon atau menerima telepon dari keluarga atau diluar kepentingan dinas
- 4) Makan dan minum

### **B. Kegiatan sela waktu**

- 1) Duduk-duduk

- 2) Bercakap-cakap
- 3) Menonton televisi

#### 2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja

Menurut Swasiburg (1993) beban kerja dipengaruhi oleh:

1. Kurangnya tenaga perawat
2. Terjadinya peningkatan usia harapan hidup lebih dari 65 tahun yang merupakan konsumen utama pelayanan keperawatan. Tenaga keperawatan menurun pada saat konsumen klien meningkat

Menurut Samba (2000) beban kerja dipengaruhi oleh:

1. Faktor keterampilan manajemen dan pengalaman perawat
2. Faktor tingkat pendidikan perawat

Menurut Rodhal (1989) dan Manuba (2000) secara umum hubungan antara beban kerja dan kapasitas kerja dipengaruhi oleh berbagai faktor yang kompleks, yaitu faktor internal dan eksternal.

1. Beban kerja oleh karena faktor eksternal adalah beban kerja yang berasal dari luar tubuh pekerja, antara lain:

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

- 1) Bersifat fisik, seperti: tempat kerja, tata ruang tempat kerja, alat dan sarana kerja, kondisi atau medan kerja, sikap kerja, alat bantu kerja, dll.
- 2) Bersifat mental, seperti: kompleksitas pekerjaan atau tingkat kesulitan pekerjaan mempengaruhi tingkat emosi pekerja, tanggung jawab terhadap pekerjaan.



- b) Organisasi kerja, yang dapat mempengaruhi beban kerja seperti: lamanya waktu kerja, waktu istirahat, kerja bergilir, model struktur organisasi, pelimpahan tugas wewenang.
  - c) Lingkungan kerja, yang dapat memberikan beban kerja tambahan kepada pekerja antara lain:
    - 1) Lingkungan fisik: suhu udara, kelembapan udara, kecepatan angin, suhu radiasi, penerangan, kebisingan, tekanan udara.
    - 2) Lingkungan kimiawi: debu, gas pencemar udara.
    - 3) Lingkungan psikologis: pemilihan dan penempatan tenaga kerja, hubungan antar pekerja.
2. Beban kerja oleh karena faktor internal

Beban kerja oleh karena faktor internal adalah beban kerja yang berasal dalam tubuh itu sendiri sebagai akibat adanya reaksi dari beban kerja eksternal. Reaksi tubuh tersebut dikenal sebagai strain. Berat ringannya strain dapat dinilai baik secara obyektif maupun subyektif. Penilaian secara obyektif yaitu melalui reaksi fisiologi, sedangkan penilaian secara subyektif dapat dilakukan melalui perubahan reaksi psikologi dan perubahan perilaku. Karena strain secara subyektif berkaitan erat dengan harapan, keinginan, kepuasan dan penilaian subyektif lainnya. Secara lebih ringkas faktor internal meliputi:

- a) Faktor somatik, seperti jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, kondisi kesehatan, status gizi.
- b) Faktor psikis, seperti persepsi, kepercayaan, keinginan, kepuasan.

#### 2.4.4 Pengukuran Beban Kerja

Untuk mengetahui beban kerja, suatu pekerjaan dapat dilakukan pengukuran kerja. Pengukuran beban kerja adalah penerapan tehnik yang dirancang untuk menetapkan bagi seorang pekerja yang memenuhi syarat untuk menyelesaikan suatu pekerjaan tertentu. Pendekatan-pendekatan yang dapat digunakan untuk mengukur beban kerja perawat antara lain :

1. *Work sampling*

Teknik ini untuk melihat beban kerja personil pada suatu unit, bidang, ataupun jenis tenaga kerja tertentu. Pada pendekatan worksampling dapat diamati:

- a) Aktivitas apa yang sedang dilakukan personil pada waktu jam kerja
- b) Apakah aktivitas personil berkaitan dengan fungsi dan tugas pada waktu jam kerja
- c) Proporsi waktu kerja untuk kegiatan produktif/ kegiatan langsung atau tidak produktif/ kegiatan tidak langsung.
- d) Pola beban kerja personil dikaitkan dengan waktu dan skedul jam kerja

Untuk mendapatkan informasi tersebut dilakukan survey terhadap personil tertentu. Pada *work sampling* yang menjadi pengamatan adalah aktivitas keperawatan yang dilaksanakan perawat dalam menjalankan tugasnya sehari-hari di ruang kerjanya.

Langkah-langkah pengamatan beban kerja dengan metode work sampling yaitu :

- a) Ditentukan personil yang akan diteliti
- b) Bila jenis personil jumlahnya banyak dilakukan pemilihan sampel sebagai subyek yang akan diamati

- c) Membuat formulir daftar kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif atau tidak produktif dapat juga kegiatan langsung atau tidak langsung
- d) Pengamatan kegiatan perawat dilakukan dengan interval 2- 15 menit atau tergantung kebutuhan peneliti, makin pendek jarak waktu pengamatan makin banyak sampel pengamatan yang bisa diamati oleh peneliti. Personil yang
- e) diamati tidaklah penting tetapi apa yang dikerjakan yang jadi pengamatan.

## 2. *Time And Motion Studies*

Pada teknik ini peneliti mengamati dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personil yang sedang kita amati. Pelaksana pengamatan untuk pengambilan data ini haruslah seorang yang mengetahui secara benar tentang kompetensi dan fungsi. Pengamatan dapat dilakukan selama 3 shift dan pengamatan bisa dihentikan bila pengamatan telah memenuhi standar kompetensi penelitian. Menurut Barry Rander 1991 time study atau studi waktu adalah sebuah metode pengukuran waktu kerja dari suatu sampel penelitian kerja, para pekerja dan penggunaannya untuk menetapkan standar waktu kerja. Langkah-langkahnya:

- a) Mengidentifikasi jenis-jenis pekerjaan yang akan diamati
- b) Membagi jenis-jenis kerjaan yang akan diamati kedalam elemen-elemen kerja.
- c) Masing-masing elemen harus mempunyai titik awal dan titik akhir yang pasti untuk memudahkan pengukuran.
- d) Menentukan berapa kali pengukuran atau pengamatan akan dilakukan terhadap elemen-elemen kerja tersebut (berapa sampel yang diperlukan)

- e) Mengamati dan mengukur waktu tiap elemen kerja dari titik akhir sebanyak sampel yang telah ditentukan dan mencatat hasil pengukuran tersebut.
  - f) Menghitung jumlah waktu untuk pekerjaan yang telah diamati.
3. Pencatatan kegiatan sendiri (*daily log*)

*Daily log* merupakan bentuk sederhana dari *work sampling* dimana dilakukan pencatatan terhadap kegiatan dan waktu yang diperlukan untuk suatu melaksanakan suatu kegiatan. *Daily log* berbentuk seperti lembar pencatatan kegiatan harian. Penggunaan teknik ini sangat bergantung terhadap kerjasama dan kejujuran dari personil yang sedang diteliti. Peneliti membuat pedoman dan formulir isian yang dapat dipelajari dan diisi sendiri oleh subyek personil yang diteliti. Sebelum dilakukan penelitian perlu diberi penjelasan dan cara pengisian formulir. Dengan menggunakan formulir kegiatan dapat dicatat jenis kegiatan, waktu dan lamanya kegiatan dilakukan. Kegiatan didokumentasikan dalam format tabel *daily log* mulai masuk kerja sampai pulang. Hasil analisis dapat digunakan untuk melihat pola beban kerja, kapan beban kerja tinggi terjadi dalam tiap shift, serta apa saja jenis kerjaan yang membutuhkan banyak waktu. *Daily log* sangat membutuhkan kerja sama karyawan yang diteliti untuk menghasilkan perhitungan yang baik. Lama waktu mengerjakan setiap jenis pekerjaan juga penting untuk melihat frekuensi beban kerja yang diterima. Namun tetap demi menjaga subyektivitas dalam pencatatannya, perlu observasi dari peneliti untuk mengurangi bias yang ada.

*Daily log* bisa digunakan untuk mencatat kegiatan aktifitas harian kita supaya menjadi produktif, dengan bagaimana cara kita untuk mengukur

produktifitas seperti tugas dikantor dan juga sebagai catatan pribadi, seperti buku diary ; mencatat peristiwa dalam jumlah banyak dan tak terbatas, cara kerjanya;

1. Bisa dimasukkan dalam bentuk file atau format
2. Dengan menggunakan pena, kertas seperti *evernote*
3. Bisa untuk menyimpan data
4. Mengakses semua pencatatan rangkaian peristiwa, kejadian masa lalu, sekarang atau masa depan
5. *Daily log* seperti laporan ringkasan sederhana, dapat mengatur kehidupan kita
6. Bisa digunakan untuk tujuan lain, *reminder* (kertas yang ditempel diruang kerja) dengan bentuk *Sticky notes* dan *scrap books*
7. Mencatat semua hal yang bermanfaat yang kita kerjakan

Management/Diary Keeping Tools, 27 januari 2011, jam 08.45

Tabel 2.1 Perbedaan *Time Motion* dan *Study* dan *Daily Log*

<i>Time and motion study</i>	<i>Daily log</i>
Peneliti mengamati responden	Responden menuliskan sendiri kegiatan dan waktu
Lebih melelahkan dan mahal	Lebih sederhana dan murah
Kualitas kerja merupakan tujuan	Waktu dan lamanya kegiatan merupakan tujuan utama

Sumber, Ilyas, 2004

## 2.5 Konsep Dasar Perencanaan Tenaga Keperawatan

Langkah perencanaan tenaga keperawatan menurut Druckter dan Gillies (1994):

1. Mengidentifikasi bentuk dan beban pelayanan yang akan diberikan

2. Menentukan kategori perawat yang ditugaskan
3. Menentukan kategori jumlah perawat yang dibutuhkan
4. Menerima dan mengisi posisi yang ada
5. Melakukan seleksi calon yang ada
6. Menentukan tenaga perawat sesuai unit/staf
7. Memberikan tanggung jawab melaksanakan tugas pelayanan keperawatan

Cara menentukan jumlah tenaga yang dibutuhkan oleh setiap unit:

1. Rasio perawat klien disesuaikan dengan standar
2. Pendekatan teknik industri yaitu identifikasi tugas perawat dengan menganalisis alur kerja perawat (*work flow*), rata-rata frekuensi dan waktu kerja ditentukan dengan sensus klien, dihitung untuk menentukan jumlah perawat yang dibutuhkan
3. Sistem *approach staffing* atau pendekatan system ketenagaan dapat menentukan jumlah optimal sesuai ketenagaan perawat.

Hal lain yang perlu dipertimbangkan:

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

Hal-hal yang erat hubungannya dengan beban kerja khususnya pada beban kerja perawat adalah klasifikasi pasien dan jumlah tenaga perawat. Maka dari itu

perubahan tentang klasifikasi pasien dan penghitungan tenaga perawat akan dibahas juga dalam bab ini.

#### 1. Klasifikasi pasien

Klasifikasikan pasien diberlakukan sesuai ketergantungan pasien kepada perawat, sistim klasifikasi pasien dikembangkan untuk mewujudkan asuhan keperawatan yang bermutu dan efisien karena sistim ini memungkinkan bahwa asuhan atau pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan.

##### a. Manfaat sistim klasifikasi pasien

- 1) Mengukur beban kerja perawat dan jumlah yang dibutuhkan
- 2) Membantu dalam menentukan anggaran
- 3) Membantu dalam manajemen planning
- 4) Program peningkatan mutu

##### b. Jenis klasifikasi dasar pasien (Gillies, 1994)

- 1) Sistem evaluasi
  - a) Tiga atau lebih kategori pasien ditentukan untuk merefleksikan tingkat ketergantungan pasien pada perawat
  - b) Pengidentifikasian elemen perawat (elemen, sub elemen, standar waktu)
  - c) Standar waktu untuk masing – masing sub elemen harus ditentukan, disesuaikan dengan situasi fisik, tehnologi, penugasan perawat
  - d) Beberapa sistim klasifikasi menggunakan diskriptor kebutuhan hidup sehari
  - e) Setelah diskriptor diidentifikasi, perancang sistim menentukan tingkat intensitas perawat untuk masing – masing diskriptor, tingkatan ini dapat ditentukan dengan jumlah waktu yang dibutuhkan untuk setiap diskriptor.

## 2) Sistem evaluasi prototip

Sistem ini dikembangkan berdasarkan pada potensi rehabilitasi pasien. Sistem dibagi menjadi beberapa karakteristik dan setiap karakteristik menggambarkan situasi pasien tertentu

- a) Kategori 1, pasien dengan penyakit akut, sementara yang dapat pulih sempurna. Tujuan menghilangkan masalah kesehatan
- b) Kategori 2, pasien penyakit kronik, potensial kembali ke keadaan akut. Tujuan untuk mengelola penyakit kronik pasien bersama keluarga, untuk memandirikan keluarga
- c) Kategori 3, pasien dengan penyakit atau cacat kronik, tidak dapat dipulihkan, tujuan rehabilitasi terhadap fungsi maksimal dengan bantuan berkelanjutan tenaga kesehatan
- d) Kategori 4, pasien penyakit kronik tidak dapat dipertahankan di rumah tanpa bantuan tenaga kesehatan, tujuan mempertahankan fungsi maksimal dengan bantuan terus menerus
- e) Kategori 5, pasien dengan tahap terminal, tujuan mempertahankan kenyamanan dan diginitas (martabat) fase terminal

## 3) Sistem prototip yang lain

Mengklasifikasikan pasien dalam 5 kategori, yaitu:

- a) *Self care* pasien membutuhkan perawatan kurang dari 2 jam perawatan dalam sehari
- b) *Minimal care* pasien membutuhkan perawatan 2 jam dalam sehari
- c) *Moderate care* pasien membutuhkan 3,5 jam dalam sehari
- d) *Extensive care* pasien memerlukan perawatan 5 – 6 jam dalam sehari



e) *Intensive care* pasien memerlukan perawatan 7 jam dalam sehari

## 2. Perhitungan Tenaga Keperawatan

Pada dasarnya semua metoda atau formula yang telah dikembangkan untuk menghitung tenaga perawat di rumah sakit berakar pada beban kerja dan personal yang bersangkutan. Hal ini telah banyak dilakukan penelitian-penelitian di luar negeri oleh para pakar keperawatan. Analisis kebutuhan tenaga perawat harus betul-betul direncanakan dengan baik agar tidak dilakukan secara berulang-ulang karena akan membutuhkan waktu, biaya dan tenaga sehingga tidak efektif dan tidak efisien.

Ada beberapa situasi yang harus dipertimbangkan dalam kita melakukan analisis ketenagaan ini, antara lain :

1. Adanya perluasan rumah sakit sehingga berdampak pada penambahan atau perubahan tempat tidur hal ini akan berdampak pada perubahan rasio kebutuhan tenaga perawat. Apabila rumah sakit sudah merencanakan perluasan rumah sakit maka harus direncanakan pula penambahan tenaga perawat.
2. Adanya berbagai perubahan jenis pelayanan dan fasilitas rumah sakit, yang akan berdampak pada peningkatan *Bed Occupancy Rate (BOR)*, yang pada akhirnya perlu analisa situasi dan kebutuhan tenaga. Hal ini perlu diantisipasi jauh sebelumnya sehingga pelayanan bisa terlaksana dengan optimal.
3. Adanya penurunan motivasi, penurunan prestasi kerja seperti : sering tidak masuk

4. Adanya pekerja yang datang terlambat, penyelesaian pekerjaan semakin lambat. Hal ini bisa terjadi karena: pimpinan kurang memperhatikan bawahan, tidak ada reward, kerja yang ketat dan beban kerja yang berat serta tenaga yang kurang. Bila hal ini sudah terjadi maka perlu segera dilakukan analisa ketenagaan.
5. Adanya keluhan tentang pelayanan yang diterima. Apakah klien mengeluh tentang pelayanan yang diterimanya dengan mengatakan puas atau tidak puas. Biasanya klien sering mengeluh tentang tenaga keperawatan, biaya perawatan, dan fasilitas yang diterima. Apabila keluhan ini sudah teridentifikasi maka perlu dilakukn analisa ketenagaan. Keluhan ini terjadi di unit rawat jalan atau unit rawat inap.

#### Cara Menghitung Tenaga Perawat di Rumah Sakit.

##### 1. Cara *Need*

Cara ini dihitung berdasarkan kebutuhan menurut beban kerja yang diperhitungkan sendiri dan memenuhi standar profesi. Untuk menghitung seluruh kebutuhan tenaga, diperlukan terlebih dahulu gambaran tentang jenis pelayanan yang diberikan kepada klien selama di rumah sakit. Misalnya saja untuk klien yang berobat jalan, ia akan melalui/mendapatkan pelayanan, antara pembelian karcis, pemeriksaan perawat / dokter, penyuluhan, pemeriksaan laboratorium, apotik dan sebagainya. Kemudian dihitung standar waktu yang diperlukan agar pelayanan itu berjalan dengan baik. Hundgins, (1992) menggunakan standar waktu pelayanan pasien sebagai berikut :

Tabel 2.2 Standar waktu pelayanan pasien

Tugas	Lama waktu(menit) untuk pasien	
	Baru	Lama
Pendaftaran	3	4
Pemeriksaan dokter	15	11
Pemeriksaan asisten dokter	18	11
Penyuluhan	51	0
Laboratorium	5	7

Sumber : Hundgins. 1992

Contoh perhitunganya:

Rumah sakit A tipe B memberikan pelayanan kepada pasien rata-rata 500 orang perhari dimana 50% adalah pasien baru,maka seorang pimpinan keperawatan akan memperhitungkan jumlah tenaga sebagai berikut:

Tenaga yang diperlukan untuk bertugas di bagian pendaftaran adalah:

$(3+4)/2 = 3,5 \times 500/240 = 7,29$  (7 orang tenaga) jika ia bekerja dari jam 08.00 sampai jam 12.00(240 menit).

tenaga dokter yang dibutuhkan adalah :

$(15+1)/2 = 13 \times 500/180 = 36,11$  (36 orang dokter),jika ia bekerja dari jam 09.00 sampai 12.00)(180 menit)

Tenaga asisten dokter yang diperlukan adalah:

$(18+11)/2 = 14,5 \times 500/240 = 30,2$  orang(30 oarang asisten dokter),jika bekerja dari jam 08.00sampai 12.00(240 menit).

Tenaga penyuluhan yang dibutuhkan adalah:

$5/12 = 25,5 \times 500/240 = 53,13$  (53 orang tenaga penyuluhan),jika ia bekerja dari jam 08.00 sampi 12.00 (240 menit)

Tenaga laboratorium yang dibutuhkan adalah:

$(5+7)/2=6 \times 500/240 = 12,5$  (13 orang tenaga laboratorium jika ia bekerja dari jam 08.00 sampai jam 12.00 (240 menit))

## 2. Cara Douglas

Untuk pasien rawat inap, Douglas (1984) menyampaikan standar waktu pelayanan pasien rawat inap sebagai berikut :

- 1) Perawatan minimal memerlukan waktu : 1-2 jam/24 jam
- 2) Perawatan intermediet memerlukan waktu : 3-4 jam/24 jam
- 3) Perawatan maksimal/total memerlukan waktu : 5-6 jam/24 jam

Dalam penerapan sistem klasifikasi pasien dengan tiga kategori tersebut di atas adalah sebagai berikut :

a. Kategori I : *Self care*/perawatan mandiri

Kegiatan sehari-hari dapat dilakukan sendiri, penampilan secara umum baik, tidak ada reaksi emosional, pasien memerlukan orientasi waktu, tempat dan pergantian shift, tindakan pengobatan biasanya ringan dan simple.

b. Kategori II : *intermediet care*/perawatan sedang

Kegiatan sehari-hari untuk makan dibantu, mengatur posisi waktu makan memberi dorongan agar mau makan, eliminasi dan kebutuhan diri juga dibantu atau menyiapkan alat untuk ke kamar mandi. Penampilan pasien sakit sedang Tindakan perawatan pada pasien ini monitor tanda-tanda vital, periksa urine reduksi, fungsi fisiologis, status emosional, kelancaran drainage atau infus. Pasien memerlukan bantuan pendidikan kesehatan untuk support emosi 5- 10 menit/shift atau 30-60 menit/shift dengan mengobservasi side efek obat atau reaksi alergi.

c. Kategori III : *Intensive care*/perawatan total

Kebutuhan sehari-hari tidak bisa dilaksanakan sendiri, semua dibantu oleh perawat penampilan sakit berat pasien memerlukan observasi terus-menerus.

Dalam penelitian Douglas (1992) tentang jumlah tenaga perawat di rumah sakit, didapatkan jumlah perawat yang dibutuhkan pada pagi, sore dan malam tergantung pada tingkat ketergantungan pasien seperti pada table di bawah ini

Tabel 2.3 Kebutuhan Perawat Berdasarkan Klasifikasi pasien

Jumlah pasien	KLASIFIKASI PASIEN								
	Minimal			Parsial			Total		
	pagi	Siang	malam	pagi	Siang	malam	Pagi	Siang	malam
1	0,17	0,14	0,10	0,27	0,15	0,07	0,36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,20	0,54	0,30	0,14	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,30	0,81	0,45	0,21	1,08	0,90	0,60

Sumber : Hall & Douglas, (1992)

Contoh perhitungan:

Di ruang bedah RSU "Sehat" dirawat 20 orang pasien dengan kategori sebagai berikut: 5 pasien dengan perawatan minimal, 10 pasien dengan perawatan parsial dan 5 pasien dengan perawatan total. Maka kebutuhan tenaga perawatan adalah sebagai berikut:

1. untuk shift pagi:

$$\begin{aligned}
 & - 5 \text{ ps} \times 0,17 & = 0,85 \\
 & - 10 \text{ ps} \times 0,27 & = 2,70 \\
 & - 5 \text{ ps} \times 0,36 & = 1,80+ \\
 \hline
 & \text{total tenaga pagi} & = 5,35
 \end{aligned}$$

2. untuk shift siang:

$$\begin{aligned}
 & - 5 \text{ ps} \times 0,14 & = 0,70 \\
 & - 10 \text{ ps} \times 0,15 & = 1,50
 \end{aligned}$$

$$\begin{array}{r} - 5 \text{ ps} \times 0,30 \quad = 1,50+ \\ \hline \text{total tenaga siang} \quad = 5,35 \end{array}$$

3. untuk shift malam:

$$\begin{array}{r} - 5 \text{ ps} \times 0,10 \quad = 0,50 \\ - 10 \text{ ps} \times 0,07 \quad = 0,70 \\ - 5 \text{ ps} \times 0,20 \quad = 1,00+ \\ \hline \text{total tenaga malam} \quad = 2,20 \end{array}$$

Jadi jumlah tenaga yang dibutuhkan adalah:

$$5,35 + 3,70 + 2,20 = 11,25 \text{ (11 orang perawat).}$$

### **Klasifikasi Klien Berdasarkan Derajat Ketergantungan:**

#### **1. Perawatan Minimal:**

- a) Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
- b) Makan dan minum dilakukan sendiri
- c) Ambulasi dengan pengawasan
- d) Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap shift
- e) Pengobatan minimal, status psikologis stabil
- f) Persiapan prosedur memerlukan pengobatan

#### **2. Perawatan Parsial:**

- a) Kebersihan diri dibantu, makan dan minum dibantu
- b) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam sekali
- c) Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali
- d) Folly cateter intake output dicatat
- e) Klien dengan pasang infus, persiapan pengobatan memerlukan prosedur

#### **3. Perawatan total:**

- a) Segalanya diberi bantuan
- b) Posisi yang diatur, observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam

- c) Makan memerlukan NGT, intravena terapi
- d) Pemakaian suction
- e) Gelisah/ disorientasi

Penetapan jumlah klien berdasarkan derajat ketergantungan:

- a. Dilakukan satu kali sehari pada waktu yang sama dan sebaiknya dilakukan oleh perawat yang sama selama 22 hari
- b. Setiap klien dinilai berdasarkan kriteria klasifikasi klien (minimal memenuhi tiga kriteria)
- c. Kelompok klien sesuai dengan klasifikasi pada kolom yang tersedia sehingga dalam waktu satu hari dapat diketahui berapa jumlah klien yang ada dalam klasifikasi minimal, parsial dan total
- d. Bila klien hanya mempunyai satu kriteria dari klasifikasi tersebut maka klien dikelompokkan pada klasifikasi di atasnya.

Table 2.4 Jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan klasifikasi pasien

Hari ke...	Klasifikasi Klien			Rata-rata klien/hari	Jumlah Kebutuhan Perawat		
	Minimal	Parsial	Total		Pagi	Sore	Malam
1	6	2	4	12	3	2,34	1,54
2	4	3	3	10	2,57	1,91	1,21
3	3	6	3	12	3,21	2,22	1,32
4	4	5	3	12	3,11	2,21	1,35
5	6	3	2	11	2,55	1,89	1,2
6	5	7	1	13	3,1	2,05	1,19
7	7	4	1	12	2,63	1,88	1,18
8	9	3	1	13	2,7	2,01	1,31
9	5	5	3	13	3,28	2,35	1,45
10	7	3	1	11	2,36	1,73	1,11
11	3	8	2	13	3,39	2,22	1,26
12	4	9	2	15	3,83	2,51	1,43
13	6	7	3	16	3,99	2,79	1,69
14	2	10	3	15	4,12	2,68	1,5
15	7	4	4	15	3,71	2,78	1,78
16	5	9	3	16	4,36	2,95	1,73
17	6	3	4	13	3,27	2,49	1,61
18	4	6	5	15	4,1	2,96	1,82
19	6	5	5	16	4,17	3,09	1,95
20	7	4	3	14	3,35	2,48	1,58
21	6	5	4	15	3,81	2,79	1,75
22	7	4	3	14	3,35	2,48	1,58

Sumber ; MAKPS RS, 2005

Jadi rata-rata tenaga yang dibutuhkan untuk tiga shift adalah: 7 perawat.

Berarti kebutuhan untuk satu ruangan adalah 7 perawat + 1 Karu + 3

Katim + 2 cadangan = 13 perawat

### 3. Cara Demand

Cara demand adalah perhitungan jumlah tenaga menurut kegiatan yang memang nyata dilakukan oleh perawat. Menurut Tutuko (1992) setiap klien yang masuk ruang gawat darurat dibutuhkan waktu sebagai berikut:



- 1) kasus gawat darurat : 86,31 menit
- 2) kasus mendesak: 71,28 menit
- 3) kasus tidak mendesak: 33,09 menit

Hasil penelitian di rumah sakit di Filipina, menghasilkan data sebagai berikut:

Tabel 2.5 Rata-rata jam perawatan pasien per hari

Jenis Pelayanan	Rata-rata jam perawatan/ perpasien/hari
non bedah	3,4
bedah	3,5
campuran bedah dan non bedah	3,5
post partum	3,0
bayi baru lahir	2,5

Konversi kebutuhan tenaga adalah seperti pada perhitungan cara Need.

#### 4. Cara Gillies

Gillies (1989) mengemukakan rumus kebutuhan tenaga keperawatan di satu unit perawatan adalah sebagai berikut:

$$\frac{A \times B \times C}{(C-D) \times E} = \frac{F}{G} = H$$

#### Keterangan :

- A = rata-rata jumlah perawatan/pasien/hari
- B = rata-rata jumlah pasien /hari
- C= Jumlah hari/tahun
- D = Jumlah hari libur masing-masing perawat
- E = jumlah jam kerja masing-masing perawat
- F = Jumlah jam perawatan yang dibutuhkan per tahun

#### Prinsip perhitungan rumus Gillies:

Dalam memberikan pelayanan keperawatan ada tiga jenis bentuk pelayanan, yaitu:

- a. Perawatan langsung, adalah perawatan yang diberikan oleh perawat yang ada hubungan secara khusus dengan kebutuhan fisik, psikologis, dan spiritual. Berdasarkan tingkat ketergantungan pasien pada perawat maka dapat diklasifikasikan dalam empat kelompok, yaitu: self care, partial care, total care dan intensive care. Menurut Minetti Huchinson (1994) kebutuhan keperawatan langsung setiap pasien adalah empat jam perhari sedangkan untuk:
- self care dibutuhkan  $\frac{1}{2} \times 4$  jam: 2 jam
  - partial care dibutuhkan  $\frac{3}{4} \times 4$  jam : 3 jam
  - total care dibutuhkan  $1 - 1\frac{1}{2} \times 4$  jam: 4-6 jam
  - intensive care dibutuhkan  $2 \times 4$  jam: 8 jam
- b. Perawatan tak langsung, meliputi kegiatan-kegiatan membuat rencana perawatan, memasang/ menyiapkan alat, konsultasi dengan anggota tim, menulis dan membaca catatan kesehatan, melaporkan kondisi pasien. Dari hasil penelitian RS Graha Detroit (Gillies, 1989, h 245) = 38 menit/ klien/ hari, sedangkan menurut Wolfe dan Young (Gillies, 1989, h. 245) = 60 menit/ klien/ hari dan penelitian di Rumah Sakit John Hpokins dibutuhkan 60 menit/ pasien (Gillies, 1994)
- c. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien meliputi: aktifitas, pengobatan serta tindak lanjut pengobatan. Menurut Mayer dalam Gillies (1994), waktu yang dibutuhkan untuk pendidikan kesehatan ialah 15 menit/ klien/ hari. Rata-rata klien per hari adalah jumlah klien yang dirawat di suatu unit berdasarkan rata-ratanya atau menurut "*Bed Occupancy Rate*" (BOR) dengan rumus:

Jumlah hari perawatan rumah sakit dalam waktu tertentu x 100%

Jumlah tempat tertentu x 365

Jumlah hari pertahun, yaitu 365 hari

Hari libur masing-masing perawat pertahun, yaitu 128 hari, hari minggu = 52 hari dan hari sabtu = 52 hari. Untuk hari sabtu tergantung kebijakan RS setempat, kalau ini merupakan hari libur maka harus diperhitungkan, begitu juga sebaliknya, hari libur nasional = 12 hari dan cuti tahunan = 12 hari.

Jumlah jam kerja tiap perawat adalah 40 jam per minggu (kalau hari kerja efektif 5 hari maka  $40/5 = 8$  jam, jika hari kerja efektif 6 hari per minggu maka  $40/6$  jam = 6,6 jam perhari)

Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan di satu unit harus ditambah 20% (untuk antisiapasi kekurangan/ cadangan)

**Contoh perhitungannya:**

Dari hasil observasi dan sensus harian selama enam bulan di sebuah rumah sakit A yang berkapasitas tempat tidur 20 tempat tidur, didapatkan jumlah rata-rata klien yang dirawat (BOR) 15 orang perhari. Kriteria klien yang dirawat tersebut adalah 5 orang dapat melakukan perawatan mandiri, 5 orang perlu diberikan perawatan sebagian, dan 5 orang lainnya harus diberikan perawatan total. Tingkat pendidikan perawat yaitu, SPK dan D III Keperawatan. Hari kerja efektif adalah 6 hari perminggu. Berdasarkan situasi tersebut maka dapat dihitung jumlah kebutuhan tenaga perawat di ruang tersebut adalah sebagai berikut

a. Menentukan terlebih dahulu jam keperawatan yang dibutuhkan klien perhari, yaitu:

keperawatan langsung

keperawatan mandiri 5 orang klien:  $5 \times 2 \text{ jam} = 10 \text{ jam}$

keperawatan parsial 5 orang klien:  $5 \times 3 \text{ jam} = 15 \text{ jam}$

keperawatan total 5 orang klien:  $5 \times 6 \text{ jam} = 30 \text{ jam}$

keperawatan tidak langsung 15 orang klien :  $5 \times 1 \text{ jam} = 15 \text{ jam}$

penyuluhan kesehatan 15 orang klien:  $15 \times 0,25 \text{ jam} = \underline{3,75 \text{ jam}}$

total jam keperawatan secara keseluruhan  $73,75 \text{ jam}$

b. Menentukan jumlah jam keperawatan per klien per hari

total jam keperawatan secara keseluruhan / jumlah klien

$73,75 \text{ jam} / 15 \text{ klien} = 4,9 \text{ jam}$

d. Menentukan jumlah kebutuhan tenaga keperawatan pada ruangan tersebut adalah dengan menggunakan rumus (Gillies, 1989) diatas, sehingga didapatkan hasil sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah waktu tindakan keperawatan yang dibutuhkan klien per hari} \times \text{rata-rata klien x jumlah hari per tahun per hari}}{(\text{jumlah hari pertahun} - \text{hari libur perawat}) \times \text{jumlah jam kerja perawat 1 shift}} =$$

$$\frac{4,9 \text{ jam/klien/hari} \times 15 \text{ klien/hari} \times 365 \text{ hari}}{(365 \text{ hari} - 128 \text{ hari}) \times 7 \text{ jam}} = 16,17 \text{ orang (16 orang)}$$

d. Menentukan jumlah kebutuhan tenaga keperawatan yang dibutuhkan perhari, yaitu:

Rata klien/hari x rata jam perawatan/hari = 15org x 4,9 jam

Jumlah jam kerja/ hari

7 jam

= 10,5 orang (11 orang)

e. Menentukan jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan per shift, yaitu dengan ketentuan menurut Warstler (dalam Swansburg, 1990). Proporsi dinas pagi 47%, sore 36%, dan malam 17%. Maka pada kondisi di atas jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan per shift adalah:

shift pagi: 5,17 orang (5 orang)

shift sore: 3,96 orang (4 orang)

shift malam: 1,87 orang (2 orang)

f. Kombinasi jumlah tenaga menurut Intermountain Health Care Inc. adalah:

58% = 6,38 (6 orang) S I keperawatan

26% = 2,86 (3 orang) D III keperawatan

16% = 1,76 (2 orang) SPK

Kombinasi menurut Abdallah dan Levinne adalah:

55% = 6,05 (6 orang) tenaga professional

45% = 4,95 (5 orang) tenaga non professional

##### 5. Cara Swansburg (1999)

Swansburg merumuskan cara penghitungan sebagai berikut:

Jumlah rata-rata pasien/ hari x jumlah perawat/ pasien/ hari  
Jam kerja/ hari

**Contoh:** Pada rumah sakit A, jumlah tempat tidur pada unit Bedah 20 buah, rata-rata pasien perhari 15 orang, jumlah jam perawatan 5 jam/ pasien/ hari, dan jam kerja 7 jam/hari.

**Cara menghitung:**

Jumlah perawat yang dibutuhkan adalah:

Jumlah shift dalam seminggu:  $11 \times 7 = 77$  shift

Bila jumlah perawat sama setiap hari dengan 6 hari kerja/ minggu dan 7 jam/ hari

maka jumlah perawat yang dibuthkan =  $77 : 6 = 12,83$  atau 13 orang.

**5. Metoda Formulasi Nina**

Nina (1990) menggunakan lima tahapan dalam menghitung kebutuhan tenaga. Contoh penghitungannya:

Hasil observasi terhadap RS A yang berkapasitas 300 tempat tidur, didapatkan jumlah rata-rata klien yang dirawat (BOR) 60 %, sedangkan rata-rata jam perawatan adalah 4 jam perhari. Berdasarkan situasi tersebut maka dapat dihitung jumlah kebutuhan tenaga perawat di ruang tersebut adalah sbb:

**Tahap I**

Dihitung A = jumlah jam perawatan klien dalam 24 jam per klien. Dari contoh diatas  $A = 4$  jam/ har

**Tahap II**

Dihitung B= jumlah rata-erata jam perawatan untuk sekuruh klien dalam satu hari.

$$B = A \times \text{tempat tidur} = 4 \times 300 = 1200$$

**Tahap III**

Dihitung C= jumlah jam perawatan seluruh klien selama setahun.

$$C = B \times 365 \text{ hari} = 1200 \times 365 = 438000 \text{ jam}$$

Tahap IV

Dihitung D = jumlah perkiraan realistis jam perawatan yang dibutuhkan selama setahun

$$D = C \times \text{BOR} / 80 = 438000 \times 180 / 80 = 985500$$

Nilai 180 adalah BOR total dari 300 klien, dimana  $60\% \times 300 = 180$ .

Sedangkan 80 adalah nilai tetap untuk perkiraan realistis jam perawatan.

Tahap V

Didapat E = jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan.

$$E = 985500 / 1878 = 524,76 \text{ (525 orang)}$$

Angka 1878 didapat dari hari efektif pertahun ( $365 - 52 \text{ hari minggu} = 313 \text{ hari}$ ) dan dikalikan dengan jam kerja efektif perhari (6 jam)

## 6. Metoda hasil Lokakarya Keperawatan

Menurut hasil lokakarya keperawatan (Depkes RI 1989), rumusan yang dapat digunakan untuk perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jam perawatan } 24 \text{ jam} \times 7 \text{ (tempat tidur} \times \text{BOR)} + 25\%}{\text{Hari kerja efektif} \times 40 \text{ jam}}$$

Prinsip perhitungan rumus ini adalah sama dengan rumus dari Gillies (1989) diatas, tetapi ada penambahan pada rumus ini yaitu 25% untuk penyesuaian (sedangkan angka 7 pada rumus tersebut adalah jumlah hari selama satu minggu).

## 8. Standar Ketenagaan Perawat dan Bidan di Rumah Sakit

Pedoman cara perhitungan kebutuhan tenaga perawat dan bidan menurut direktorat pelayanan keperawatan Dirjen Yan-Med Depkes RI (2001) dengan memperhatikan unit kerja yang ada pada masing-masing rumah sakit. Model pendekatan yang digunakan adalah sebagai berikut:

a. Rawat inap

Yaitu berdasarkan klasifikasi pasien cara perhitungannya berdasarkan:

tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus

rata-rata pasien per hari

jumlah perawatan yang diperlukan / hari / pasien

jam perawatan yang diperlukan/ ruanagan / hari

jam kerja efektif tiap perawat atau bidan 7 jam per hari

Tabel 2.6 Rata-rata Jam Perawatan Pasien perhari Berdasarkan Kategori Pasien

No	Jenis kategori	Jumlah pasien	Rata-rata perawatan pasien/hari	Jumlah jam perawatan/hari (c x d)
1	Pasien p.dalam	10	3,5	35
2	Pasien bedah	8	4	32
3	Pasien gawat	1	10	10
4	Pasien anak	3	4,5	13,5
5	Pasien kebidanan	1	2,5	2,5
	Jumlah	23		93,0

Sumber : Departemen Kesehatan, 2002

Keterangan :

berdasarkan penelitian dari luar negeri

Jadi jumlah tenaga keperawatan yang diperlukan adalah:

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan}}{\text{Jam kerja efektif per shift}} = \frac{93}{7} = 13 \text{ perawat}$$



Untuk penghitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah (factor koreksi) dengan :

Hari libur/ cuti/ hari besar (loss day):

$$\frac{\text{Jumlah hari minggu dalam 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar} \times \text{jumlah perawat tersedia}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}}$$

$$\frac{52 + 12 + 14 \times 13}{286} = 3,5$$

Perawat atau bidan yang menjejakan tugas-tugas non-profesi (non-nursing jobs), seperti: membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien, dll. Diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan.

$$(\text{Jumlah tenaga perawat} + \text{loss day}) \times 25\% = (13 + 3,5) \times 25\% = 4,1$$

Jadi jumlah tenaga yang diperlukan = tenaga yang tersedia + factor koreksi  
 $= 13 + 3,5 + 4,1 = 20,6$  (dibulatkan menjadi 21 orang perawat/ bidan)

Penghitungan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien dengan mengklasifikasikan berdasarkan pada kebutuhan terhadap asuhan keperawatan/

asuhan kebidanan, meliputi:

- a. asuhan keperawatan minimal
- b. asuhan keperawatan sedang
- c. asuhan keperawatan agak berat
- d. asuhan keperawatan maksimal

Tabel 2.7 Contoh Perhitungan Kebutuhan Perawat Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien

No	Kategori*	Rata-rata jml pasien/ hari	Jml jam perawat/ hari**	Jml jam perawatan ruangan/ hari (c x d)
1	Askep Minimal	7	2,00	14,00
2	Askep sedang	7	3,08	21,56
3	Askep agak berat	11	4,15	45,65
4	Askep maksimal	1	6,16	6,16
Jumlah		26		87,37

Sumber : Departemen Kesehatan , 2002

Keterangan:

\* : uraian ada pada model Gillies di halaman depan

\*\* : berdasarkan penelitian di luar negeri

Jumlah perawat yang dibutuhkan adalah:

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan ruangan/ hari}}{\text{Jam kerja efektif perawat}} = \frac{87,37}{7} = 12,5 \text{ perawat}$$

ditambah (faktor koreksi) dengan :

loss day:

$$\frac{52 + 12 + 14 \times 12,5}{286} = 3,4$$

non-nursing jobs: (Jumlah tenaga perawat + loss day) x 25% =

$$(12,5 + 3,4) \times 25\% = 3,9$$

Jadi jumlah tenaga yang diperlukan:

tenaga yang tersedia + factor koreksi

$$= 12,5 + 3,4 + 3,9 = 19,8 \text{ (dibulatkan menjadi 20 orang perawat/ bidan)}$$

b. Jumlah tenaga untuk kamar operasi

Dasar penghitungan tenaga di kamar operasi :

Jumlah dan jenis operasi

Jumlah kamar operasi

Pemakaian kamar operasi (diprediksi 6 jam perhari) pada hari kerja

Tugas perawat di kamar operasi: instrumentator, perawat sirkulasi (2 orang/ tim)

Tingkat ketergantungan pasien:

Operasi besar: 5 jam/ operasi

Operasi sedang: 2 jam/ operasi

Operasi kecil: 1 jam / operasi

(Jml. Jam perawatan/ hari x jml. Operasi) x jml perawat dlm tim x 2 jam kerja efektif/ hari

Contoh kasus:

Dalam satu rumah sakit terdapat 30 operasi perhari, dengan perincian:

operasi besar: 6 orang; operasi sedang: 15 orang; operasi kecil: 9 orang

cara penghitungan:

$$\frac{\{(6 \times 5 \text{ jam}) + (15 \times 2) + (9 \times 1)\}}{7 \text{ jam}} \times 2 = 19,71 + 1 \text{ (perawat cadangan inti)}$$

c. Di Ruang Penerimaan

Ketergantungan pasien di ruang penerimaan : 15 menit

Ketergantungan di RR: 1 jam

$$\frac{1,15 \times 30}{7} = 4,92 \text{ orang (dibulatkan 5 orang)}$$

Perhitungan diatas dengan kondisi: alat tenun dan set operasi dipersiapkan oleh CSSD

d. Jumlah tenaga di Instalasi Gawat Darurat

Dasar perhitungan di gawat darurat adalah:

rata-rata jumlah pasien perhari

Jumlah jam perawatan perhari

Jam efektif perhari

Contoh kasus:

rata-rata jumlah pasien perhari = 50

jumlah jam perawatan perhari = 4 jam

Jam efektif perhari = 7 jam

Jadi kebutuhan tenaga perawat di IGD:

$$\frac{50 \times 4}{7 \text{ orang}} = 28,6 = 29 \text{ orang} + \text{loss day } \left( \frac{78 \times 29}{286} \right) = 29 \text{ orang} + 8 \text{ orang} = 37$$

e. *Critical Care*

rata-rata jumlah pasien perhari = 10

jumlah jam perawatan perhari = 12

Jadi jumlah kebutuhan tenaga perawat di *Critical Care*:

$$10 \times 12 = 17,14 = 17 \text{ orang} + \text{loss day } (78 \times 17) = 17 + 5 \text{ orang} = 22 \text{ orang}$$

f. Rawat Jalan

Jumlah pasien perhari = 100

Jumlah jam perawatan perhari = 15

Jadi kebutuhan tenaga perawat di rawat jalan:

$$\frac{100 \times 15}{7 \times 60} = 4 \text{ orang} + \text{koreksi } 15\% (4 \times 15\%) = 4 \text{ orang} + 0,6 = 5 \text{ orang}$$

7 x 60

g. Kamar Bersalin

Waktu yang diperlukan untuk pertolongan persalinan mencakup kala I s.d.

kala

IV = 4 jam/ pasien

Jam efektif kerja bidan 7 jam/ hari

Rata-rata jumlah pasien setiap hari = 10 orang

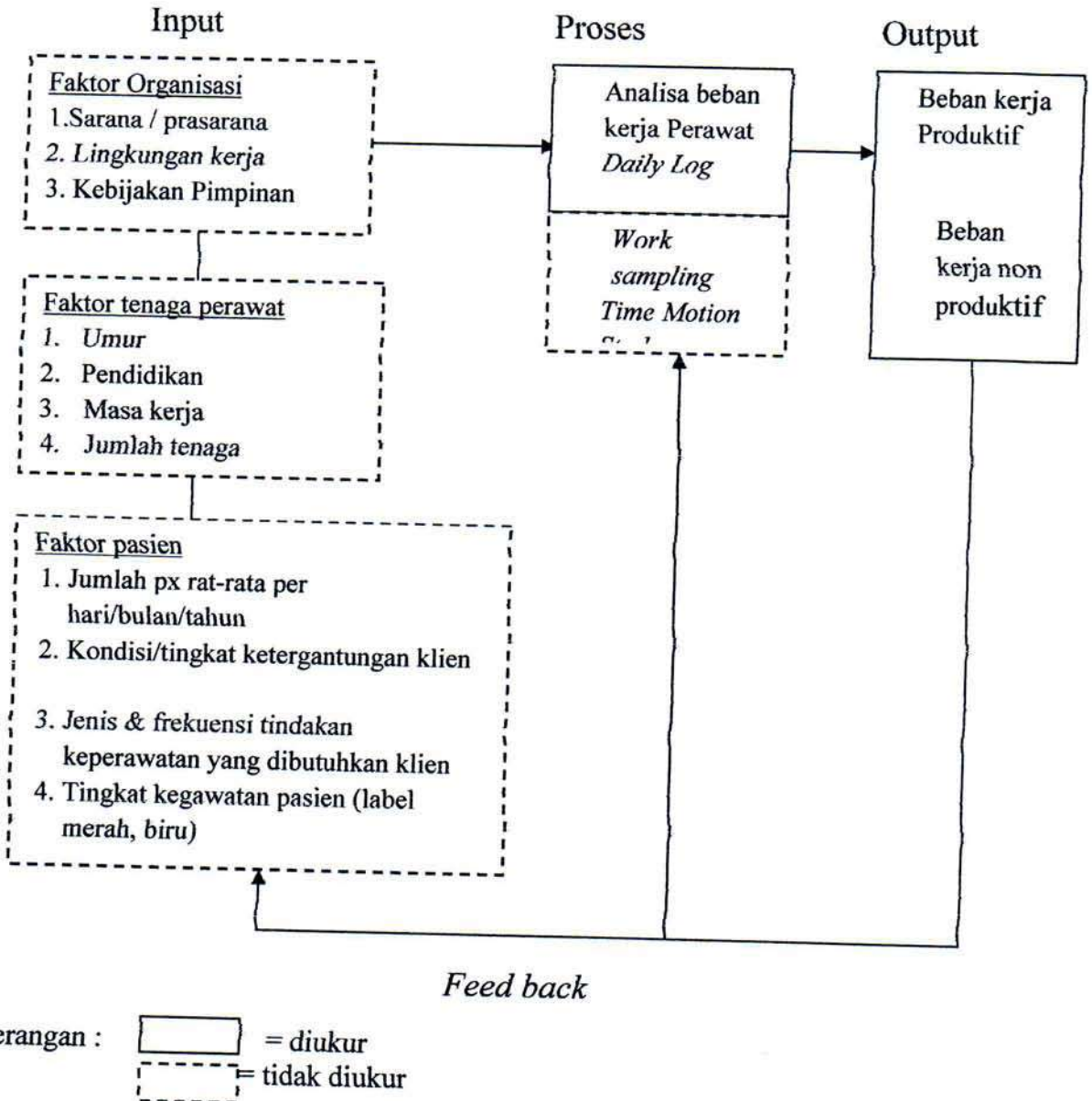
Contoh: jumlah bidan yang diperlukan adalah:

$$\frac{10 \times 4 \text{ jam}}{7 \text{ jam/hr}} = \frac{40}{7} = 5,7 = 6 \text{ orang} + \text{loss day} \left( \frac{78 \times 1,6}{286} \right) = 6 + 2 = 8 \text{ orang}$$

**BAB 3**

**KERANGKA KOSEPTUAL**

**3.1. Kerangka konsep**



Gambar 3.1 : Kerangka konseptual analisis beban kerja perawat berdasarkan teori *system* (Bernhard dan Walsh, 2000 )

Dari kerangka konseptual di atas dapat dijelaskan metode analisis beban kerja perawat. Beban kerja pada dasarnya dipengaruhi oleh :

1. Faktor organisasi

Faktor ini mempengaruhi beban kerja perawat dirumah sakit karena mencakup sarana dan prasarana, suasana lingkungan kerja.

2. Faktor tenaga perawat

Faktor ini berpengaruh langsung terhadap tingginya beban kerja perawat dilihat dari umur, pendidikan, masa kerja dan jumlah tenaga yang sangat menentukan efektifitas dan kinerja perawat.

3. Faktor pasien

Faktor pasien meliputi jumlah pasien rata-rata perhari dan tingkat kegawatan pasien berdasarkan sistem label (merah dan biru), yang sangat berpengaruh langsung pada beban kerja perawat.

Dari faktor-faktor tersebut diatas sangat berpengaruh terhadap beban kerja perawat kemudian dianalisa berdasarkan metode *daily log* yang berupa pencatatan kegiatan dan waktu yang digunakan untuk suatu kegiatan. *Daily log* yang sangat bergantung terhadap kerjasama dan kejujuran dari personil yang diteliti. Kegiatan waktu kemudian dianalisa untuk menentukan waktu kegiatan langsung (*direct care*), tidak langsung (*indirect care*), kegiatan produktif dan serta non-produktif di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Berdasarkan analisa kegiatan tersebut, maka dapat diketahui waktu kerja yang digunakan untuk menilai beban kerja yang diterima oleh perawat di instansi terkait.

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

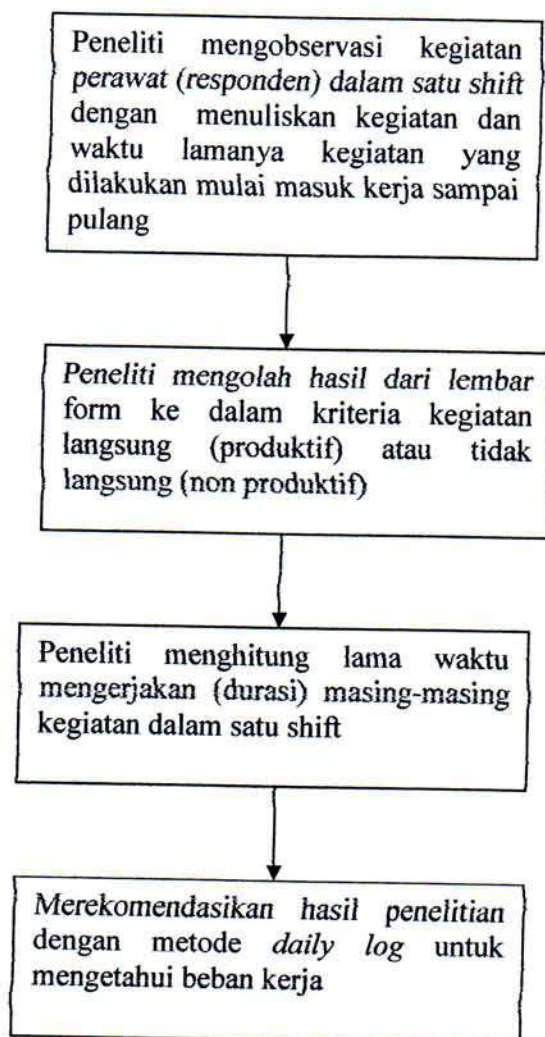
Pada bab ini akan diuraikan tentang desain penelitian, kerangka kerja penelitian, populasi sampel dan sampling, variabel penelitian, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan data, etika penelitian.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan rencana atau rancangan yang dibuat oleh peneliti sebagai strategi kegiatan yang akan dilaksanakan (Arikunto 2002). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian deskriptif eksploratif yaitu suatu penelitian yang berfungsi untuk memberi gambaran terhadap objek yang diteliti melalui data sampel atau populasi sebagaimana adanya, tanpa melakukan analisis dan membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum (Sugiyono, 2010).



## 4.2. Kerangka kerja



Gambar 4.1. : Kerangka kerja penelitian analisis beban kerja perawat menggunakan metode *daily log*

## 4.3 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling

### 4.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono 2010). Pada penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh perawat yang bertugas di IRD lantai 1 RSUD Dr. Soetomo Surabaya, yaitu 49 orang.

### 4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Apa yang dipelajari dari sampel, kesimpulannya akan dapat diberlakukan untuk populasi. Pada penelitian ini sampel diambil dari sebagian perawat yang bertugas di IRD lantai 1 RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi.

Pada penelitian ini kriteria inklusinya adalah :

1. Perawat baru dengan masa kerja lebih dari 4 bulan.
2. Perawat pelaksana yang bertugas di IRD lantai 1.
3. Perawat yang berpendidikan D3 Keperawatan.

Sedangkan kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subyek penelitian dihilangkan atau dikeluarkan karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

1. Perawat pelaksana yang menjalankan tugas belajar.
2. Perawat yang menjadi pejabat struktural.
3. Perawat yang sedang cuti.

### 4.3.3 Besar sampel

Pada penelitian ini besar sampel yang diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi didapatkan 33 orang.

### 4.3.4 Sampling

Teknik sampling adalah cara untuk menentukan sampel yang jumlahnya sesuai dengan ukuran sampel yang akan dijadikan sumber data sebenarnya, dengan memperhatikan sifat-sifat dan penyebaran populasi agar diperoleh sampel yang

representatif (Sugiyono, 2010). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling*. Jumlah sampel yang didapatkan oleh peneliti adalah 33 perawat yang bertugas di IRD lantai 1 RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### **4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu, misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005). Variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010). Variabel yang diteliti pada penelitian ini adalah beban kerja perawat.

## 4.4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Beban kerja	Aktifitas yang dilakukan Perawat pada waktu jam kerja dengan cara :  Mengukur proporsi waktu kerja untuk kegiatan produktif / kegiatan langsung dan kegiatan tidak produktif tidak langsung, mulai jam; 07,00-14.00, 14.00-21.00, 21-07.00	Beban kerja diukur berdasarkan responden terhadap beban kerja yang dirasakan dalam menyelesaikan pekerjaannya dengan menggunakan formulir penelitian diruangan IRD RSU Dr. Soetomo Surabaya yang merupakan jumlah waktu kerja kegiatan keperawatan yang berhubungan dengan pasien	formulir	Nominal	Beban kerja :  berat bila proporsi waktu yang digunakan untuk kontak dengan pasien > 90 % dari jam kerja  sedang bila proporsi waktu yang digunakan untuk kontak dengan pasien antara 70 % - 89 % dari jam kerja  Ringan bila proporsi waktu yang digunakan kontak dengan pasien < 60 % dari jam kerja  Ilyas, 2004

## 4.5 Instrumen Penelitian

Menurut Arikunto (2006), instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan formulir kegiatan Depkes RI (1998) untuk kegiatan perawat dalam melaksanakan tindakan

keperawatan, pedoman observasi yang digunakan :

1. Formulir kegiatan perawat dengan detail penggunaan waktu untuk kegiatan keperawatan produktif dan tidak produktif, yang diisi oleh peneliti berdasarkan observasi, dengan menjumlahkan waktu yang digunakan untuk kegiatan langsung dan tidak langsung pada setiap shift jaga
2. *Check list* meliputi kegiatan berdasarkan kegiatan produktif dan non produktif
3. Formulir atau *check list* direkapitulasi data harian, digunakan untuk merekapitulasi data yang dikumpulkan dari *check list* masing-masing perawat selama satu hari pengamatan diukur dengan jumlah produksi dibagi dengan waktu

#### **4.6 Lokasi dan waktu penelitian**

Penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Soetomo Surabaya lantai 1. Penelitian ini dilakukan pada bulan 31 Januari-9 Februari 2011

#### **4.7 Prosedur Pengumpulan Data**

Pengambilan data dengan menyebarkan sampel 33 responden atau perawat IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya, pada setiap jaga sebanyak 3 orang perawat setiap harinya, pada shift jaga pagi, sore dan malam. Peneliti mengamati dan mengobservasi kegiatan atau aktifitas yang dilakukan perawat tiap harinya.

Pengamatan dilakukan dengan cara, peneliti menulis setiap kegiatan atau aktivitas responden pada setiap shift, mulai dari perawat datang sampai jam pulang dengan mencatat penggunaan waktu sehari-hari. Kegiatan meliputi produktif, tidak produktif, langsung tidak langsung berdasarkan metode *Daily Log*.

#### 4.8 Analisa Data

Pelaksanaan kegiatan ini menggunakan formulir atau format kegiatan perawat, pada format kegiatan perawat, peneliti mengamati sambil menulis setiap kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk shift jaga. Sebanyak 3 orang perawat dan mencatat penggunaan waktu yang digunakan pada kegiatan produktif, non produktif. Kegiatan kedua responden atau perawat menulis sendiri kegiatan atau aktifitas sesuai dengan waktu, dan menulis setiap kegiatan yang dilakukan setiap shifnya. Format ketiga, hasil dari pengamatan dan menulis yang dilakukan responden dikrosceks dengan hasil dari peneliti untuk menghindari bias karena format *Daily log* adalah kejujuran, kegiatan perawat dikelompokkan menjadi kegiatan; produktif, tidak produktif, langsung dan tidak langsung, kegiatan administrasi, kegiatan pribadi dan sela waktu, total penggunaan waktu yang digunakan perawat dihitung tiap shift jaga pagi, siang dan malam.

#### 4.9 Etik Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Direktur, Kepala Keperawatan dan Diklat Keperawatan IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapat persetujuan kegiatan pengumpulan data bisa dilaksanakan dengan menekankan pada masalah etik antara lain :

4.9.1 *Informed consent* menjadi responden. Perawat yang memenuhi kriteria inklusi diberikan lembar pernyataan peneliti untuk bersedia menjadi responden penelitian, jika bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika subyek menolak maka peneliti tidak memaksa dan menghormati hak-hak responden.

4.9.2 mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut diberi kode tertentu.

4.9.3 *Confidentialy*: kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh peneliti.

#### 4.10 Keterbatasan

Keterbatasan merupakan kelemahan atau hambatan yang dijumpai dalam penelitian (Burn & Grove, 1991). Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti :

1. Responden pada saat melaksanakan kegiatan keperawatan langsung sering tidak memperhatikan waktu atau tidak melihat jam sehingga pada saat menulis aktifitas hasilnya tidak akurat.
2. Setiap responden hanya diamati 1 kali selama kegiatan penelitian berlangsung sehingga belum menggambarkan keseluruhan aktifitas kegiatan
3. Metode Daily Log agak sulit digunakan di ruang IRD karena tingkat aktivitas perawat cukup tinggi

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang hasil penelitian dan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian. Penyajian yang terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden dan data khusus. Gambaran umum lokasi penelitian menampilkan deskripsi mengenai IRD RSUD Soetomo Surabaya sebagai lokasi pengambilan data. Karakteristik responden penelitian ditampilkan berdasarkan usia dan masa kerja. Sedangkan data khusus meliputi kegiatan produktif yang terdiri dari kegiatan langsung, tidak langsung dan administrasi, serta kegiatan non-produktif yang terdiri dari kegiatan pribadi dan sela waktu.

#### 5.1 Hasil penelitian

##### 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya adalah Rumah Sakit tipe A terletak di jalan Mayjend Prof. DR. Moestopo no 5 - 6 Surabaya. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan untuk Wilayah Indonesia bagian Timur. Salah satu bagian pelayanan yang ada di RSUD Dr. Soetomo adalah pelayanan Gawat Darurat yang memberikn pelayanan kesehatan secara tepat, cepat, cermat dengan sistem pelayanan yang baik, serta senantiasa mengembangkan sumber daya yang ada dan berorientasi pada peningkatan mutu yang berkesinambungan. Salah satu bagian IRD yang berada di lantai 1 yaitu: *Triage* adalah Pengelompokan yang berdasarkan atas berat ringannya trauma atau penyakit serta kecepatan penanganan (PPGD, 2008). Merupakan tempat penerimaan pasien pertaa kali datang, disinilah akan



ditentukan sistem labeling : Prioritas I ; Merah ; sumbatan jalan napas, luka tusuk dada, hipotensi atau shock, perdarahan, problem kejiwaan dan combustio. Prioritas II : kuning : patah tulang besar, trauma thorak, laserasi luas dan Trauma bola mata. Prioritas III : Hijau ; Contusio, Combustio kurang dari 20%. Prioritas 0 : henting jantung, trauma kepala yang hebat. Dengan melihat kondisi kegawatan, misalnya pasien tersebut datang dengan kondisi keadaan ; ada sumbatan pada jalan napas dengan gangguan kesadaran gcs 1-1-1 maka penderita akan diberi label hitam atau biru yaitu mengancam jiwa kemudian dilarikan ke ruangan Resusitasi dan seandainya berlabel merah pasien akan diarahkan kebagian Medik atau Bedah sesuai dengan dengan surat rujukan atau kegawatan pasien.

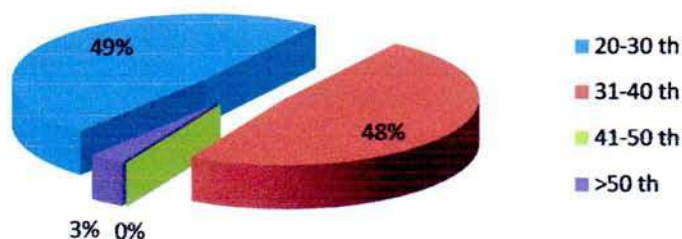
Instalasi rawat darurat terdiri dari 10 Unit Pelaksana Fungsional (UPF) dengan sejumlah perawat 1 kepala ruangan, 2 orang wakil kepala ruangan, 2 orang penanggung jawab medik dan bedah, 49 perawat pelaksana, 17 orang pekarya kesehatan dan 3 orang pembantu rumah tangga. Perawat shift pagi 8 orang, shift sore 9 orang dan dinas malam 10 orang. Jumlah kunjungan Instalasi Rawat Darurat (IRD) rata-rata 234 pasien perhari pada bulan Januari 2011, antara lain label biru sebanyak 11 orang, merah 165 orang, hijau 18 dan kuning 40 orang. Untuk penelitian ini hanya mengambil sampel 33 orang perawat.

Instalasi Rawat Darurat dikepalai oleh seorang kepala ruangan tugasnya memantau seluruh staf dalam penerapan dan pelaksanaan peraturan atau etika yang berlaku di ruang rawat darurat, mengatur pelayanan keperawatan dan kebutuhan tim dan kemampuan tenaga, membuat jadwal kegiatan (*time schedule*), memantau pelaksanaan tugas yang dibebankan dan menandatangani daftar

prestasi untuk berbagai kepentingan pegawai (Arif Ws. 2000) .dengan 2 wakil kepala yaitu: wakil kepala medik dan wakil kepala bedah yang masing-masing ruangan mempunyai penanggung jawab sendiri-sendiri, dan setiap shift mempunyai kepala tim masing-masing yang tugasnya : memberikan pelayanan keperawatan di IRD RSUD Dr. Soetomo, bertanggung jawab terhadap kepala ruangan , sedangkan tugasnya melaksanakan serah terima setiap pergantian dinas yang mencakup pasien dan peralatan , melakukan askep pasien, mengkaji keadaan pasien, membuat rencana keperawatan, melakukan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi. tim bedah dan medik, setiap shift jaga pagi terdiri dari 8 perawat pelaksana dan 2 kepala tim, 2 perawat senior, 6 perawat junior, shift siang juga sama dibentuk 2 tim bedah dan medik dengan perawat pelaksana 9 orang yang tugasnya mampu mengatasi pasien jika ada pasien syok, kejang membebaskan jalan napas, kejang , kolik, status asmatikus menghentikan pendarahan , membalut dan membidai ( Depkes, 1999) dan masing-masing shift ada 3 pekaya kesehatan yang tugasnya mengantar pasien keruangan (*transporter*).

### 5.1.2 Karakteristik responden

#### 1. Karakteristik responden berdasarkan usia

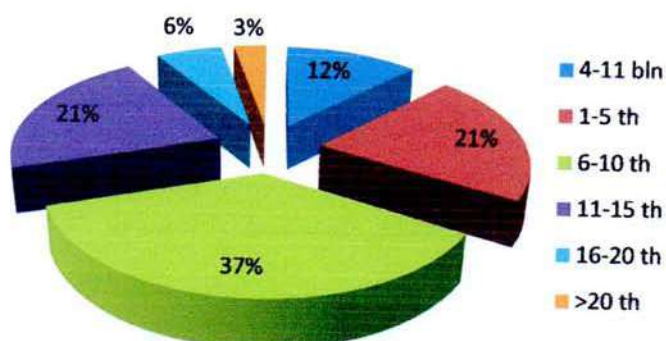


Gambar 5.1 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Soetomo Surabaya, pada tanggal 31 Januari

2010 – 9 Februari 2011.

Berdasarkan data di atas, dari total 33 responden, mayoritas responden berada pada usia produktif 20-30 tahun dan 31-40 tahun atau masing-masing sekitar 16 orang (48-49 %), sedangkan responden yang berusia di atas 50 tahun sejumlah 1 orang (3 %). Rentang usia tergolong usia produktif, karena usia berpengaruh terhadap kinerja individu dalam melaksanakan pekerjaan yang dilakukan. Usia produktif memungkinkan waktu penyelesaian lebih cepat dalam melaksanakan kegiatan keperawatan, mengingat tenaga dan kemampuan dalam menyelesaikan pekerjaan yang lebih baik dari usia non produktif (diatas 50 tahun).

## 2. Karakteristik responden berdasarkan masa kerja



Gambar 5.2 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja di Instalasi Rawat Darurat RSUD DR. Soetomo Surabaya, pada tanggal 31 Januari 2010 – 9 Februari 2011.

Berdasarkan data di atas dapat dilihat sebagian besar responden mempunyai masa kerja 6-10 tahun, yaitu sebanyak 12 orang responden atau 37% dari total responden yang ada, yang berarti mereka merupakan karyawan yang relatif lama. Sedangkan responden yang mempunyai masa kerja antara 1 s.d 5 tahun dan antara 11 s.d 15 tahun masing-masing sejumlah 7 orang (21 %), masa

kerja 4 s.d 11 bulan sebanyak 4 orang (12%), masa kerja 16 s.d 20 tahun berjumlah 2 orang dan lebih dari 20 tahun yaitu 1 orang (3%). Lamanya masa kerja dapat mengindikasikan waktu atau pengalaman yang cukup matang. Masa kerja dikaitkan dengan waktu mulai bekerja, dimana pengalaman kerja ikut menentukan kemampuan seseorang. Semakin lama masa kerja maka kecakapan akan lebih baik karena sudah bisa menyesuaikan diri dengan pekerjaannya.

## **5.2 Data Khusus**

### **5.2.1 Beban kerja perawat**

Beban kerja perawat dianalisis berdasarkan jumlah penggunaan waktu oleh perawat dalam melaksanakan kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung, kegiatan administrasi dan kegiatan pribadi dan sela waktu.

tabel 5.1 Perbandingan Jenis Kegiatan Perawat berdasarkan Waktu Dinas di IRD RSUD DR. Soetomo Surabaya, pada tanggal 31 Januari 2010 – 9 Februari 2011.

Dinas	Jenis kegiatan (menit)				
	Kegiatan Produktif		Keg. Tidak Produktif		
	Keg. Langsung	Keg. Tidak langsung	Admin	Pribadi	Sela waktu
Pagi					
Total waktu 11 responden	2.142	1.230	275	738	235
Rata-rata	194,27	111,8	25	88,3	21,4
%	46,4 %	26,6 %	6 %	16 %	5 %
Sore					
Total waktu 11 responden	2.705	855	290	590	180
Rata-rata	245,9	77,7	26,4	53,6	16,4
%	58,5%	18,5 %	6,3 %	12,8 %	3,9 %
Malam					
Total waktu 11 responden	3.155	1.663	535	822	425
Rata-rata	267,73	93,36	43,64	71,10	37,73
%	47,8 %	25,2 %	8,1 %	12,5 %	6,4 %

Pada tabel 5.1 dapat dilihat bahwa jenis kegiatan perawat berdasarkan jumlah penggunaan waktu pada dinas pagi dengan jenis kegiatan produktif langsung berkisar 194,7 menit atau kurang lebih 3 jam 15 menit atau 46,4 % dari keseluruhan total waktu dinas pagi yaitu 7 jam. Kegiatan tidak langsung selama 111,8 menit atau 1 jam 51 menit (26,6 % dari keseluruhan waktu dinas pagi), admin selama 25 menit atau (6 % dari keseluruhan waktu dinas pagi) dan kegiatan tidak produktif yaitu pribadi 88,3 menit (16 %) dan sela waktu 21,4 menit (5 %). Sedangkan jenis kegiatan perawat pada dinas sore dengan kegiatan produktif antara lain kegiatan langsung rata-rata 245,9 menit atau 4 jam 6 menit (58,5 % dari total waktu dinas sore yaitu 7 jam) dan kegiatan tidak langsung 77 menit (18,5% dari total waktu dinas sore), admin rata-rata 26,4 menit (6,3 %) dan

kegiatan tidak produktif antara lain kegiatan pribadi yaitu selama 53,6 menit (12,8%) dan sela waktu 16,4 menit (3,9%) Pada dinas malam jenis kegiatan perawat yaitu kegiatan produktif antara lain kegiatan langsung selama 267,73 menit atau 4 jam 28 menit (47,8 % dari total waktu dinas malam yaitu 10 jam) dan kegiatan tidak langsung selama 93,36 menit (25,2%), admin selama 43,6 menit (8,1 %) dan kegiatan tidak produktif yang terdiri dari kegiatan pribadi selama 71 menit (12,5%) dan sela waktu selama 37,73 menit (6,4%).

Tabel 5.2 Klasifikasi Beban Kerja Perawat berdasarkan Jenis Kegiatan dan Waktu Kegiatan Keperawatan di IRD RSUD. Soetomo Surabaya, pada tanggal 31 Januari 2010 – 9 Februari 2011.

Dinas	Kegiatan Produktif (menit)	Kegiatan Produktif (%)	Kegiatan tidak produktif (menit)	Kegiatan tidak produktif (%)	Beban kerja
Pagi	331	78,9%	109,7	5,2 %	Ringan
Sore	350	83,3%	70	16,7%	Sedang
Malam	404,73	81,1%	108,83	18,9%	Sedang

Pada tabel 5.2 dapat dilihat perbandingan jenis kegiatan perawat berdasarkan dinas pagi, sore dan malam dengan kegiatan produktif dan kegiatan tidak produktif dari total perawat sebanyak 33 orang yaitu masing-masing dinas pagi 11 orang perawat, sore 11 orang perawat dan dinas malam 11 orang perawat. Pada dinas pagi perawat melakukan kegiatan produktif rata-rata selama 331 menit atau 5 jam 30 menit (78,9 % dari total waktu dinas) dan kegiatan tidak produktif 109 menit atau 1 jam 49 menit (5,2% total waktu dinas), dinas sore perawat melakukan kegiatan produktif sebanyak 350 menit atau 5 jam 49 menit (83,3 %) dan kegiatan tidak produktif 70 menit (16,7%), sedangkan pada dinas

malam perawat melakukan kegiatan produktif 404,73 menit atau 6 jam 44 menit (81,1 %) dan kegiatan tidak produktif dengan waktu 108,8 menit (18,9%).

### 5.3 Pembahasan

Setelah dilakukan analisis data dan melihat hasilnya maka ada beberapa hal yang akan dibahas yaitu : kegiatan Perawat *direct* dan *indirect* di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa pada dinas pagi perawat melakukan kegiatan produktif rata-rata 331 menit atau 5 jam 30 menit, dinas sore perawat melakukan kegiatan produktif 350 menit atau 5 jam 49 menit, sedangkan dinas malam perawat melakukan kegiatan produktif 404,73 menit atau 6 jam 44. Sedangkan waktu non produktif yang dilakukan perawat IRD berkisar 109 menit atau 1 jam 49 menit pada dinas pagi, 70 menit pada dinas sore, dan 108,8 menit pada dinas malam.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Beban kerja yang dimiliki sudah sesuai dan seimbang yaitu pada dinas sore (83,3%) dan malam hari (81,1%), sedangkan pagi (78,9%), pasien yang datang ke IRD kebanyakan pada malam hari karena pagi hari kalau pasiennya tidak ada emergensinya disarankan ke poliklinik, tetapi kalau sore dan malam hari perawat atau dokter tidak boleh menolak pasien (Berita IRD, 2000), sehingga pasien lebih banyak yang berobat pada sore dan malam hari karena tidak mungkin ditolak, sehingga di *triage*, banyak pasien yang kondisi kegawatannya tidak ada, berlabel kuning. Peran perawat sebagai pelaksana dituntut untuk mampu mengenal klasifikasi penyakit, dan mampu mengatasi, alur pasien di IRD sangat penting karena lebih spesifik, seperti contoh berikut : pasien yang datang ke IRD

baik rujukan atau tidak, harus mendaftar terlebih dahulu di loket pendaftaran, setelah dilayani ke bagian *triage* dievaluasi oleh Dokter jaga IRD untuk menentukan tingkat kegawatan serta kondisi pasien, seandainya berlabel merah akan dikonsulkan oleh dokter *triage* ke bagian medik atau bedah, status diberikan oleh perawat yang jaga medik. Dokter muda menganamnesa, perawat melakukan observasi, pasang infuse, mengambil contoh darah, melakukan injeksi, dan mnengantarkan foto ke Radiologi, setelah selesai keluarga pasien menunggu hasilnya lebih kurang 2 jam. Selain itu setiap pasien yang datang ke IRD harus melalui *triage* karena merupakan pintu utama, kecuali kondisi atau keadaan umum jelek atau kesadaran menurun, maka sebagai perawat, harus tanggap dan cekatan jika ada pasien yang jelek atau melihat kondisi pasien, misalnya : pasien datang dengan kesadaran menurun, disinilah peran perawat sebagai pelaksana (*care giver*) harus diterapkan dalam memberikan pelayanan gawat darurat yang lebih baik atau prima sangat dibutuhkan karena kasus gawat darurat semakin meningkat dengan adanya kemajuan iptek dan kesadaran masyarakat serta pengetahuan yang memerlukan pertolongan segera cepat dan aman (Arif Wr, 2009) ; apa yang harus kita lakukan bila kita sebagai perawat melihat kondisi pasien tersebut. Tindakan pertama yang diberikan oksigen masker 8-9 l/mnt., sambil melakukan tindakan keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan, menyiapkan tindakan kegiatan keperawatan langsung ( direct), pasang infuse dan mengambil contoh darah, injeksi intravena, merawat luka, kegiatan keperawatan langsung berbeda dengan pasien anak dan dewasa, pasien anak membutuhkan waktu yang lebih banyak dari pada pasien dewasa, apalagi kalau pasien anak mengalami diare kronis bisa membutuhkan waktu 3 jam atau



lebih untuk kegiatan langsung, waktu produktif adalah waktu yang digunakan oleh perawat untuk melakukan tindakan keperawatan langsung kepada pasien (Ilyas, 2000). Karena perawat orang yang terdekat dengan pasien harus bisa mengetahui perkembangan pasien saat dirawat, tanda-tanda kegawatan, mampu mengenal gejala dan pertolongan sebelum dokter datang (Arif Wr, 2009). Peran perawat sebagai pelaksana (*care giver*), pelindung pasien (*advocate*), sebagai pendidik, koordinator, kolaborator dan sebagai konsultan . Kemampuan peran perawat Gawat Darurat merupakan pedoman kerja perawat yang mampu mengatasi pasien :syok, gawat nafas, gagal jantung, koma, kolik, status asmatikus, perdarahan dan nyeri daerah panggul (Depkes, 1999). Menurut Sedarmayanti (2001) kinerja dipengaruhi ketrampilan pada aspek tertentu yaitu apabila perawat semakin terampil , maka akan lebih mampu bekerja dengan menggunakan fasilitas yang baik.

Sedangkan kegiatan keperawatan tidak langsung rata-rata dinas pagi 111,8 menit atau 1 jam 86 menit , dinas sore 77,7 menit atau 1 jam 3 menit. Kegiatan keperawatan tidak langsung : kegiatan yang dilaksanakan tidak langsung pada pasien tetapi berhubungan dengan persiapan atau kegiatan melengkapi asuhan keperawatan. Kegiatannya adalah : mendokumentasikan hasil pengkajian status keperawatan, membuat diagnose keperawatan, melakukan kolaborasi dengan dokter, melakukan timbang terima, melakukan kewaspadaan universal precaution, membuat laporan dinas (Diklat, 2010). Sedangkan kegiatan administrasi membutuhkan waktu pada dinas pagi 25 menit , sore 53,6 menit dan malam 71,10 menit, yang meliputi kegiatan pendataan pasien baru, memasukkan data ke komputer, melakukan dokumentasi keperawatan, menyiapkan pasien yang

akan pulang, memberikan surat kontrol untuk ke poliklinik, memasukkan data pasien ke system billing (Ilyas, 2004).

Waktu non produktif adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan pribadi, yaitu sholat, makan, minum dan menonton tv (Depkes, 1998). Hasil penelitian diatas sudah sebanding dengan teori Ilyas (2004) yaitu waktu kerja produktif yang optimal adalah 80% dari total jam kerja dimana 20% digunakan untuk melakukan kegiatan yang non produktif.

Tenaga perawat merupakan *the caring profession* mempunyai kedudukan penting dalam menghasilkan kualitas pelayanan kesehatan dirumah sakit, karena pelayanan yang diberikan berdasarkan pendekatan bio-psiko-sosial spiritual (Depkes, 2001). Dari hasil penelitian yang dilakukan peneliti di IRD RSUD Dr. Soetomo perawat menghadapi pasien dengan berbagai macam penyakit seperti : pasien koma, pasien dengan kondisi terminal. Tugas perawat IRD dalam pemberian obat secara intensif serta tindakan penyelamatan pasien dengan kompetensi yang dimiliki perawat dapat meningkatkan kinerja dengan memberikan pelayanan yang profesional. Standar penilaian Kompetensi berdasarkan *job disk* perawat , juga berdasarkan ketrampilan yang harus dimiliki oleh perawat Instalasi Gawat Darurat berada pada level PK II dengan tingkat pendidikan D3.

Beban kerja adalah jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh sekelompok atau seseorang dalam waktu tertentu (Fridawati, 2003 : 167).

Beban kerja adalah semua faktor yang menentukan orang yang bekerja (Ruhayat, 1993). Beban kerja juga merupakan sebagian dari kapasitas kemampuan pekerja yang diberikan untuk untuk mengerjakan tugasnya (Sugiyanto, 1999).

Beban kerja berpengaruh terhadap kinerja individu dalam melaksanakan pekerjaan yang dilakukan . Beban kerja tidak hanya dilihat dari beban fisik semata akan tetapi beban kerja juga bisa berupa beban mental. Pekerja yang mempunyai beban kerja yang berlebihan akan menurunkan produktifitas dan kualitas hasil kerja dan ada kemungkinan dalam pelaksanaan pekerjaan menjadi tidak tepat waktu, kurang memuaskan dan mengakibatkan kekecewaan dengan hasil yang diharapkan (Sugiyanto, 1999).

Rumah sakit merupakan salah satu bentuk sarana kesehatan , baik yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat yang berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau kesehatan rujukan dan upaya kesehatan penunjang. Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya diharapkan senantiasa memperhatikan fungsi sosial dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Keberhasilan rumah sakit dalam menjalankan fungsinya ditandai dengan adanya mutu pelayanan prima rumah sakit, yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah sumber daya manusia (Depkes RI, 2002). Sumber daya rumah sakit yang terbesar adalah perawat yang dapat dianalisa beban kerjanya berdasarkan aspek-aspek tugas yang dijalankan menurut fungsi utamanya, jumlah pasien yang harus dirawat, kapasitas kerja sesuai dengan pendidikan yang diperoleh, serta kelengkapan fasilitas yang dapat membantu perawat dalam menyelesaikan kerja dengan baik

Beban kerja berpengaruh terhadap kinerja individu dalam Pekerja yang mempunyai beban kerja yang berlebihan akan menurunkan produktifitas dan kualitas hasil kerja, dan ada kemungkinan dalam pelaksanaan pekerjaan menjadi tidak tepat waktu, kurang memuaskan dan mengakibatkan kekecewaan dengan

hasil yang diharapkan (Sugiyanto, 1999). Para pekerja merasa bahwa beban kerja yang harus ditanggung semakin berat, artinya pekerjaan yang ditugaskan tidak sesuai dengan kemampuan untuk menyelesaikan tugas tersebut. Manusia hanya memiliki kapasitas energi yang terbatas, sebagai akibatnya jika seseorang harus mengerjakan beberapa tugas atau kegiatan dalam waktu yang bersamaan akan terjadi kompetisi prioritas antar tugas-tugas itu untuk memperebutkan energi yang terbatas (Sugiyanto, 1999). Semakin banyak tugas yang harus dikerjakan oleh seseorang itu berarti semakin berat beban kerja yang disandangnya dan semakin tidak optimal hasil yang didapatkannya. Berdasarkan teori yang dikemukakan Ruhiyat (1993) beban kerja sangat berpengaruh terhadap kinerja individu dalam melaksanakan pekerjaan yang dilakukan, beban kerja tidak hanya dilihat dari beban fisik semata akan tetapi beban kerja juga bisa berupa beban mental (Sugiyanto, 1999). Apabila para pekerja merasa beban kerja yang harus ditanggung terasa semakin berat, itu berarti pekerjaan yang ditugaskan kepada mereka tidak sesuai dengan kemampuan untuk menyelesaikan tugas tersebut. Manusia hanya memiliki kapasitas energi yang terbatas apabila dalam waktu yang bersamaan harus mengerjakan beberapa tugas akan terjadi kompetisi prioritas antar tugas-tugas tersebut (Ruhiyat, 1993). Beban kerja yang tidak berhubungan langsung dengan tugas pokok dan fungsinya sebagai perawat juga dapat memicu terjadinya kejenuhan, terutama tugas-tugas yang bersifat administratif sehingga berdampak kepada kualitas pelayanan keperawatan. Data demografi menunjukkan keseluruhan responden memiliki tingkat pendidikan ahli madya keperawatan. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang berpendidikan tinggi akan lebih rasional dan

kreatif serta terbuka dalam menerima adanya bermacam usaha pembaharuan, ia juga akan lebih dapat menyesuaikan diri terhadap berbagai perubahan (Maltis, 2000) pendidikan yang dicapai seseorang diharapkan menjadi faktor determinan produktifitas kecakapan dalam menyelesaikan pekerjaan antara lain *knowledge, skills, abilities, attitude* dan *behavior*, yang cukup dalam menjalankan aktifitas .

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disampaikan beberapa hal sebagai kesimpulan dan saran hasil penelitian tentang analisis beban kerja Perawat dengan menggunakan metode *daily log* di IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan saran yang bisa dipakai untuk pengembangan selanjutnya.

#### 6.1 Kesimpulan

1. Sebagian besar Perawat IRD RSUD Dr. Soetomo mempunyai beban kerja yang sedang pada dinas sore dan malam hari yaitu masing-masing 83,3% dan 81,1%, sedangkan pada pagi hari beban kerja sedang yaitu 79%. Dalam hal ini dikarenakan pasien lebih banyak berobat atau dirujuk ke IRD pada sore dan malam hari.
2. Berdasarkan hasil penelitian Sebagian besar Perawat IRD RSUD Dr. Soetomo lebih banyak menggunakan waktu untuk kegiatan produktif, yaitu kegiatan keperawatan langsung.

#### 6.2 Saran

1. Beban kerja perawat untuk administrasi di IRD dikurangi sehingga waktu Bisa digunakan untuk kegiatan keperawatan langsung.
- 2 Untuk mengetahui tingkat beban kerja perawat bukan hanya berdasarkan waktu produktif saja akan tetapi dapat lebih spesifik dengan penghitungan beban kerja berdasarkan penggunaan waktu untuk kegiatan keperawatan langsung.

## DAFTAR PUSTAKA

- As'ad, Moh, (2002) *Psikologi Industri: Seri Ilmu Sumber Daya Manusia*. Edisi keempat. Yogyakarta.
- Aziz, A (2003). *Riset Keperawatan dan Tehnik Penulisan Ilmiah*, Jakarta : Salemba Medika.
- Berita IRD, (2005). *Instalasi Rawat Darurat*. Penerbit Instalasi Rawat Darurat RSU Dr. Soetomo.
- Carre, Michael L, (1992) *Personel Management Of Human Resources*. Ohio: Charles E. merril publishing Company.
- Chruden, Herbert J, (1992). *Human Reorses management*. Boston : Irwin Inc.
- Departemen Kesehatan RI, (1995). *Standar Pelayanan Rumah Sakit*, Edisi 1, Jakarta
- Departemen Kesehatan Dan Kesejahteraan Sosisal. (2001). *Pedoman Kinerja Perawat Dan Bidan di Rumah Sakit Tipe C*. Jakarta.
- Diklat, (2010). *Pelatihan Analisis Kinerja Keperawatan . Menganalisis Beban kinerja Tenaga Keperawatan secara Accountable*, LPPM-UB
- Flippo, E.B.(1997) *Manajemen Personalia*. Edisi keenam Jilid 2, Alih Bahasa Moh.Masud. Jakarta, Airlangga.
- Gillies, D.A. (1982) *Nursing Management. A System Approach*. The W.B, Saunders Company.
- Handoko, T Hani, (2003) *Manajemen Sumber Daya Manusia* .Yogyakarta: BPFE
- Hani.(1989) *Manajemen Personalia dan Sumberdaya Mamusia*. BpFE.Jogyakarta.
- Harnoto,(2002). *Manajemen Sumber Daya manusia*. Edisi kedua, Jakarta : Prehalindo,.
- Hariyanto, (2007). *Konsep Dasar Keperawatan*, Penerbit Salemba Medika , Jakarta.
- Hasibuan MSP, (2000). *Manajemen Sumber Daya Mamusia Dan Kunci Keberhasilan*. Jakarta : PT.Gunung Agung
- Hom, Peter W , (1995) *Employee Turnover*. South Western Collage Publishing

- Hidayat, Alimul.(2004) *Dokumentasi proses Asuhan keperawatan*. EGC, Jakarta
- Husein Umar. *Sumberdaya Manusia Dalam Organisasi*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta. 2001.
- Ilyas, Yaslis. *Perencanaan Sumber Daya manusia Rumah Sakit*. UGM
- Ilyas, Y (2004). *Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit*. Teori dan Metoda Formula, Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, FKM UI.
- Ilyas, Y (2002), *Kinerja ; Teori, Penilaian dan Penelitian*. Jakarta ; Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, FKM UI.
- Ivancevich, John M, (1992). *Human Resources Management*. Boston : Irwin Inc
- Mangkunegara, AAAP, (2007) *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya. Hal: 117
- Musni Riza, (2000). *Menghitung Kebutuhan Tenaga Perawat di Rumah Sakit*, Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume III (9;335-337)
- Maltis, Robert (2000), *Manajemen Sumber Daya Manusia* . Salemba, Jakarta.
- Marga, I.(1999). *Hubungan Loyalitas Dengan Turnover perawat di Rumah Sakit Adi Husada kapasari*. Tesis Universitas Airlangga Surabaya.
- Martoyo, Kolonel, (1994). *Manajemen Sumber Daya manusia*, Bogor: Penerit Ghalia Indonesia
- Mobley. H. (1986.) *Pergantian Karyawan Sebab Akibat Dan Pengendaliannya*. Jakarta : PT Gramedia.
- Nitisemito, A.S.(1984) *Management Personalialia*, Ed.3. Jakarta, PT Pustaka Binaman Presindo
- Notoatmojo, S (2003) *Pengembangan Sumber Daya Manusia*, Edisi Revisi. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S.(2002) *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi. Jakarta. PT. Rineka Cipta.
- Nursalam dan Siti Pariani. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, Jakarta : Infomedika.
- Potter & Perry, (2005). *Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktek*, edisi 4, EGC. 4



- Sabarguna, Boy.S. (2004) *Sumber Daya Manusia Rumah Sakit*, Konsorsium RSI Jateng-DIY: Yogyakarta
- Saydam Gouzali, (2000) *Manajemen Sumber Daya manusia*. Jakarta: PT. Gunung Agung
- Siagian.S.P.(2002) *Manajemen Sumber Daya manusia*. Jakarta. Bumi Aksara Indonesia.
- Simamora, Henry (2002) *Sumber Daya Manusia*, Yogyakarta: Bagian penerbitan STIESTIE YKPN.
- Sugiyono (2009), *Statistika untuk penelitian*. CV. Alfa Beta: Bandung
- Sulistiyani, Ambar, (2009). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi kedua. Yogyakarta: graha Ilmu
- Suyanto, (2009). *Mengenal Kepemimpinan dan manajemen Keperawatan di Rumah Sakit*: Yogyakarta hal:18-20.
- Swanburg, RC.(2000) *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. Alih bahasa Suharyati Samba, Editor Monica Ester. Jakarta: EGC
- Sabarguna, Roy (2005). *Manajemen Pelayanan Rumah Sakit*. Rumah sakit Islam Jateng-Diy.
- Wexley, N Kenneth dan Gary A Yukl (1993) *Perilaku Organisasi dan Psikologi Personalita*. Terjemahan. Jakarta: Bina Aksara.

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SOETOMO  
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN  
JL. KARANGMENJANGAN NO.12 TELP. 5501073, 5501164 FAX. 5501072-5501164  
SURABAYA

**NOTA DINAS**

Kepada Yth : 1. Ka. Instalasi Rawat Darurat  
2.  
Dari : Kepala Bidang Litbang  
Tanggal : 7 Maret 2011  
Nomor : 070/196 /Litb/301.4.2/ III /2011  
Sifat : Penting  
Lampiran : 1 Explar  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian  
A.n Danding Koes Indriati

Menunjuk surat dari Universitas Airlangga Fakultas Keperawatan Surabaya nomor : 179/H3.1.12/PPd/2011 tanggal 21 Februari 2011 perihal pada pokok surat, dengan ini kami mohon ijin Penelitian atas nama :

*Danding Koes Indriati*  
NIM : 130915155 B

untuk dapat melaksanakan permohonan ijin Penelitian di unit kerja / bagian Saudara dengan judul :

*" Analisis Beban Kerja Perawat dengan menggunakan Metode Dayly Log Di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Soetomo Surabaya "*

Apabila dapat disetujui kami mengharapkan jawaban Saudara dalam waktu tidak terlalu lama guna proses administrasi lebih lanjut. Sebagai bahan pertimbangan Saudara, bersama ini kami lampirkan foto copy surat yang bersangkutan.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

  
Kepala Bidang Litbang  
drg. Sri Agustina A, M.Kes  
Pembina. Tk.I  
NIP. 19600813 198503 2 005

*Lampiran 1***PENJELASAN PENELITIAN**

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Danding Koes Indriati

NIM : 130915155

Adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universtas Airlangga. Saya akan melakukan penelitian dengan judul “Analisis Beban Kerja Perawat dengan Menggunakan Metode Daily Log di Instalasi rawat Darurat RSUD. Soetomo Surabaya”.

Untuk maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Bapak / Ibu / Saudara untuk ikut berpartisipasi dengan menjadi responden dalam penelitian ini. Tidak ada pemaksaan atas hal tersebut, kerahasiaan informasi dan identitas Bapak / Ibu / Saudara akan saya jaga dan jamin sepenuhnya. Apabila Bapak / Ibu / Saudara bersedia, saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan ( yang ada pada halaman selanjutnya).

Surabaya, Februari 2011

Danding Koes Indriati

NIM: 130915155

*Lampiran 2***PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah membaca dan memahami penjelasan dari peneliti, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Danding Koes Indriati, NIM: 130915155, mahasiswa PSIK FKp UNAIR dengan judul "Analisis Beban Kerja Perawat dengan Menggunakan Metode Daily Log di Instalasi rawat Darurat RSUD. Soetomo Surabaya".

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif bagi saya dan keluarga saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Surabaya, .....Februari 2011

Responden,

( ..... )

*Lampiran 3***LEMBAR KUISIONER**

Isilah tanda check (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan pertanyaan berikut :

No. Responden:

**A. Data Demografi****1. Umur**

- 1) 20 - 30 tahun  
 2) 31 - 40 tahun  
 3) 41 - 50 tahun  
 4) > 50 tahun

**2. Masa kerja saudara sampai sekarang:**

- 1) 4 - 12 bulan  
 2) 1 - 5 tahun  
 3) 6 - 10 tahun  
 4) 11-15 tahun  
 5) 16-20 tahun  
 6) > 20 tahun









## 1. REKAPITULASI DATA DEMOGRAFI

No. Resp	Dinas	Pendidikan	Umur	Masa kerja	Keterangan
1	Pagi	2	2	4	Pendidikan: 1=S1 2=D3 3=SPK  Umur: 1=20-30 th 2= 31-40 th 3= 41-50 th 4= > 50 th  Masa Kerja: 1=4-11 bulan 2= 1-5 th 3= 6-10 th 4=11-15 th 5= 16-20 th 6=> 20 th
2		2	2	3	
3		2	2	4	
4		2	1	3	
5		2	1	3	
6		2	1	3	
7		2	4	6	
8		2	2	4	
9		2	1	2	
10		2	1	2	
11		2	2	5	
1	Sore	2	2	3	
2		2	2	3	
3		2	1	2	
4		2	2	3	
5		2	2	3	
6		2	1	2	
7		2	1	1	
8		2	1	1	
9		2	2	4	
10		2	1	1	
11		2	1	2	
1	Malam	2	1	3	
2		2	1	2	
3		2	2	4	
4		2	2	3	
5		2	2	4	
6		2	1	1	
7		2	2	3	
8		2	2	4	
9		2	2	5	
10		2	1	3	
11		2	1	2	

## 2. REKAPITULASI DATA KHUSUS

Dinas	No. Resp.	Jenis kegiatan (dalam menit)					Prosentase keg. Produktif
		Kegiatan produktif			Keg. tidak produktif		
		Keg. langsung	Keg. tidak langsung	Admin	Pribadi	Sela waktu	
PAGI	1	140	120	40	75	45	71,4 %
	2	270	95	0	90	0	86,9 %
	3	205	195	0	20	0	95,2 %
	4	247	45	0	85	45	69,5 %
	5	80	125	35	80	20	76,2 %
	6	210	70	55	65	20	79,8 %
	7	190	130	40	60	0	85,7 %
	8	175	110	20	80	35	72,6 %
	9	155	160	25	50	30	80,9 %
	10	215	100	35	50	20	83,3 %
	11	175	80	25	120	20	6,7 %
TOTAL		2062	1230	275	775	235	
%		45,05 %	26,87 %	6 %	16,94 %	5,14 %	
Rata-rata		187,45	111,82	25	70,45	21,36	
SORE	1	275	100	25	40	0	90,5 %
	2	315	35	25	45	0	89,3 %
	3	240	120	10	35	15	88,1 %
	4	225	65	20	50	60	75 %
	5	220	105	25	65	0	84,5 %
	6	295	70	20	35	0	91,7 %
	7	195	50	25	120	30	64,3 %
	8	175	85	50	75	30	75 %
	9	365	30	15	15	0	96,4 %
	10	190	115	30	60	25	79,8 %
	11	270	90	10	50	0	82,1 %
TOTAL		2765	865	255	590	160	
%		59,65 %	18,66 %	5,5 %	12,74 %	3,45 %	
Rata-rata		251,36	78,64	23,18	53,64	14,54	
MALAM	1	320	90	15	75	30	76,7 %
	2	275	165	15	90	40	75,8 %
	3	185	15	95	85	30	80,8 %
	4	285	90	40	80	30	82,5 %
	5	265	12	45	80	45	79,2 %
	6	265	155	20	85	30	80,8 %
	7	280	95	25	50	50	83,3 %
	8	250	115	35	7	35	88 %
	9	195	150	60	80	15	84,2 %
	10	365	45	10	75	35	81,7 %
	11	260	95	120	75	75	79,2 %
TOTAL		2945	1027	480	782	415	
%		52,13 %	18,18 %	8,50 %	13,84 %	7,35 %	
Rata-rata		267,73	93,36	43,64	71,10	37,73	

## RATA-RATA JENIS KEGIATAN TIAP SHIFT

Dinas	Jenis kegiatan (menit)				
	Kegiatan Produktif			Keg. Tidak Produktif	
	Keg. Langsung	Keg. Tidak langsung	Admin	Pribadi	Sela waktu
Pagi					
Total waktu 11 responden	2.142	1.230	275	738	235
Rata-rata	194,27	111,8	25	88,3	21,4
%	46,4 %	26,6 %	6 %	16 %	5 %
Sore					
Total waktu 11 responden	2.705	855	290	590	180
Rata-rata	245,9	77,7	26,4	53,6	16,4
%	58,5%	18,5 %	6,3 %	12,8 %	3,9 %
Malam					
Total waktu 11 responden	3.155	1.663	535	822	425
Rata-rata	267,73	93,36	43,64	71,10	37,73
%	47,8 %	25,2 %	8,1 %	12,5 %	6,4 %

## RATA-RATA BEBAN KERJA TIAP SHIFT

Dinas	Kegiatan Produktif (menit)	Kegiatan Produktif (%)	Kegiatan tidak produktif (menit)	Kegiatan tidak produktif (%)	Beban kerja
Pagi	331	79%	109,7	5,2 %	Ringan
Sore	350	83,3%	70	16,7%	Sedang
Malam	404,73	81,1%	108,83	18,9%	Sedang

Keterangan:

1. Beban kerja berat bila proporsi waktu yang digunakan untuk kontak dengan pasien > 90 % dari jam kerja
2. Beban kerja sedang bila proporsi waktu yang digunakan untuk kontak dengan pasien antara 60 % - 89 % dari jam kerja
3. Beban kerja ringan bila proporsi waktu yang digunakan kontak dengan pasien < 60 % dari jam kerja

Lampiran 2

Frequencies

Statistics

		Pendidikan	Umur	MasaKerja	Dinas
N	Valid	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0
Mean		2.0000	1.5758	2.9697	2.0000
Median		2.0000	2.0000	3.0000	2.0000
Mode		2.00	1.00 <sup>a</sup>	3.00	1.00 <sup>a</sup>
Std. Deviation		.00000	.66287	1.21153	.82916
Variance		.000	.439	1.468	.688
Std. Error of Skewness		.409	.409	.409	.409
Range		.00	3.00	5.00	2.00
Minimum		2.00	1.00	1.00	1.00
Maximum		2.00	4.00	6.00	3.00
Percentiles	25	2.0000	1.0000	2.0000	1.0000
	50	2.0000	2.0000	3.0000	2.0000
	75	2.0000	2.0000	4.0000	3.0000
Skewness			1.418	.286	.000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid D3	33	100.0	100.0	100.0

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20-30 th	16	48.5	48.5	48.5
31-40 th	16	48.5	48.5	97.0
> 50 th	1	3.0	3.0	100.0
Total	33	100.0	100.0	

**MasaKerja**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4-11 bln	4	12.1	12.1	12.1
	1-5 th	7	21.2	21.2	33.3
	6-10 th	12	36.4	36.4	69.7
	11-15 th	7	21.2	21.2	90.9
	16-20 th	2	6.1	6.1	97.0
	> 20 th	1	3.0	3.0	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

**Dinas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pagi	11	33.3	33.3	33.3
	sore	11	33.3	33.3	66.7
	malam	11	33.3	33.3	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

**Frekuencies Dinas Pagi****Statistics**

		Kegiatan Langsung	KegiatanTdk Lgsg	Admin	Pribadi	SelaWaktu
N	Valid	11	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		187.4545	111.8182	25.0000	70.4545	21.3636
Median		190.0000	110.0000	25.0000	75.0000	20.0000
Mode		175.00	45.00 <sup>a</sup>	.00	50.00 <sup>a</sup>	20.00
Std. Deviation		52.06028	41.78952	18.57418	26.02446	16.59682
Variance		2710.273	1746.364	345.000	677.273	275.455
Skewness		-.497	.479	-.215	-.089	.009
Std. Error of Skewness		.661	.661	.661	.661	.661
Range		190.00	150.00	55.00	100.00	45.00
Minimum		80.00	45.00	.00	20.00	.00
Maximum		270.00	195.00	55.00	120.00	45.00
Sum		2062.00	1230.00	275.00	775.00	235.00
Percentiles	25	155.0000	80.0000	.0000	50.0000	.0000
	50	190.0000	110.0000	25.0000	75.0000	20.0000
	75	215.0000	130.0000	40.0000	85.0000	35.0000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Frekuencies Dinas Sore

## Statistics

		Kegiatan Langsung	KegiatanTdk Lgsg	Admin	Pribadi	SelaWaktu
N	Valid	11	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		251.3636	78.6364	23.1818	53.6364	14.5455
Median		240.0000	85.0000	25.0000	50.0000	.0000
Mode		175.00 <sup>a</sup>	30.00 <sup>a</sup>	25.00	35.00 <sup>a</sup>	.00
Std. Deviation		58.61275	31.15212	11.01652	27.39443	19.80588
Variance		3435.455	970.455	121.364	750.455	392.273
Skewness		.560	-.308	1.320	1.367	1.321
Std. Error of Skewness		.661	.661	.661	.661	.661
Range		190.00	90.00	40.00	105.00	60.00
Minimum		175.00	30.00	10.00	15.00	.00
Maximum		365.00	120.00	50.00	120.00	60.00
Sum		2765.00	865.00	255.00	590.00	160.00
Percentiles	25	195.0000	50.0000	15.0000	35.0000	.0000
	50	240.0000	85.0000	25.0000	50.0000	.0000
	75	295.0000	105.0000	25.0000	65.0000	30.0000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Frekuencies Dinas Malam

## Statistics

		Kegiatan Langsung	KegiatanTdk Lgsg	Admin	Pribadi	SelaWaktu
N	Valid	11	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		267.7273	93.3636	43.6364	71.0909	37.7273
Median		265.0000	95.0000	35.0000	80.0000	35.0000
Mode		265.00	90.00 <sup>a</sup>	15.00	75.00 <sup>a</sup>	30.00
Std. Deviation		50.21771	52.66360	35.36177	23.62395	15.38890
Variance		2521.818	2773.455	1250.455	558.091	236.818
Skewness		.110	-.284	1.326	-2.394	1.355
Std. Error of Skewness		.661	.661	.661	.661	.661
Range		180.00	153.00	110.00	83.00	60.00
Minimum		185.00	12.00	10.00	7.00	15.00
Maximum		365.00	165.00	120.00	90.00	75.00
Sum		2945.00	1027.00	480.00	782.00	415.00
Percentiles	25	250.0000	45.0000	15.0000	75.0000	30.0000
	50	265.0000	95.0000	35.0000	80.0000	35.0000
	75	285.0000	150.0000	60.0000	85.0000	45.0000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Lampiran 2

## Frequencies

## Statistics

		Pendidikan	Umur	MasaKerja	Dinas
N	Valid	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0
Mean		2.0000	1.5758	2.9697	2.0000
Median		2.0000	2.0000	3.0000	2.0000
Mode		2.00	1.00 <sup>a</sup>	3.00	1.00 <sup>a</sup>
Std. Deviation		.00000	.66287	1.21153	.82916
Variance		.000	.439	1.468	.688
Std. Error of Skewness		.409	.409	.409	.409
Range		.00	3.00	5.00	2.00
Minimum		2.00	1.00	1.00	1.00
Maximum		2.00	4.00	6.00	3.00
Percentiles	25	2.0000	1.0000	2.0000	1.0000
	50	2.0000	2.0000	3.0000	2.0000
	75	2.0000	2.0000	4.0000	3.0000
Skewness			1.418	.286	.000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Frequency Table

## Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	33	100.0	100.0	100.0

## Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30 th	16	48.5	48.5	48.5
	31-40 th	16	48.5	48.5	97.0
	> 50 th	1	3.0	3.0	100.0
Total		33	100.0	100.0	



**MasaKerja**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4-11 bln	4	12.1	12.1	12.1
1-5 th	7	21.2	21.2	33.3
6-10 th	12	36.4	36.4	69.7
11-15 th	7	21.2	21.2	90.9
16-20 th	2	6.1	6.1	97.0
> 20 th	1	3.0	3.0	100.0
Total	33	100.0	100.0	

**Dinas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pagi	11	33.3	33.3	33.3
sore	11	33.3	33.3	66.7
malam	11	33.3	33.3	100.0
Total	33	100.0	100.0	

**Frekuensi Dinas Pagi****Statistics**

		Kegiatan Langsung	KegiatanTdk Lgsg	Admin	Pribadi	SelaWaktu
N	Valid	11	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		187.4545	111.8182	25.0000	70.4545	21.3636
Median		190.0000	110.0000	25.0000	75.0000	20.0000
Mode		175.00	45.00 <sup>a</sup>	.00	50.00 <sup>a</sup>	20.00
Std. Deviation		52.06028	41.78952	18.57418	26.02446	16.59682
Variance		2710.273	1746.364	345.000	677.273	275.455
Skewness		-.497	.479	-.215	-.089	.009
Std. Error of Skewness		.661	.661	.661	.661	.661
Range		190.00	150.00	55.00	100.00	45.00
Minimum		80.00	45.00	.00	20.00	.00
Maximum		270.00	195.00	55.00	120.00	45.00
Sum		2062.00	1230.00	275.00	775.00	235.00
Percentiles	25	155.0000	80.0000	.0000	50.0000	.0000
	50	190.0000	110.0000	25.0000	75.0000	20.0000
	75	215.0000	130.0000	40.0000	85.0000	35.0000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Frekuencies Dinas Sore

		Statistics				
		Kegiatan Langsung	KegiatanTdk Lgsg	Admin	Pribadi	SelaWaktu
N	Valid	11	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		251.3636	78.6364	23.1818	53.6364	14.5455
Median		240.0000	85.0000	25.0000	50.0000	.0000
Mode		175.00 <sup>a</sup>	30.00 <sup>a</sup>	25.00	35.00 <sup>a</sup>	.00
Std. Deviation		58.61275	31.15212	11.01652	27.39443	19.80588
Variance		3435.455	970.455	121.364	750.455	392.273
Skewness		.560	-.308	1.320	1.367	1.321
Std. Error of Skewness		.661	.661	.661	.661	.661
Range		190.00	90.00	40.00	105.00	60.00
Minimum		175.00	30.00	10.00	15.00	.00
Maximum		365.00	120.00	50.00	120.00	60.00
Sum		2765.00	865.00	255.00	590.00	160.00
Percentiles	25	195.0000	50.0000	15.0000	35.0000	.0000
	50	240.0000	85.0000	25.0000	50.0000	.0000
	75	295.0000	105.0000	25.0000	65.0000	30.0000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Frekuencies Dinas Malam

		Statistics				
		Kegiatan Langsung	KegiatanTdk Lgsg	Admin	Pribadi	SelaWaktu
N	Valid	11	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		267.7273	93.3636	43.6364	71.0909	37.7273
Median		265.0000	95.0000	35.0000	80.0000	35.0000
Mode		265.00	90.00 <sup>a</sup>	15.00	75.00 <sup>a</sup>	30.00
Std. Deviation		50.21771	52.66360	35.36177	23.62395	15.38890
Variance		2521.818	2773.455	1250.455	558.091	236.818
Skewness		.110	-.284	1.326	-2.394	1.355
Std. Error of Skewness		.661	.661	.661	.661	.661
Range		180.00	153.00	110.00	83.00	60.00
Minimum		185.00	12.00	10.00	7.00	15.00
Maximum		365.00	165.00	120.00	90.00	75.00
Sum		2945.00	1027.00	480.00	782.00	415.00
Percentiles	25	250.0000	45.0000	15.0000	75.0000	30.0000
	50	265.0000	95.0000	35.0000	80.0000	35.0000
	75	285.0000	150.0000	60.0000	85.0000	45.0000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown