

TESIS

**ANALISIS KEBUTUHAN RIIL TENAGA PERAWAT
BERDASARKAN *WORKLOAD INDICATOR STAFF NEED*
(WISN) DAN KEPUASAN KERJA PERAWAT DI RUANG
MEDIKAL BEDAH RUMAH SAKIT UMUM NEGARA BALI**



Oleh :

NI LUH ADE KUSUMA ERNAWATI

NIM. 010947028

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2011**

TESIS

**ANALISIS KEBUTUHAN RIIL TENAGA PERAWAT
BERDASARKAN *WORKLOAD INDICATOR STAFF NEED*
(WISN) DAN KEPUASAN KERJA PERAWAT DI RUANG
MEDIKAL BEDAH RUMAH SAKIT UMUM NEGARA BALI**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh :

NI LUH ADE KUSUMA ERNAWATI

NIM. 010947028

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORSINILITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Ni Luh Ade Kusuma Ernawati

NIM : 010947028

Tanda Tangan :

Tanggal : 19 Agustus 2011

LEMBAR PERSETUJUAN

**Tesis ini telah disetujui
Pada tanggal Agustus 2011**

Oleh

Pembimbing I

Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP.196612251989031004

Pembimbing II

Lilik Djuari, dr. M.kes, AKK
NIP.196503301997022001

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Keperawatan

Prof. Dr. Suharto, dr. MSc., DTM&H, SpPD., KPTI., FINASIM
NIP. 19470812197412001

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Ni Luh Ade Kusuma Ernawati
NIM : 010947028
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Analisis kebutuhan Riil tenaga perawat berdasarkan *workload indikator staff need (WISN)* dan kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 19 Agustus 2011

Panitia penguji,

1. Ketua : Prof. Dr. S. Supriyanto, dr., Ms ()
2. Anggota : 1. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) ()
2. Lilik Djuari, dr., M.Kes., AKK ()
3. Budiono, dr., M.Kes ()
4. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep ()

KATA PENGANTAR

Puja syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Analisis Kebutuhan Riil Tenaga Perawat Berdasarkan *Workload Indicator Staff Need* (WISN) dan Kepuasan Kerja Perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali”

Tesis ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Ilmu Magister keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Penulis menyadari bahwa proses penyusunan tesis ini telah banyak mendapat dukungan, bantuan dan masukan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. Fasich, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya .
2. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
3. Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,DTM&H.,Sp.PD-KTL., FINASIM, selaku ketua program studi magister keperawatan yang telah memberikan dorongan dan semangat agar usulan penelitian tesis dapat selesai tepat waktu
4. Dr. Florentina Sustini, dr. MS, selaku mantan Ketua Program Studi Magister Keperawatan yang telah banyak memberikan motivasi, bimbingan dan arahan hingga terselesaikannya penulisan proposal tesis ini.
5. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku pembimbing I, yang dengan teliti dan sabar dalam mengarahkan dan membimbing penulis.

6. Dr. Lilik Djuari, M.Kes,AKK sebagai pembimbing II, yang banyak memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis.
7. Bapak/Ibu Dosen serta staf administrasi program studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah banyak membantu penulis
8. Bupati Pemerintah Kabupaten Jember yang telah memberikan kesempatan penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
9. Direktur Rumah Sakit Umum Negara Bali beserta staf yang telah memberikan ijin dan bantuannya dalam proses pengambilan data penelitian.
10. Seluruh perawat di ruang Dahlia dan Flamboyan yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
11. Suamiku terkasih “dr. Budi Yulianto Sarim, Sp.An” dan keluarga atas segala pengertian, kesabaran dan senantiasa memberi semangat moril dan materiil.
12. Rekan-rekan seangkatan atas kebersamaan dan dukungannya, khususnya Simon Sani Kleden, Diah Jerita Eka Sari, Suratmi, Warihan Unok, Puji Rahayu, Ummul Fitriyati dan Widiarti lubis.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan proposal tesis ini. Penulis menyadari bahwa tesis ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 19 Agustus 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ni Luh Ade Kusuma Ernawati
NIM : 010947028
Program Studi : Magister Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul : Analisis kebutuhan riil tenaga perawat berdasarkan *workload indikator staff need (WISN)* dan kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas *Royalti Noneksklusif* ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 19 Agustus 2011

Yang menyatakan

Ni Luh Ade Kusuma Ernawati

ABSTRAK

ANALISIS KEBUTUHAN RIIL TENAGA PERAWAT BERDASARKAN *WORKLOAD INDICATOR STAFF NEED* (WISN) DAN KEPUASAN KERJA PERAWAT DI RUANG MEDIKAL BEDAH RUMAH SAKIT UMUM NEGARA BALI

Oleh :

Ni Luh Ade Kusuma Ernawati

Perawat merupakan tenaga kesehatan di rumah sakit yang memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien selama 24 jam. Beban kerja perawat yang tinggi akibat kurangnya jumlah tenaga perawat akan berdampak pada penurunan produktifitas kerja perawat yang dapat mempengaruhi pelayanan kepada pasien. Untuk mendapatkan SDM yang sesuai dengan kebutuhan diperlukan adanya perencanaan tenaga keperawatan untuk meningkatkan daya saing rumah sakit di era globalisasi. Tujuan penelitian adalah menganalisis kebutuhan riil tenaga perawat berdasarkan *Workload indicator staff need* (WISN) dan kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah rumah sakit umum Negara Bali

Desain penelitian ini adalah analitik *observasional*. Analisa beban kerja menggunakan metode pendekatan *Time and Emotion Study*. Sampel penelitian adalah perawat yang memenuhi kriteria inklusi yaitu 24 orang. Analisis kebutuhan perawat menggunakan *Workload indicator staff need* (WISN). Analisis kepuasan kerja perawat menggunakan konsep Pareto

Hasil penelitian didapatkan berdasarkan penghitungan tenaga dengan metode WISN kebutuhan tenaga perawat di ruang medikal bedah sebanyak 54 orang perawat . Untuk analisis kepuasan kerja dari konsep Pareto didapatkan perawat yang menyatakan puas < 20%.

Dari analisa data dapat disimpulkan jumlah tenaga perawat yang ada di ruang medikal bedah masih kurang. Untuk rumah sakit disarankan untuk menambah jumlah tenaga perawat di ruang medikal bedah sebanyak 30 orang secara bertahap sehingga diharapkan dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat.

Kata kunci : beban kerja, kepuasan kerja dan perawat.

**PLANNING OF REAL NURSE NEED BASED ON WORKLOAD
INDICATOR STAFF NEED (WISN) AND NURSES' JOB SATISFACTION
AT MEDICAL SURGICAL WARD, GENERAL HOSPITAL, NEGARA,
BALI**

ABSTRACT

By Ni Luh Ade Kusuma Ernawati

Nurse are health workers in hospitals that provide nursing care to patients for 24 hours. Workload of nurses was high due to insufficient numbers of nurses will have an impact on the decrease in work productivity that may affect nurses care for patients. To get the human resources necessary to suit the needs of nursing manpower planning to increase the competitiveness of hospitals in the era of globalization. The research objective is to analyze the real needs of nurses on staff Workload indicators need (WISN) and job satisfaction of nurses

The study design was observational analytic. Analysis of workload using the method of approach to Time and Emotion Study. Study sample was nurses who met the inclusion criteria of 24 people. Analysis of the needs of staff nurses using the Workload indicators need (WISN). Analysis of nurse job satisfaction using the concept of pareto

The results obtained by the method of calculating power WISN needs of nurses in the medical-surgical nurses as many as 54 people. For the analysis of job satisfaction of nurses who obtained Pareto concept expressed satisfaction <20%.

From the data analysis we can conclude the number of nurses who have medical-surgical room is still lacking 24 individuals. For the hospital are advised to increase the number of medical-surgical nurse in the room as many as 30 people in stages so that expected can improve nurse job satisfaction.

Keywords: workload, job satisfaction and nurses.

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan.....	i
Sampul Dalam.....	ii
Halaman Prasyarat Gelar	iii
Surat Pernyataan Orisininalitas.....	iv
Lembar Persetujuan.....	v
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi.....	ix
Abstrak.....	x
Abstract.....	xi
Daftar Isi.....	xii
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Tabel.....	xvi
Daftar Lampiran.....	xviii
Daftar Singkatan.....	xix
Daftar Istilah.....	xx
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan	7
1.3.1 Tujuan umum.....	7
1.3.2 Tujuan khusus.....	7
1.4 Manfaat	8
1.4.1 Manfaat teoritis	8
1.4.2 Manfaat praktisi.	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Rumah Sakit.....	9
2.2 Manajemen Keperawatan.....	14
2.2.1 Pengertian Manajemen.....	14
2.2.2 Fungsi Manajemen.....	15
2.2.3 Prinsip – prinsip Manajemen.....	16
2.2.4 Lingkup Manajemen Keperawatan.....	18
2.3 Manajemen Sumberdaya Manusia	20
2.3.1 Pengertian.....	20
2.3.2 Perencanaan Sumber daya Manusia.....	22
2.3.3 Faktor – Faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga perawat.....	38
2.4 Perawat dan Pelayanan Keperawatan	39
2.4.1 Perawat.....	39
2.4.2 Pengertian Keperawatan.....	40
2.4.3 Proses Keperawatan	46

2.4.4 Tahapan Proses Keperawatan	46
2.4.5 Tindakan Keperawatan	49
2.5 Klasifikasi Pasien	64
2.5.1 Pengertian Klasifikasi Pasien	64
2.5.2 Tujuan Metode Klasifikasi Pasien.....	64
2.5.3 Jenis Klasifikasi Pasien	67
2.6 Penghitungan Tenaga Keperawatan berdasarkan <i>Work Load</i> <i>Indikator Staff Need (WISN)</i>	67
2.6.1 Pengertian.....	67
2.6.2 Kelebihan dan Kekurangan WISN.....	68
2.6.3 Langkah – Langkah Penghitungan WISN.....	69
2.6.4 Interpretasi WISN.....	74
2.7 Beban Kerja Perawat.....	74
2.7.1 Pengertian.....	74
2.7.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja.....	75
2.7.3 Analisis Beban Kerja.....	75
2.8 Konsep Kepuasan.....	81
2.8.1 Pengertian.....	82
2.8.2 Teori Kepuasan.....	82
2.8.3 Faktor Kepuasan.....	86
2.8.4 Pengukuran Kepuasan Kerja.....	93
2.9 Analisis Menggunakan Diagram Pareto.....	95
2.9.1 Pengertian.....	95
2.9.2 Fungsi Diagram Pareto.....	97
2.9.3 Langkah – langkah Pembuatan Diagram Pareto.....	97
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	99
3.1. Kerangka Konseptual.....	99
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	101
4.1 Rancangan Penelitian.....	101
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan <i>Sampling</i>	101
4.2.1 Populasi	101
4.2.2 Sampel	102
4.2.3 Besar Sampel	102
4.2.4 Teknik <i>sampling</i>	102
4.3 Variabel, Definisi Operasional	102
4.3.1 Variabel penelitian.....	102
4.3.2 Definisi operasional.....	103
4.4 Instrumen Penelitian	104
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	104
4.6 Prosedur Pengumpulan Data	105
4.6.1 Prosedur administrasi	105
4.6.2 Prosedur Teknis	105
4.7 Kerangka Operasional	106
4.8 Pengolahan dan Analisis Data	107
4.8.1 Pengolahan Data	107
4.8.2 Analisis Data.....	108

4.9 Etika Penelitian.....	109
BAB 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN.....	110
5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Negara Bali.....	110
5.1.1 Visi, Misi dan Motto Rumah Sakit Umum Negara Bali.....	110
5.1.2 Jenis Pelayanan.....	112
5.2 Karakteristik Responden.....	113
5.2.1 Jenis Kelamin.....	113
5.2.2 Tingkat Pendidikan.....	114
5.2.3 Status Kepegawaian.....	104
5.2.4 Golongan Kepangkatan.....	115
5.2.5 Masa Kerja.....	116
5.2.6 Status Perkawinan.....	116
5.3 Beban Kerja Obyektif <i>Time and Motion Study</i> di Ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali	117
5.4 Penghitungan Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan <i>Workload Indicator Staff Need (WISN)</i>	133
5.4.1 Menetapkan Waktu Kerja tersedia.....	133
5.4.2 5.4.2 Menetapkan unit Kerja dan Kategori Sumber Daya Manusia	134
5.4.3 Menetapkan Standar Beban Kerja.....	134
5.4.4 Menyusun Standar Kelonggaran.....	136
5.4.5 Penghitungan Kebutuhan Tenaga Perawat Perunit.....	136
5.5 Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Medikal Bedah rumah Sakit Umum Negara Bali.....	138
5.6 Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat dan Kepuasan Kerja Perawat.....	140
BAB 6 PEMBAHASAN.....	142
6.1 Beban Kerja Obyektif dengan <i>Time and Motion Study</i> di Ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali.....	142
6.2 Analisis Penghitungan Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan <i>Workload Indicator Staff Need (WISN)</i>	144
6.3 Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Medikal Bedah rumah Sakit Umum Negara Bali.....	158
6.4 Analisis Kebutuhan Riil Tenaga Perawat dan Kepuasan Kerja Perawat.....	168
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	171
7.1 Kesimpulan.....	171
7.2 Saran.....	172
DAFTAR PUSTAKA.....	174
LAMPIRAN.....	179

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1	Proses Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit ... 35
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian..... 99
Gambar 4.1	Kerangka Operasional..... 96
Gambar 5.1	Diagram Pareto Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Medikal Baliedah Rumah Sakit Umum Negara Bali..... 140

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1	2
Tabel 2.1	34
Tabel 5.1	113
Tabel 5.2	114
Tabel 5.3	115
Tabel 5.4	115
Tabel 5.5	116
Tabel 5.6	117
Tabel 5.7	118
Tabel 5.8	120
Tabel 5.9	121
Tabel 5.10	123
Tabel 5.11	124
Tabel 5.12	

	Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	126
Tabel 5.13	Pelaksanaan Kegiatan Pribadi Perawat pada <i>Shift</i> Sore di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	127
Tabel 5.14	Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Langsung pada <i>Shift</i> Malam di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	128
Tabel 5.15	Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Tidak Langsung pada <i>Shift</i> Malam di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	130
Tabel 5.16	Pelaksanaan Kegiatan Pribadi Perawat pada <i>Shift</i> Malam di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	131
Tabel 5.17	Rekapitulasi kegiatan perawat di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	132
Tabel 5.18	Rekapitulasi Beban Kerja Obyektif di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	133
Tabel 5.19	Waktu Kerja Tersedia Tenaga Keperawatan di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	133
Tabel 5.20	Standar Beban Kerja di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	135
Tabel 5.21	Standar Kelonggaran di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	136
Tabel 5.22	Kebutuhan tenaga perawat di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011	137
Tabel 5.23	Interpretasi Penghitungan Kebutuhan Tenaga Perawat perawat di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	138
Tabel 5.24	Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011	139
Tabel 5.25	Penghitungan Pembuatan Diagram Pareto Kepuasan Kerja perawat di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2011.....	140

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul Lampiran	Halaman
1.	Surat Permohonan Bantuan Pertimbangan Etik Penelitian.....	179
2.	Surat Keterangan Kelaikan Etik Rumah Sakit Umum Negara Bali.....	180
3.	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian.....	181
4.	Surat Rekomendasi dari Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.....	182
5.	Surat Keterangan Telah melakukan Penelitian dari Direktur Rumah Sakit Umum Negara.....	183
6.	Persetujuan Menjadi Responden	184
7.	Kuesioner Data Demografi Tenaga Perawat di Ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali.....	185
8.	Lembar Observasi Kegiatan Perawat	187
9.	Pedoman Kegiatan Perawat.....	193
10.	Rekapitulai Kegiatan Perawat.....	194
11.	Kuesioner Kepuasan Kerja Perawat.....	198
12.	Frekuensi tabel Kepuasan Kerja Perawat.....	200
13.	Frekuensi tabel Kepuasan Kerja Masing-masing komponen.....	205

DAFTAR SINGKATAN

RS	=	Rumah Sakit
BOR	=	<i>Bed Occupancy Rate</i>
ALOS	=	<i>Average Length of Stay</i>
Depkes	=	Departemen Kesehatan
Kepmenkes	=	Keputusan Menteri Kesehatan
PPNI	=	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
Permenkes	=	Peraturan Menteri Kesehatan
SDM	=	Sumber Daya Manusia
TT	=	Tempat Tidur
WISN	=	<i>Workload Indicator Staffing Need</i>
5 M	=	<i>Man, Money, Material, Method, Market</i>

DAFTAR ISTILAH

<i>Actuating</i>	= Penggerakan
<i>Authority and responsibility</i>	= kewenangan dan tanggung jawab
<i>Centralization</i>	= sentralisasi
<i>Controlling</i>	= Pengendalian / pengawasan
<i>Dicipline</i>	= Disiplin
<i>Planning</i>	= Perencanaan
<i>Organizing</i>	= Pengorganisasian
<i>Division of work</i>	= Pembagian pekerjaan
<i>Evaluating</i>	= Penilaian
<i>Esprit de corps</i>	kesetiakawanan korps
<i>Equity</i>	= Keadilan
<i>Inisiative</i>	= Prakarsa
<i>Order</i>	= Ketertiban
<i>Scalar of hierarchy</i>	= Jenjang hirarki
<i>Stability of tenure of personal</i>	= Stabilitas jabatan pegawai
<i>Unity of command</i>	= Kesatuan komando
<i>Unity of individual to generate interest</i>	= Kesatuan arah
<i>Remuneration of personal</i>	= Penghasilan pegawai

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan suatu layanan masyarakat yang penting dan dibutuhkan dalam upaya pemenuhan tuntutan kesehatan. Sumber daya manusia adalah salah satu unsur pendukung berfungsinya operasional Rumah Sakit. Perencanaan tenaga keperawatan atau *staffing* merupakan fungsi organik manajemen yang merupakan dasar atau titik tolak dari kegiatan pelaksanaan kegiatan tertentu dalam usaha mencapai tujuan organisasi (Arwani, 2006). Perencanaan ketenagaan menjadi permasalahan besar di berbagai organisasi keperawatan seperti tatanan rumah sakit, perawatan dirumah (*nursing home*) dan tempat – tempat pelayanan keperawatan lain. Masalah yang sering terjadi dalam organisasi yaitu kurangnya jumlah dan jenis tenaga yang dibutuhkan, kurangnya kompetensi (pengetahuan, ketrampilan, sikap dan nilai) dari tenaga perawat serta keterbatasan dana dari rumah sakit sehingga tidak dapat menambah dan merawat sumber daya manusia (SDM) yang mereka butuhkan (Ilyas,2004).

Masalah dan hambatan dalam perencanaan tenaga menurut Depkes (2004), adalah hasil kompilasi dan analisis penghitungan kebutuhan tenaga yang diadakan sepanjang tahun, tidak ditindak lanjuti sehingga menimbulkan kekecewaan dan menurunnya motivasi para perencana ketenagaan dilapangan, seperti hasil penghitungan tenaga tidak terkait pengadaan formasi pegawai baru. Hasil laporan kinerja bidang pelayanan medik Rumah Sakit Negara Bali tahun 2010 menyatakan bahwa salah satu penyebab belum optimalnya pelayanan kesehatan kepada pasien karena jumlah perawat yang kurang dan kebijakan yang tidak

sesuai dengan kebutuhan riil Rumah Sakit. Kebijakan tersebut salah satunya adalah pemenuhan kebutuhan tenaga perawat di rumah sakit. Kepuasan pasien yang merupakan salah satu indikator mutu pelayanan rumah sakit Negara dinyatakan belum bisa memberikan kepuasan secara optimal.

Perencanaan sumber daya manusia tampaknya belum menjadi prioritas pimpinan organisasi. Hal ini diperlihatkan hasil penelitian yang dilakukan *An Australia Graduate School of Management* terhadap 541 organisasi, ternyata hanya 37 % yang mempunyai sistem perencanaan sumber daya manusia berdasarkan analisis ilmiah dan 41 % tidak mempunyai sistem perencanaan serta 12 % sama sekali tidak memiliki perencanaan sumber daya manusia (Ilyas,2004).

Rumah Sakit Umum Negara Bali merupakan rumah sakit kelas C milik Pemerintah Kabupaten Daerah Provinsi Bali. Rumah Sakit Negara memiliki fasilitas pelayanan yaitu UGD 24 jam, poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap, unit radiologi, unit laboratorium, kamar bedah dan *ambulance* 24 jam. Perbandingan jumlah tempat tidur dengan jumlah tenaga perawat, *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Average Length of Stay* (ALOS) dan hari dirawat di ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1.1 Jumlah tempat tidur , jumlah tenaga perawat, BOR, ALOS dan hari dirawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Negara Bali Tahun 2010

No	Nama Ruang	Jumlah TT	Jumlah perawat	Ratio perawat :		BOR (%)	ALOS	Hari dirawat
				Ideal	Aktual			
1	Anggrek	13	11	1:1	1:0,8	84,04	4,8	8.128
2	Dahlia	22	12	1:1	1:0,5	87,5	3,58	3.971
3	Cempaka	12	11	1:1	1:0,9	79,25	3,37	2.707
4	Flamboyan	32	16	1:1	1:0,5	85,5	4,5	7.12
5	Prof Winasa	14	15	1:1	1:1	93,49	4,3	4.092
6	Bakung	22	16	1:1	1:0,7	81,81	3,67	3.12
7	Pudak	4	11	1:1	1:2,75	78,64	3,32	3.37
jumlah		119 TT	92	1:0,7		84,31		

Sumber: bagian bidang pelayanan medik RSUD Negara Bali

Tabel diatas menunjukkan bahwa secara keseluruhan perbandingan jumlah tempat tidur dengan jumlah tenaga perawat ,rasionya 0,7 : 1, berarti 1 orang pasien dirawat oleh 1 orang perawat. Namun, masing-masing ruangan perbandingan pasien yang dirawat ada yang 1 – 2 orang pasien dirawat 1 orang perawat. Ketidaksesuaian antara jumlah perawat dan jumlah tempat tidur, serta jumlah rata – rata BOR 84,31 %, memberikan gambaran bahwa beban kerja perawat di ruang rawat inap rumah sakit umum Negara cukup tinggi.

Beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan (Marquis dan Houston, 2000). Beban kerja yang tinggi akan menimbulkan kelelahan dan stres kerja. Kelelahan perawat dalam bekerja dapat menyebabkan terjadinya penyimpangan kerja yang akan menyebabkan kemunduran penampilan kerja (Tappen, 1998). Kelelahan kerja perawat juga dapat memberi dampak pada asuhan pelayanan yang diberikan tidak akan optimal. Ilyas (2004) mengatakan tingginya beban kerja dapat berefek pada penurunan kinerja personel rumah sakit.

Kualitas dan produktivitas pelayanan jasa di rumah sakit dipengaruhi beberapa hal yaitu organisasi, manajemen, sistem insentif, jaminan keamanan, keselamatan kerja, motivasi serta kepuasan kerja. Menurut Gasper (2007) kepuasan dalam suatu organisasi menyangkut dua hal yaitu kepuasan internal (penyelenggara layanan) dan kepuasan eksternal (pelanggan). Kepuasan internal dalam organisasi penting untuk diperhatikan oleh manajemen rumah sakit karena kepuasan eksternal tidak akan meningkat kecuali ada peningkatan kepuasan internal. Kepuasan internal adalah kepuasan dari pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit termasuk perawat (Pohan,2007). Menurut Stamps ada enam aspek

yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat yaitu upah, otonomi/wewenang, tuntutan tugas, kebijakan organisasi, interaksi dan status profesional. Salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat adalah beban kerja perawat (Gillies,1994). Permasalahan tingginya beban kerja dan penurunan kepuasan kerja merupakan tanda alarm bagi manajemen rumah sakit untuk mengkaji ulang dan menganalisis kebutuhan SDM.

Indikator dalam menentukan kebutuhan tenaga perawat mempertimbangkan beberapa faktor yang berkaitan dengan beban kerja yaitu tingkat ketergantungan pasien, jumlah pasien yang dirawat, jenis tindakan keperawatan, waktu keperawatan dan kompleksitas masalah pasien. Menurut Gillies (1994) dalam penghitungan kebutuhan tenaga perawat di rumah sakit menekankan salah satu indikatornya adalah jumlah BOR yang berkaitan dengan jumlah pasien yang dirawat.

Penetapan jumlah perawat di rumah sakit disesuaikan dengan kategori yang akan dibutuhkan untuk asuhan keperawatan klien di setiap unit. Sejumlah praktisi, peneliti dan asosiasi telah melakukan riset untuk dapat menghitung kebutuhan tenaga perawat dengan mengembangkan metode untuk menghitung kebutuhan tenaga perawat. Ada beberapa metode yang dipakai sebagai acuan untuk menghitung jumlah kebutuhan tenaga perawat. Menurut SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 81/Menkes/SK/I/2004 salah satu metode yang telah dikembangkan Departemen Kesehatan untuk menghitung kebutuhan tenaga rumah sakit adalah metode *Work Load Indicator Staff Need* (WISN), yang berakar pada beban kerja personel.

Metode perhitungan kebutuhan berdasarkan beban kerja (WISN) adalah

indikator yang menunjukkan besarnya kebutuhan tenaga pada sarana kesehatan berdasarkan beban kerja, sehingga alokasi/relokasi tenaga akan lebih mudah dan rasional. Kelebihan metode ini mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realistis. (Depkes, 2004)

Hasil wawancara dengan bidang keperawatan di Rumah Sakit Negara Bali, perhitungan kebutuhan tenaga menggunakan metode Gillies. Hal itu berbeda dengan metode penghitungan kebutuhan tenaga perawat di rumah sakit dari bagian Kepegawaian Pemerintah Kabupaten Jembrana yang menggunakan formula ratio. Sehingga ada perbedaan metode penghitungan kebutuhan tenaga perawat penggunaan formula antara rumah sakit dan Bagian Kepegawaian Pemerintah Kabupaten Jembrana. Hal tersebut tentunya akan memberikan dampak yaitu dalam pengajuan penambahan tenaga perawat oleh rumah sakit umum Negara tidak bisa direalisasikan oleh Pemerintah Kabupaten Jembrana. Usaha yang dilaksanakan oleh bidang keperawatan agar pelayanan keperawatan bisa berjalan baik adalah pendistribusian tenaga perawat sesuai tingkat ketergantungan, jumlah kapasitas tempat tidur dan kompleksitas pasien masing-masing ruangan.

Penelitian yang terkait dengan kebutuhan tenaga perawat dapat memberikan gambaran seperti peneliti Suwandi (1992) dalam penelitiannya menunjukkan perencanaan ketenagaan yang ada di Rumah Sakit Umum Bakti Yuda Depok menggunakan metode perhitungan tenaga berdasarkan pertimbangan / perkiraan saja, bersifat tahunan dan perencanaan ketenagaan belum optimal karena ada formasi yang dirangkap.

1.2 Rumusan Masalah

Beban kerja perawat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat. Kurangnya jumlah tenaga perawat dapat membuat beban kerja bertambah. Beban kerja perawat yang tinggi berefek kepada penurunan motivasi dan produktifitas kerja perawat. Penurunan kinerja perawat akan dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit. Penurunan mutu pelayanan bisa menimbulkan ketidakpuasan pasien. Sehingga hal tersebut dapat berpengaruh pada penurunan kunjungan pasien ke rumah sakit yang akhirnya BOR rumah sakit menurun, tentu masalah itu akan berdampak penurunan pendapatan rumah sakit. Beban kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap dewasa di Rumah Sakit Umum Negara Bali masih tinggi karena berdasarkan data yang diperoleh ratio perawat dan tempat tidur tidak sebanding dengan standar yang di keluarkan oleh Depkes untuk RS kelas C. Rasio perawat dan tempat tidur yang aktual adalah : 119 : 95 , sedangkan sesuai standar depkes adalah 119 :119. Sedangkan data BOR di ruangan rawat inap dewasa rumah sakit umum negara Bali tergolong tinggi. Beban kerja perawat harus diketahui untuk dapat menghitung apakah jumlah perawat yang ada pada ruangan tersebut telah memenuhi standar atau tercukupkan. Kebutuhan akan asuhan keperawatan dari klien, merupakan beban kerja yang menjadi fokus utama yang harus diberikan oleh tenaga perawat profesional. Dengan demikian jumlah tenaga perawat, seharusnya diseimbangkan dengan beban kerja perawat yang akan memberikan pelayanan/asuhan keperawatan yang diberikan secara berkesinambungan dan menjadi tanggung jawab perawat. Untuk mendapat jumlah tenaga perawat diperlukan suatu metode penghitungan yang tepat. Metode WISN adalah indikator

yang menunjukkan besarnya kebutuhan tenaga pada sarana kesehatan berdasarkan beban kerja, sehingga alokasi/relokasi tenaga akan lebih mudah dan rasional. Kelebihan metode ini mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realistis. (Depkes, 2004)

Fenomena inilah menjadi perhatian mendasar untuk diketahui melalui penelitian, dengan rumusan masalah: "Berapakah jumlah kebutuhan riil tenaga perawat berdasarkan *Work Load Indikator Staff Need* (WISN) dan kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis kebutuhan riil tenaga perawat berdasarkan *WorkLoad Indikator Staff Need* (WISN) dan kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi beban kerja obyektif perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali dengan *time and motion study*
2. Menghitung kebutuhan tenaga perawat dengan metode *Workload Indikator Staff Need* (WISN) di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali.
3. Menganalisis kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali

4. Menganalisis kebutuhan riil tenaga perawat berdasarkan metode *Workload Indicator Staff Need* (WISN) dan kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Mengembangkan ilmu manajemen sumber daya manusia keperawatan khususnya terkait perencanaan manajemen sumber daya manusia. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi tambahan atau sebagai penunjang dari teori-teori yang sudah ada, tentang perencanaan kebutuhan tenaga perawat.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Rumah sakit
 - a. Sebagai pedoman dalam pengajuan kebutuhan tenaga perawat yang sesuai kepada Pemerintah Kabupaten Jembrana Bali
 - b. Dijadikan acuan dalam menentukan kebijakan terkait perencanaan kebutuhan jumlah tenaga perawat maupun pendistribusian tenaga keperawatan serta untuk melakukan evaluasi kembali sebaran tenaga perawat yang sudah ada di ruang rawat inap secara menyeluruh sesuai dengan kebutuhan masing-masing ruangan.

2. Peneliti

Merupakan pengalaman yang sangat berharga dalam merencanakan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan *Workload indicator staff Need* (WISN) di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Rumah Sakit

American Hospital Associating (1978) dalam Aditama (2003) menyatakan bahwa rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien, diagnostik, dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah. Sementara itu menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 menyebutkan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sedangkan rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.340/Menkes/Per/III/2010 menyatakan rumah sakit di Indonesia diklasifikasikan menjadi empat kelas yang ditetapkan menurut jenis pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarana serta administrasi dan manajemen. Klasifikasi tersebut meliputi :

1. Rumah sakit kelas A

Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis. Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas A sebagaimana meliputi

Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Medik Spesialis Lain, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Medik Subspesialis, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik, dan Pelayanan Penunjang Non Klinik. Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana. Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar. Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Patologi Klinik dan Patologi Anatomi. Pelayanan Medik Spesialis Lain sekurang-kurangnya terdiri dari Pelayanan Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Kedokteran Jiwa, Paru, Orthopedi, Urologi, Bedah Syaraf, Bedah Plastik dan Kedokteran Forensik. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut terdiri dari Pelayanan Bedah Mulut, Konservasi/Endodonsi, Periodonti, Orthodonti, Prosthodonti, Pedodonti dan Penyakit Mulut. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan Dan asuhan kebidanan. Pelayanan Medik Subspesialis terdiri dari Subspesialis Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi, Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Jiwa, Paru, Orthopedi dan Gigi Mulut.

Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan Intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik. Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, *Jasa Boga/ Dapur*, *Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas*, *Pengelolaan Limbah*, *Gudang*, *Ambulance*,

2. Rumah sakit kelas B

Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan 2 (dua) Pelayanan Medik Subspesialis Dasar. Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas B meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Medik Spesialis Lain, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Medik Subspesialis, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik dan Pelayanan Penunjang Non Klinik. Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana. Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar. Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik dan Patologi Klinik. Pelayanan Medik Spesialis Lain sekurang-

kurangnya 8 (delapan) dari 13 (tiga belas) pelayanan meliputi Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Kedokteran Jiwa, Paru, Orthopedi, Urologi, Bedah Syaraf, Bedah Plastik dan Kedokteran Forensik. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut terdiri dari Pelayanan Bedah Mulut, Konservasi/Endodonsi, dan Periodonti. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan. Pelayanan Medik Subspesialis 2 (dua) dari 4 (empat) subspesialis dasar yang meliputi : Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi. Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik. Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan Laundry/Linen, Jasa Boga / Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, Ambulance, Komunikasi, Pemulasaraan Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

3. Rumah Sakit kelas C

Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik. Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas C meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik dan Pelayanan Penunjang Non Klinik. Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak

/Keluarga Berencana. Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar. Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut minimal 1 (satu) pelayanan. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik dan Patologi Klinik. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan. Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik 8. Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan Laundry/Linen, Jasa Boga / Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, Ambulance, Komunikasi, Kamar Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Medik dan Penampungan Air Bersih.

4. Rumah sakit kelas D

Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar. Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas D meliputi Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Penunjang Klinik dan Pelayanan Penunjang Non Klinik. Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana. Pelayanan Gawat Darurat harus dapat

memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar. Pelayanan Medik Spesialis Dasar sekurang-kurangnya 2 (dua) dari 4 (empat) jenis pelayanan spesialis dasar meliputi Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik yaitu laboratorium dan Radiologi. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan. Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan High Care Unit, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik. Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan Laundry/Linen, Jasa Boga / Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, Ambulance, Komunikasi, Kamar Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

2.2 Manajemen Keperawatan

2.2.1 Pengertian manajemen

Manajemen adalah proses untuk melakukan kegiatan/usaha untuk mencapai tujuan organisasi untuk mencapai tujuan organisasi melalui kerja sama dengan orang lain (Hersey and Blanchard dalam Suarli, 2010). Sedangkan Fayol dalam Swanburg (2000), mengatakan bahwa manajemen adalah aktivitas atau fungsi administrator dalam meramalkan dan merencanakan, mengorganisir, memberi komando, mengkoordinasikan dan mengontrol suatu pekerjaan. Manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan

melalui staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien, keluarga dan masyarakat (Gillies 1994).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa manajemen keperawatan adalah suatu tugas khusus yang harus dilakukan oleh pengelola keperawatan untuk merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan serta mengawasi sumber – sumber yang ada, baik sumber daya maupun dana sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang efektif kepada pasien, keluarga dan masyarakat.

2.2.2 Fungsi manajemen

Secara ringkas fungsi manajemen yang dikemukakan oleh Fayol dalam Swanburg, (2000) sebagai berikut :

1. Perencanaan (*planning*)

Merupakan gambaran apa yang akan dicapai, persiapan pencapaian tujuan, rumusan suatu persoalan untuk dicapai dan persiapan tindakan – tindakan.

2. Pengorganisasian (*organizing*)

Merupakan pengaturan setelah rencana, mengatur dan menentukan apa tugas pekerjaannya, macam, jenis, unit kerja, alat – alat, keuangan dan fasilitas.

3. Penggerakan (*actuating*)

Menggerakkan agar orang – orang mau bekerja, menciptakan suasana bekerja bukan hanya karena perintah, tetapi harus dengan kesadaran sendiri termotivasi secara internal.

4. Pengendalian / pengawasan (*controlling*).

Merupakan fungsi pengawasan agar tujuan dapat tercapai sesuai dengan rencana, pengawasan dilakukan pada orang, cara dan waktunya tepat. Pengendalian berfungsi agar kesalahan dapat segera diperbaiki.

5. Penilaian (*evaluating*)

Merupakan proses pengukuran dan perbandingan hasil – hasil pekerjaan yang seharusnya dicapai. Hakekat penilaian merupakan fase tertentu setelah selesai kegiatan, sebelum dilakukan koreksi dan intervensi terhadap fungsi organik administrasi dan manajemen. Adapun unsur yang dikelola adalah *man, money, material, method* dan *market*.

Menurut Luther Gulick (1937) dalam Marquis (2010) memperluas fungsi manajemen Fayol dalam pendahuluan tujuh aktivitas manajemen yaitu perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), personalia (*staffing*), pengarahan (*directing*), pengoordinasian (*coordinating*), pelaporan (*reporting*), dan pembiayaan (*budgeting*) yang disingkat sebagai POSDCORB.

2.2.3 Prinsip-prinsip manajemen

Prinsip-prinsip manajemen menurut Fayol dalam Swansburg (2000) adalah meliputi pembagian pekerjaan (*division of work*), kewenangan dan tanggung jawab (*authority and responsibility*), kesatuan komando (*unity of command*), disiplin (*dicipline*), kesatuan arah (*unity of individual to generate interest*), penghasilan pegawai (*remuneration of personal*), sentralisasi (*centralization*), jenjang hirarki (*scalar of hierarchy*), ketertiban (*order*), stabilitas jabatan pegawai (*stability of tenure of personal*), keadilan (*equity*), prakarsa (*inisiative*), kesetiakawanan korps (*esprit de corps*).

Proses manajemen keperawatan sesuai dengan pendekatan sistem terbuka dimana masing – masing komponen saling berhubungan dan berinteraksi dan dipengaruhi oleh lingkungan. Karena merupakan suatu sistem maka akan terdiri dari lima elemen yaitu masukan, proses, keluaran, kontrol dan mekanisme umpan balik. Masukan dari proses manajemen keperawatan antara lain informasi, personel. Peralatan dan fasilitas. Proses dalam manajemen keperawatan adalah kelompok manajer dari tingkat pengelola keperawatan tertinggi sampai ke perawat pelaksana yang mempunyai tugas dan wewenang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. Keluaran adalah asuhan keperawatan, pengembangan staf dan riset. Kontrol yang digunakan dalam manajemen keperawatan termasuk pembiayaan dari bagian keperawatan, evaluasi penampilan kerja perawat, prosedur yang standar dan akreditasi. Mekanisme timbal balik berupa laporan finansial, audit keperawatan, survey kendali mutu dan penampilan kerja perawat.

Prinsip-prinsip yang mendasari manajemen keperawatan menurut Swansburg (2000) sebagai berikut :

1. Manajemen keperawatan seyogyanya berdasarkan perencanaan karena melalui fungsi perencanaan, pimpinan dapat menurunkan resiko pengambilan keputusan, pemecahan masalah yang efektif dan terencana.
2. Manajemen keperawatan dilaksanakan melalui penggunaan waktu yang efektif. Manajer keperawatan yang menghargai waktu akan menyusun perencanaan yang terprogram dengan baik dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan sebelumnya.

3. Manajemen keperawatan akan melibatkan pengambilan keputusan. Berbagai situasi maupun permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kegiatan keperawatan memerlukan pengambilan keputusan diberbagai tingkat manajerial.
4. Manajemen keperawatan harus terorganisir. Pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi untuk mencapai tujuan.
5. Pengarahan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi dan pengendalian pelaksanaan rencana yang telah diorganisasi
6. Manajemen keperawatan menggunakan komunikasi yang efektif. Komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan, arah dan pengertian diantara pegawai.
7. Pengembangan staf penting untuk dilaksanakan sebagai upaya persiapan perawat pelaksana menduduki posisi yang lebih tinggi ataupun upaya manajer untuk meningkatkan pengetahuan karyawan.
8. Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan yang meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi dan menetapkan prinsip – prinsip melalui penetapan standar, membandingkan penampilan dengan standar dan memperbaiki kekurangan.

2.2.4 Lingkup manajemen keperawatan

Manajemen layanan keperawatan tidak lepas dari fungsi – fungsi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian. Secara garis besar ruang lingkup manajemen keperawatan terdiri dari manajemen operasional dan manajemen asuhan keperawatan.

Lingkup manajemen operasional dalam manajemen keperawatan yaitu merencanakan, mengorganisir, mengarahkan dan mengawasi sumber daya keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya yaitu mengelola sumber daya manusia keperawatan, metode, fasilitas dan dana untuk memberikan pelayanan yang berkualitas (Swanburg,2000). Pada manajemen operasional dalam pengelolaannya membutuhkan tiga tingkatan yaitu manajemen puncak, manajemen menengah dan manajemen bawah.

Lingkup manajemen asuhan keperawatan, merupakan suatu proses keperawatan yang menggunakan konsep – konsep seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian. Proses keperawatan merupakan proses pemecahan masalah yang menekankan pada pengambilan keputusan tentang asuhan keperawatan yang dibutuhkan pasien.

Menurut Suyanto (2009) lingkup manajemen keperawatan terdiri dari :

1. Manajemen pelayananan keperawatan

Pelayanan keperawatan di rumah sakit dikelola oleh bidang perawatanyang terdiri dari tiga tingkatan manajerial yaitu manajemen puncak (kepala bidang keperawatan), manajemen menengah (kepala unit pelayanan atau supervisor), dan manajemen bawah (kepala ruang perawatan).

2. Manajemen asuhan keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan dipraktekkan dalam bentuk proses keperawatan, berisi proses pemecahan masalah, sehingga dapat diambil keputusan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan pasien.

Organisasi rumah sakit mempunyai ciri-ciri tersendiri sesuai sifat-sifat khusus dari kegiatan yang ada dalam rumah sakit. Sifat-sifat kegiatan ini

memang unik dan kompleks dalam bentuk pelayanan medis dan perawatan serta penunjang lainnya, yang saling berkaitan satu sama lain. Dalam suatu organisasi Yang kompleks, rumah sakit merupakan wadah dimana didalamnya terdapat unsur-unsur 5 M (*Man, Money, Material, Method, Market*) membutuhkan manajemen dari manajer yang efektif untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

2.3 Manajemen Sumber Daya Manusia

2.3.1 Pengertian

Secara konseptual, Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan makhluk yang unik dan mempunyai karakteristik yang multi kompleks, dan hal ini dapat dilihat dari berbagai aspek, diantaranya adalah: (Ilyas, 2004)

1. SDM merupakan komponen kritis

Semakin tinggi tingkat pemanfaatan sumber daya manusia akan mengakibatkan semakin tinggi pula hasil guna sumber daya lainnya. Jadi dapat disimpulkan bahwa *capital resource* sangat bergantung terhadap adanya sumber daya manusia yang berkualitas.

2. SDM Tidak Instan

Kebutuhan sumber daya manusia yang handal dan berkualitas tidak dapat diperoleh dengan seketika. Dibutuhkan perencanaan dengan seksama agar didapatkan orang yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan organisasi, disamping itu sumber daya yang ada harus diberikan pendidikan dan pelatihan yang continue sesuai dengan kebutuhan kerja dan minatnya.

3. SDM Tidak dapat di stock

SDM tidak dapat disimpan untuk kebutuhan di masa depan, sehingga perlu direncanakan sesuai dengan kebutuhan organisasi yang berkembang.

4. SDM adalah Subyek yang dapat *Obsolete*

SDM bisa menjadi usang, dimana pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya tidak berkembang. Untuk mencegah terjadinya hal tersebut diperlukan pendidikan dan pelatihan lanjutan bagi SDM yang bersangkutan.

Hasibuan (2007) menyatakan bahwa sumber daya manusia adalah kemampuan terpadu dari daya pikir dan daya fisik yang dimiliki individu dimana perilaku dan sifatnya ditentukan oleh keturunan dan lingkungannya. Berikut adalah definisi manajemen sumber daya manusia yang disampaikan oleh para ahli:

1. Menurut Torington & Hall (1991) dalam Sofyandi (2008), mendefinisikan *personnel management is the set of activities that the first is make an ability for worker and the company to make agreements of goals and work procedures. Human Resources Management is the set of strategies, process,* Hasibuan (2007) menyatakan bahwa manajemen sumber daya manusia adalah ilmu dan seni mengatur hubungan dan peranan tenaga kerja agar efektif dan efisien membantu terwujudnya tujuan perusahaan, karyawan dan masyarakat.
2. Miner dan Miner dalam Hasibuan (2007) menyatakan manajemen personalia adalah suatu proses pengembangan, menerapkan, dan menilai kebijakan- kebijakan, prosedur-prosedur, metode-metode, dan program-program yang berhubungan dengan individu karyawan dalam organisasi.

3. Dessler (1997) dalam Hasibuan (2007), mengatakan bahwa manajemen sumber daya manusia merupakan kebijakan dan praktik yang dibutuhkan seseorang untuk menjalankan aspek sumber daya manusia dari posisi seorang manajemen, meliputi perekrutan, penyaringan, pelatihan, pengimbangan, dan penilaian.

2.3.2 Perencanaan Sumber Daya Manusia

1. Pengertian.

Perencanaan SDM adalah proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan, dengan kata lain kita meramalkan atau memperkirakan siapa mengerjakan apa, dengan keahlian apa, kapan dibutuhkan dan berapa jumlahnya (Ilyas Y., 2004). Dalam perencanaan ditetapkan apa saja yang harus dilaksanakan, mengapa harus dilakukan, dimana hal itu harus dilakukan, kapan pelaksanaannya, oleh dan untuk siapa, bagaimana caranya, dan berapa biayanya.

Perencanaan merupakan langkah kongkrit yang pertama diambil dalam usaha mencapai tujuan, maksudnya perencanaan merupakan langkah yang harus ditempuh dimana dasarnya telah diletakkan dalam strategi organisasi. Secara umum disebutkan apabila pelaksanaan upaya kesehatan tanpa perencanaan yang baik, maka akan sulit diharapkan tercapainya tujuan upaya kesehatan tersebut (Azwar A.,1996).

Perencanaan SDM adalah kegiatan yang berhubungan dengan kegiatan pengorganisasian secara sistimatis, penetapan tujuan jangka panjang, jangka menengah, jangka pendek, prioritas maupun pengembangan SDM, dalam upaya

memastikan bahwa jumlah staf akurat dengan keterampilan yang sesuai, tersedia pada waktu yang tepat, untuk memenuhi kebutuhan akan penyelesaian pekerjaan. Perencanaan SDM tidak hanya membuat penilaian mengenai kemungkinan permintaan akan sumber daya manusia akan tetapi juga harus memikirkan mengenai ketersediaan sumber daya dari yang sekarang ada, maupun jumlah personil yang akan diproduksi.

2. Hakekat Perencanaan.

Rumah sakit seringkali menghadapi masalah kekurangan tenaga, apalagi bagi rumah sakit pemerintah dengan kebijaksanaan zero growth, membuat mereka yang pensiun menjadi sulit digantikan. Sementara kebutuhan rumah sakit akan tenaga terus meningkat seiring dengan pelayanan yang diberikan juga makin beragam serta makin canggih. Kurangnya tenaga dapat membuat beban kerja jadi bertambah, sehingga akhirnya mutu kerja malahan menjadi menurun. Hal ini dapat menjadi lingkaran setan berkepanjangan yang dapat membuat frustrasi para manajer (Aditama T.Y., 2004).

Agarwal (1994) menyebutkan bahwa hakekat perencanaan terdiri dari beberapa aspek :

- a. Perencanaan itu merupakan proses yang berkesinambungan.
- b. Perencanaan itu melibatkan semua pimpinan dalam organisasi itu.
- c. Perencanaan itu disusun secara bertingkat.
- d. Perencanaan itu menyangkut kegiatan organisasi untuk waktu yang akan datang.
- e. Perencanaan merupakan jawaban keadaan status dari organisasi yang bersangkutan.

3. Pokok-Pokok Perencanaan SDM Kesehatan

Memperhatikan dasar hukum serta adanya kebijakan desentralisasi, termasuk di dalamnya desentralisasi di bidang kesehatan, maka fungsi perencanaan SDM kesehatan bagi daerah menjadi sangat penting dan menjadi tanggung jawab daerah itu sendiri. Oleh karena itu dengan adanya desentralisasi di bidang kesehatan pejabat pengelola SDM di Kabupaten/ Kota dan Propinsi perlu memiliki kemampuan atau kompetensi yang memadai dalam membuat perencanaan SDM kesehatan (Kepmenkes RI No 81/Menkes/SK/I/2004). Secara garis besar perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar (Kepmenkes RI No 81/Menkes/SK/I/2004) yaitu:

a. Perencanaan Kebutuhan SDM Pada Tingkat Institusi

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

b. Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan Pada Tingkat Wilayah

Perencanaan di sini dimaksudkan untuk menghitung kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan kebutuhan di tingkat wilayah (Propinsi/ Kabupaten/ Kota) yang merupakan gabungan antara kebutuhan institusi dan organisasi.

c. Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan Untuk Bencana

Perencanaan ini dimaksudkan untuk mempersiapkan SDM Kesehatan saat prabencana, terjadi bencana dan post bencana, termasuk pengelolaan kesehatan pengungsi.

4. Strategi Perencanaan SDM Kesehatan

Berdasarkan Kepmenkes RI No 81/Menkes/SK/I/2004 perencanaan SDM kesehatan perlu memperhatikan:

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

5. Penyusunan Rencana Kebutuhan SDM Kesehatan

Berdasarkan Kepmenkes RI No 81/Menkes/SK/I/2004 yang menjadi perhatian dalam Penyusunan Kebutuhan SDM Kesehatan adalah:

- a. Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan mutlak dalam konteks penyusunan pengembangan SDM kesehatan yang ada untuk mewujudkan suatu tujuan pembangunan yang ditetapkan.
- b. Pentingnya untuk ditetapkan suatu cara penyusunan kebutuhan SDM yang benar – benar sesuai dengan keperluannya yang semakin kompleks dan sering tak menentu.
- c. Pengguna dari cara – cara penyusunan SDM kesehatan ini perlu memahami kekuatan dan kelemahan dari cara yang dipilih.
- d. Sektor kesehatan sangat diharapkan oleh sektor lain yang terkait untuk dapat menyusun kebutuhan SDM kesehatan di masa mendatang dengan menggunakan cara – cara penyusunan kebutuhan SDM yang mantap.

6. Metode Penyusunan Rencana Kebutuhan SDM

Berdasarkan Kepmenkes RI No 81/Menkes/SK/I/2004 pada dasarnya kebutuhan SDM kesehatan dapat ditentukan berdasarkan :

- a. Kebutuhan epidemiologi penyakit utama masyarakat.
- b. Permintaan (*demand*) akibat beban pelayanan kesehatan
- c. Sarana upaya kesehatan yang ditetapkan
- d. Standar atau ratio terhadap nilai tertentu

7. Proses Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit

Ilyas (2004) menyebutkan langkah yang perlu dilakukan dan harus dilalui oleh perencanaan sumber daya manusia, antara lain sebagai berikut:

a. Analisis situasi sumber daya manusia rumah sakit

Dalam melakukan analisis situasi tenaga rumah sakit, ada beberapa langkah yang dilakukan yaitu :

- 1) Analisis jumlah dan jenis tenaga yang ada pada setiap unit kerja dari rumah sakit.
- 2) Memprediksi kecenderungan permintaan pelayanan dan kemampuan untuk menyelaraskan dengan kebutuhan tenaga di masa depan menjadi kompetensi apakah tenaga yang ada saat ini dapat memenuhi kebutuhan tiga sampai lima tahun mendatang.
- 3) Adanya perubahan permintaan pelayanan kesehatan di masa depan dapat berakibat terjadinya kesenjangan keahlian tenaga untuk memenuhi pelayanan kesehatan. Merencanakan pelatihan-pelatihan yang dibutuhkan untuk meningkatkan dan menyesuaikan kompetensi yang dibutuhkan oleh rumah sakit, dan merencanakan rotasi dan mutasi SDM untuk menyesuaikan beban dan tuntutan pelayanan di masa depan.
- 4) Analisis jenis dan jumlah tenaga saat ini. Dilakukan analisis beban kerja dan pola beban kerja tenaga yang ada. Beban kerja dapat dilihat atau dibandingkan antara jumlah tenaga dengan volume kerja yang harus dikerjakan pada satuan waktu tertentu. Perlu dibandingkan beban dan pola beban dengan jenis tenaga yang ada. Pada institusi rumah sakit pola beban kerja berbeda, hal ini berhubungan dengan kunjungan pasien. Biasanya pada waktu pagi dan siang hari beban kerjanya lebih besar dibandingkan dengan waktu kerja sore dan malam hari. Beban

kerja yang relatif paling rendah biasanya pada *shift* malam sampai pagi hari. Perbedaan pola beban kerja ini menuntut penyesuaian terhadap jenis dan jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan untuk masing-masing shift kerja.

- 5) Melakukan inventarisasi keahlian personel yang ada sebagai informasi manajemen untuk mengetahui jumlah personel profesional dan non profesional rumah sakit. Apakah personel sudah ditempatkan pada unit yang sesuai dengan keahlian dan keterampilan mereka? Data yang perlu dikumpulkan untuk menginventarisasi keahlian personal tersebut adalah
- a) Data pribadi (umur, sex, status perkawinan,)
 - b) Keahlian atau keterampilan (pendidikan, pengalaman kerja, pelatihan)
 - c) Kualifikasi khusus (sertifikasi profesional, penghargaan, anggota asosiasi profesi)
 - d) Gaji dan riwayat pekerjaan (tingkat gaji, kenaikan gaji, fasiasi pekerjaan)
 - e) Data personalia (data senioritas, lama kerja, informasi pensiun)
 - f) Kapasitas individu (prestasi kerja, kondisi fisik dan kesehatan, nilai tes yang lain)
 - g) Data individu tambahan (lokasi tempat tinggal, tipe pekerjaan dan lain-lain)
 - h) Analisis model kerja dari tenaga kesehatan apakah solo praktek atau kelompok model kerja ini juga menentukan jumlah dan jenis

tenaga yang dibutuhkan oleh pelayanan kesehatan yang akan diberikan. Pada model solo praktek adanya kecenderungan peningkatan jumlah tenaga tetapi juga dapat diharapkan kualitas kinerja individual profesional yang lebih tinggi. Pada model solo praktek, penggunaan fasilitas ruang, alat dan suplay perlu dikelola dengan sebaik mungkin sehingga memberikan hasil guna yang tinggi. Pada model kerja kelompok, kecenderungannya lebih hemat tenaga karena adanya kemungkinan setiap personel saling menggantikan fungsi dan tanggung jawab anggota kelompok kerja. Pada model kerja kelompok, sangat dibutuhkan kemampuan pemimpin kelompok untuk mengembangkan dan menciptakan kelompok kerja yang efektif. Pada model kelompok kerja, tim manajemen harus memusatkan perhatian terhadap kebutuhan vital kelompok agar dapat bekerja sesuai tujuan organisasi (Ilyas, 2004).

b. Analisis persediaan sumber daya manusia rumah sakit

Melakukan analisis tenaga saat ini dan berbagai kemungkinan perubahan tenaga karena keluar masuknya personel di rumah sakit. Dalam melakukan analisis persediaan tenaga rumah sakit ada beberapa komponen yang harus diperhatikan antara lain:

- 1) Jumlah dan jenis tenaga yang ada. Di masa depan untuk meningkatkan produktivitas dan kualitas rumah sakit, proporsi tenaga profesional sebaiknya lebih besar dari tenaga non profesional dengan komposisi perbandingan berkisar 65% dibanding 35%.

- 2) Jumlah personel yang keluar karena meninggal, pensiun, pindah dan tugas belajar.
- 3) Jumlah personel yang masuk karena pindah dari tempat lain dan aktif kembali. Dengan demikian kita dapat memperkirakan secara lebih akurat jumlah personel rumah sakit di masa depan dengan menggunakan data empirik, kita dapat menentukan jumlah tenaga saat ini, jumlah tenaga satu tahun mendatang, dua tahun mendatang, atau tiga tahun mendatang. Juga dapat merencanakan kemungkinan pengurangan tenaga, penambahan tenaga dan kapan tidak ada pertumbuhan tenaga (zero growth) yang merupakan periode peningkatan kualitas personel dengan memeberikan pelatihan-pelatihan personel jangka pendek atau jangka panjang. Dari uraian diatas, kita dapat mengembangkan formula perkiraan jumlah tenaga rumah sakit sebagai berikut: (Ilyas, 2004)

c. Analisis kebutuhan sumber daya manusia rumah sakit

Metode atau formula yang telah dikembangkan untuk menghitung tenaga rumah sakit berakar pada beban kerja dari personel yang bersangkutan. Adapun di rumah sakit, jumlah perawat dapat di tentukan oleh jumlah tempat tidur atau juga ditentukan oleh tingkat *bed occupancy rate* (BOR) (Ilyas, 2004).

Dalam menentukan kebutuhan SDM rumah sakit harus memperhatikan beberapa faktor seperti berikut:

- 1) Ukuran dan tipe rumah sakit,
- 2) Fasilitas dan tipe pelayanan yang ditawarkan

- 3) Jenis dan jumlah peralatan dan frekwensi pemakaiannya
- 4) Kompleksitas penyakit
- 5) Usia pasien dan lamanya waktu tinggal di rumah sakit
- 6) Pemberian cuti, seperti : melahirkan, liburan, sakit, dan tugas belajar.
- 7) Keterbatasan anggaran
- 8) *Turn offer* (mengundurkan diri personel dan ketidak hadiran)
- 9) Pelayanan dan perawatan kesehatan 24 jam dll (Ilyas, 2004)

Beberapa metode perhitungan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan meliputi metode-metode dasar penyusunan rencana kebutuhan sumber daya manusia kesehatan:

a. Metode kebutuhan kesehatan (*Health Need Method*)

Perhitungan jumlah dan jenis tenaga pada metode need, dapat dilakukan dengan langkah pertama yaitu perlu diketahui secara akurat data tentang demografi penduduk seperti: Jumlah, umur, jenis kelamin, tingkat sosial ekonomi dan lain-lain. Kedua, data epidemiologis dan statistik kesehatan. Ketiga, berdasarkan data tersebut kemudian diterjemahkan kepada kebutuhan tenaga.

Perhitungan tenaga di rumah sakit biasanya membutuhkan data epidemiologis tentang penyakit, data insidens, dan prevalensi penyakit tertentu. Dari data tersebut rumah sakit mengetahui pelayanan kesehatan yang dibutuhkan berapa banyak kemungkinan perkiraan pasien, dan kemudian menterjemahkan beban kerja kepada jumlah dan jenis personil rumah sakit yang dibutuhkan.

Menghitung kebutuhan jumlah tenaga perawat dapat dilakukan dengan mengetahui deskripsi tugas atau pekerjaan dan berapa lama waktu untuk

menyelesaikan setiap tugas tersebut. Dengan diketahuinya jumlah pasien, maka dapat dihitung beban waktu kerja yaitu jumlah waktu kerja kumulatif perhari yang dibutuhkan oleh spesifik personel untuk pelayanan tersebut. Beban waktu kerja dan standar waktu kerja di perhatikan kemudian digunakan sebagai pedoman untuk menghitung kebutuhan spesifik personel untuk pelayanan kesehatan di rumah sakit.

b. Metode permintaan kesehatan (*Health services demand method*)

Demand terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain: demografi, pendapatan, pendidikan, dan pengetahuan pelayanan kesehatan modern, status kesehatan, aksesibilitas (keterjangkauan), *availabilitas* (ketersediaan), produktivitas dan teknologi kesehatan.

Penentuan kebutuhan tenaga perawat di rumah sakit dengan pendekatan *demand* yang penting adalah penterjemahan pelayanan kesehatan yang dibeli atau dikonsumsi oleh masyarakat. Selanjutnya pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tersebut dihitung berapa beban kerjanya, kemudian ditransfer kepada jenis dan jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan rumah sakit.

Perhitungan tenaga perawat dengan metode *demand* dapat juga berdasarkan data waktu yang digunakan oleh tenaga perawat untuk melaksanakan jenis pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan oleh pasien. Jadi setiap langkah pekerjaan untuk melayani permintaan pasien dihitung dan dikalikan dengan jumlah pasien yang harus dilayani, didapati waktu beban kerja untuk tenaga perawat tersebut.

c. Metode target kesehatan (*Health servis targets method*)

Perhitungan jumlah dan jenis tenaga pada metode target, lebih didasarkan pada *judgment* para pakar yang mengetahui secara cermat tentang masalah kesehatan, jenis dan beban pelayanan, serta kemampuan sumber daya yang tersedia. Proses pelaksanaan atau tahapan untuk perhitungan perawat yang dibutuhkan dalam kesehatan tertentu relatif sama dengan metode *need*. Data yang dibutuhkan untuk menghitung metode ini yaitu data epidemiologis, tentang penyakit, data insidens dan data prevalensi penyakit tertentu. Selanjutnya diperkirakan berapa proporsi orang sakit yang akan berobat ke rumah sakit. Misalya berapa jumlah pasien yang harus dicapai atau target untuk pelayanan kebidanan, bedah, anak, penyakit dalam, dan instalasi lainnya pada jadwal waktu tertentu. Kemudian diterjemahkan ke dalam beban kerja berapa jumlah dan jenis tenaga yang dibutuhkan. Target sasaran dan pelayanan rumah sakit pemerintah akan berbeda dengan target rumah sakit swasta.

d. Metode rasio kesehatan (*Rasio method*)

Berdasarkan SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Menkes RI) No 62 tahun 1979 tentang ketenagakerjaan rumah sakit menyatakan pendekatan rasio pada dasarnya dapat digunakan dengan membandingkan antara lain tenaga dibanding penduduk, tenaga berbanding tempat tidur, dan rasio tenaga dibanding produksi. Hanya pendekatan rasio tenaga dibanding produksi jarang digunakan di rumah sakit karena produktivitas setiap tenaga perawat berbeda sehingga tidak ada indikator yang dapat digunakan secara *universal*. Pendekatan dengan metode rasio, menggunakan jumlah tempat tidur sebagai *denominator* tenaga perawat yang diperlukan. Namun pendekatan ini mempunyai banyak

kelemahan, tapi dapat digunakan bila kemampuan dan sumber daya untuk perencanaan tenaga terbatas. Kemudian jenis, tipe dan volume pelayanan kesehatan relatif stabil. Metode ini paling sering dipakai karena sederhana dan mudah.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.262/Menkes/Peraturan/VII/1979 menyatakan bahwa kebutuhan tenaga kesehatan didasarkan pada rasio tempat tidur dengan tenaga kesehatan yang ada rumah sakit (Arwani, 2006). Pada metode ini ditentukan jumlah dan jenis personel yang harus disediakan rumah sakit sesuai dengan tipe rumah sakit. Dengan metode ini hanya dapat diketahui jumlah personel secara total tetapi tidak dapat mengetahui produktifitas SDM, situasi *demand* dan *supply* SDM rumah sakit, dan kapan personel tersebut dibutuhkan oleh setiap unit atau bagian rumah sakit yang membutuhkan (Ilyas 2004). Walaupun banyak kelemahan pendekatan ini dapat digunakan bila kemampuan dan sumber daya untuk perencanaan personel terbatas serta jenis, tipe, dan volume pelayanan kesehatan relatif stabil. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1 Rasio tempat tidur dan personel rumah sakit

Tipe RS	TM/TT	TPP/TT	TNPP/TT	TNONP
A&B	1/(4-7)	2/(3-4)	1/3	1/1
C	1/9	1/1	1/5	3/4
D	1/15	1/2	1/6	1/3

Sumber: Permenkes RI No.262/Menkes/Per/VII/1979 (Ilyas. Y, 2004)

Catatan:

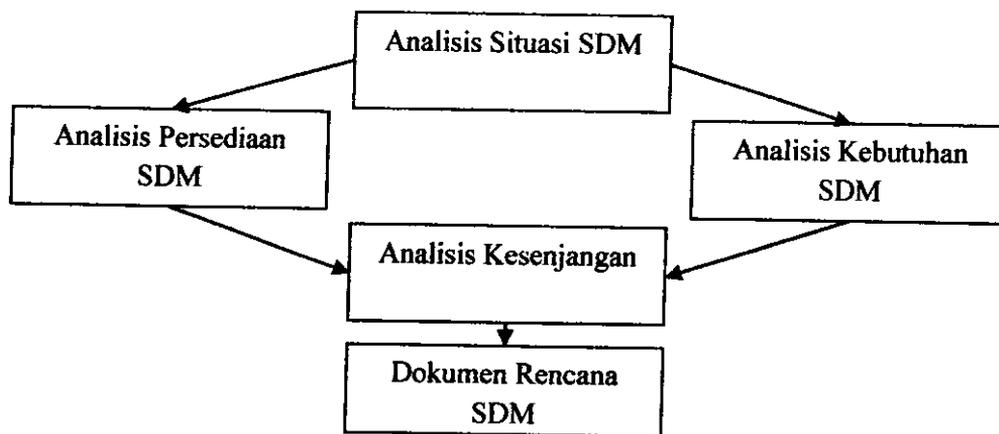
- TM : tenaga medis
 TPP : tenaga para medis
 TNPP : tenaga non paramedis
 TNONP : tenaga non perawatan
 TT : tempat tidur

d. Analisis kesenjangan sumber daya manusia rumah sakit

Setelah kita melakukan analisis situasi tenaga dan analisis kebutuhan tenaga, maka dapat dilakukan analisis kesenjangan yang dihadapi oleh rumah sakit. Kesenjangan dapat berarti tenaga pada suatu bagian atau unit berlebih dapat juga kekurangan tenaga yang dibutuhkan. Pada analisis kesenjangan kita merinci tentang jenis dan jumlah personel yang dibutuhkan, yang personel yang tersedia, jumlah yang harus ditambah atau dikurangi, dan kapan dibutuhkan rumah sakit.

e. Dokumen rencana sumber daya manusia rumah sakit

Dokumen kebutuhan tenaga rumah sakit dalam arti jumlah, jenis, dan kompetensi yang dibutuhkan pada periode waktu tertentu. Proses perencanaan kebutuhan sumber daya manusia rumah sakit tersebut dapat digambarkan seperti skema dibawah ini



Gambar 2.1 Proses Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit (Ilyas, 2004)

8. Perencanaan tenaga perawat di rumah sakit

Upaya menanggulangi keluhan kurangnya pegawai adalah dengan mencoba menarik pegawai baru dengan memperbaiki kondisi lingkungan pekerjaan di

rumah sakit, menaikkan kompensasi serta membuat jenjang karir yang jelas. Sebelumnya perlu dinilai keluhan kurangnya pegawai itu, apakah benar menjadi masalah. Untuk itu perlu dilakukan penghitungan beban kerja, yang secara garis besar dapat dilakukan dengan cara *work sampling*, *time and motion study*, *daily log*, dan *self assesment* (Aditama T.Y., 2004). Sementara penghitungan kebutuhan tenaga di rumah sakit dapat dinilai berdasarkan sistem rasio yang dibandingkan dengan standar, berdasarkan *need* dengan menghitung kebutuhan sesuai beban kerja dan dengan cara menilai *demand* yang dihitung menurut kegiatan yang memang benar dilakukan.

- a. Langkah perencanaan tenaga keperawatan menurut Druckter dan Gillies (1994), meliputi hal-hal sebagai berikut :
 1. Mengidentifikasi bentuk dan beban pelayanan keperawatan yang akan diberikan.
 2. Menentukan kategori perawat yang akan ditugaskan untuk melaksanakan pelayanan keperawatan.
 3. Menentukan jumlah masing-masing kategori perawat yang dibutuhkan.
 4. Menerima dan menyaring untuk mengisi posisi yang ada.
 5. Melakukan seleksi calon-calon yang ada.
 6. Menentukan tenaga perawat sesuai dengan unit atau *shift*
 7. Memberikan tanggung jawab untuk melaksanakan tugas pelayanan keperawatan.

Menurut Arwani (2006), penetapan jumlah tenaga keperawatan harus disesuaikan dengan kategori yang akan dibutuhkan untuk asuhan keperawatan klien di setiap unit. Beberapa pendekatan dapat digunakan untuk

memperkirakan jumlah staf yang dibutuhkan berdasarkan kategori klien yang dirawat, rasio perawat dan klien untuk memenuhi standar praktik keperawatan. Cara menentukan jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan untuk setiap unit sebagai berikut :

1. Rasio perawat – klien disesuaikan dengan standar perkiraan jumlah klien sesuai data sensus.
2. Pendekatan teknik industri, yaitu identifikasi tugas perawat dengan menganalisis alur kerja perawat atau *work flow*. Rata-rata frekuensi dan waktu kerja ditentukan dengan data sensus klien, dihitung untuk menentukan jumlah perawat yang dibutuhkan.
3. *System approach staffing* atau pendekatan sistem ketenagaan dapat menentukan jumlah optimal yang sesuai dengan kategori perawat untuk setiap unit serta mempertimbangkan komponen *input-proses – output-umpan balik*.

Kebutuhan tenaga perawat dapat ditinjau berdasarkan waktu tindakan keperawatan yaitu waktu perawatan langsung, waktu perawatan tidak langsung, dan pendidikan kesehatan. Menghitung waktu yang dibutuhkan dalam perawatan klien perhari, perlu menjumlahkan ketiga cara tersebut yaitu waktu perawatan langsung, tak langsung dan waktu pendidikan. Selanjutnya jumlah tenaga dibutuhkan berdasarkan beban kerja perawat (Arwani 2006).

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga perawat

Menurut Suyanto (2009) beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan tenaga keperawatan adalah :

1. Faktor klien
 - a. Tingkat kompleksitas perawatan seperti di *Intensive care unit*, unit gawat darurat.
 - b. Kondisi pasien sesuai dengan jenis penyakit dan usianya.
 - c. Kategori pasien
 - d. Jumlah pasien dan fluktuasinya.
 - e. Keadaan sosial ekonomi
 - f. Harapan pasien dan keluarganya.
2. Faktor tenaga
 - a. Jumlah dan komposisi tenaga keperawatan.
 - b. Kebijakan pengaturan dinas.
 - c. Uraian tugas perawat.
 - d. Kebijakan personalia
 - e. Tingkat pendidikan dan pengalaman kerja.
 - f. Tenaga perawat spesialis.
 - g. Sikap etnis para profesional.
3. Faktor lingkungan
 - a. Tipe dan lokasi rumah sakit.
 - b. *Lay out* ruang keperawatan
 - c. Fasilitas dan jenis pelayanan yang diberikan.
 - d. Kelengkapan peralatan medik / diagnostik.

- e. Pelayanan penunjang dari instansi lain.
 - f. Macam kegiatan yang dilaksanakan seperti penyuluhan, kunjungan rumah.
4. Faktor organisasi
- a. Visi Misi, tujuan organisasi, strategi pencapaian.
 - b. Struktur Organisasi
 - c. Waktu kerja efektif
 - d. Mutu pelayanan yang ditetapkan.
 - e. Kebijakan pembinaan dan pengembangan.

Menurut Notoatmojo (2009) pengembangan SDM perlu mempertimbangkan berbagai faktor, baik dari dalam organisasi maupun dari dalam organisasi (faktor internal dan faktor eksternal). Faktor internal mencakup keseluruhan kehidupan organisasi yang dapat dikendalikan oleh pimpinan maupun anggota organisasi yang bersangkutan. Faktor internal yaitu visi dan misi organisasi, tujuan organisasi, strategi pencapaian, sifat dan jenis kegiatan dan teknologi yang digunakan. Agar dapat melaksanakan visi dan misi, maka harus mempertimbangan faktor-faktor eksternal yaitu kebijakan pemerintah, baik yang dikeluarkan melalui perundang-undangan, peraturan pemerintah.

2.4 Perawat dan Pelayanan Keperawatan

2.4.1 Perawat

1. Pengertian Perawat

Menurut *International Council of Nursing* (1965) dalam Shaw (2007), perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan

keperawatan, berwenang di negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien.

Nursalam (2001) mendefinisikan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respon adaptasi berhubungan dengan 4 mode respon adaptasi. Perubahan internal dan eksternal dan stimulus input tergantung dari kondisi koping individu. Kondisi koping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus *focal*, *contextual*, dan *residual*. *Focal* adalah suatu respons yang diberikan secara langsung terhadap ancaman/*input* yang masuk. Penggunaan *focal* pada umumnya tergantung tingkat perubahan yang berdampak terhadap seseorang. Stimulus *contextual* adalah semua stimulus lain pada seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subjektif disampaikan oleh individu. Stimulus *residual* adalah karakteristik/riwayat dari seseorang yang ada dan timbul relevan dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif.

2. Peran Perawat

Tenaga keperawatan merupakan personil yang pertama kali berhadapan dengan klien dan yang paling lama berhubungan dengan klien, oleh karenanya peran dan kualitas tenaga keperawatan sangat menentukan penampilan rumah sakit (Gillies, 1994).

Departemen Kesehatan R.I, (1988) menetapkan peran tenaga keperawatan sebagai berikut:

a. Pelaksana pelayanan keperawatan.

Tenaga keperawatan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan keperawatan dari yang bersifat sederhana sampai yang paling kompleks kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

b. Pengelola dalam bidang pelayanan keperawatan dan institusi pendidikan keperawatan. Tenaga keperawatan bertanggung jawab dalam hal administrasi keperawatan baik di masyarakat maupun di institusi dalam mengelola pelayanan keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Tenaga keperawatan juga bekerja sebagai pengelola suatu sekolah atau program pendidikan keperawatan.

c. Pendidik dalam ilmu keperawatan. Tenaga Keperawatan bertanggung jawab dalam hal pendidikan dan pengajaran ilmu keperawatan bagi tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya.

d. Peneliti dan pengembang ilmu keperawatan. Tenaga keperawatan melakukan penelitian keperawatan untuk mengembangkan ilmu keperawatan dan meningkatkan praktek profesi keperawatan, khususnya pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan administrasi keperawatan.

Doheny (1982) dalam Asmadi (2008) mengidentifikasi beberapa elemen peran tenaga keperawatan profesional adalah sebagai berikut :

a. *Care Giver*.

1) Memperhatikan individu dalam konteks sesuai kehidupan pasien.

Tenaga keperawatan harus memperhatikan pasien berdasarkan kebutuhan signifikan dari pasien.

- 2) Tenaga keperawatan menggunakan nursing process untuk mengidentifikasi diagnosa keperawatan.
- 3) Memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat sesuai diagnosis masalah yang terjadi.

b. *Client advocate.*

Tenaga keperawatan bertanggung jawab untuk membantu pasien dan keluarganya, dalam menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan untuk mengambil persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepadanya.

c. *Conselor.*

- 1) Mengidentifikasi perubahan pola interaksi pasien terhadap keadaan sehat sakitnya.
- 2) .Adanya perubahan pola interaksi ini merupakan dasar dalam merencanakan metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasinya.
- 3) Konseling diberikan kepada individu dan keluarga dalam menginterpretasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu.
- 4) Memecahkan masalah difokuskan pada masalah keperawatan dan mengubah perilaku hidup sehat

d. *Educator.*

Membantu pasien mempertinggi pengetahuan dalam upaya meningkatkan kesehatan, gejala penyakit sesuai kondisi dan tindakan yang spesifik.

e. *Coordinator.*

Peran tenaga keperawatan adalah mengarahkan, merencanakan, mengorganisasikan pelayanan dari semua anggota tim kesehatan.

f. *Collaborate.*

Tenaga keperawatan bersama pasien, keluarga, tim kesehatan lain berupaya mengidentifikasi pelayanan kesehatan yang diperlukan.

g. *Consultant.*

Elemen ini secara tidak langsung berkaitan dengan permintaan pasien terhadap informasi tentang tujuan keperawatan yang diberikan.

h. *Change agent.*

Elemen ini mencakup perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistimatis dalam berhubungan dengan klien dan cara pemberian keperawatan kepada klien.

Depkes RI (1981) dalam Haeruddin (2003) mengatakan bahwa dalam pedoman teknis perawatan dasar, perawat mempunyai tugas yaitu mempersiapkan dan memelihara ruangan perawatan serta lingkungan pasien.

Tugas tenaga keperawatan dapat digolongkan sebagai berikut:

1. Tugas Penunjang yaitu memelihara kebersihan dan menata ruang perawatan:
 - a) Tempat tidur
 - b) Lemari pakaian pasien
 - c) Meja pasien
 - d) Kursi
 - e) Kran dan bak cuci tangan

- f) Bel
 - g) Hiasan dinding
 - h) Membersihkan lantai, kamar mandi, dan jendela
 - i) Kasur dan bantal, serta alat tonun
 - j) Menyiapkan larutan desinfektan dan sterilisasi
 - k) Pemeliharaan alat – alat perawatan dan kedokteran
2. Tugas Pokok yaitu memberikan keamanan, kenyamanan, dan tindakan asuhan keperawatan seperti:
- a) Menerima pasien baru
 - b) Memindahkan pasien
 - c) Menolong pasien berjalan ke kursi
 - d) Macam – macam sikap berbaring pasien
 - e) Mengganti sprei kotor pada tempat tidur yang ada pasien di atasnya
 - f) Mengukur suhu badan
 - g) Menghitung denyut nadi
 - h) Menghitung pernafasan
 - i) Mengukur tekanan darah
 - j) Menimbang berat badan
 - k) Memandikan pasien di tempat tidur
 - l) Memelihara rambut
 - m) Memelihara kebersihan mulut
 - n) Memelihara dan memotong kuku
 - o) Menolong pasien buang air kecil dan buang air besar

- p) Menghidangkan dan membantu memberikan makanan dan minuman pasien
- q) Memelihara kebersihan vulva dan perineum
- r) Menyiapkan dan memberikan huknah rendah dan huknah tinggi
- s) Memasang dan mengganti balutan serta mengangkat jahitan luka
- t) Memberikan kompres hangat/dingin ke pasien
- u) Menyiapkan pasien yang akan pulang
- v) Perawatan pasien terminasi
- w) Perawatan pasien yang baru saja meninggal

2.4.2 Pengertian keperawatan

Pelayanan keperawatan merupakan proses kegiatan yang natural dan berurutan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Pelayanan keperawatan ini diberikan karena adanya keterbatasan/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, pemulihan 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 (Fredna,2009).

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-spiko-sosio spiritual yang secara komprehensif, yang ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat (Asmadi,2008).

2.4.3 Proses keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal, melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosa keperawatan, penentuan rencana keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan (Suarli, 2010)

Pooter & Perry (2005) 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.

2.4.4 Tahapan Dalam Proses Keperawatan

Tahapan dalam proses keperawatan, yaitu mulai dari melakukan pengkajian, menetapkan mendiagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan terkait dengan penetapan diagnosa, melakukan implementasi dari apa yang direncanakan dan tahapan terakhir adalah melakukan evaluasi terhadap keempat tahapan yang sudah dilakukan sebelumnya apakah sudah sesuai dengan yang ditetapkan. Menurut Doengoes (2000) proses keperawatan terdiri dari 5 tahapan, yaitu pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi dan

evaluasi. Adapun tahapan dalam melakukan asuhan keperawatan sebagai berikut:

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap utama untuk dapat melanjutkan ke tahap lanjut secara tepat dan akurat. Keakuratan data menjadi kunci tercapainya tahap asuhan keperawatan selanjutnya. Format pengkajian berisikan data awal perawat terhadap klien yang baru dirawat. Pengkajian dibuat berdasarkan hasil wawancara langsung perawat dengan klien dan keluarga. Termasuk juga hasil pemeriksaan fisik head to toe. Bentuknya berupa *check list* atau narasi. Pengkajian ini memberikan data dasar dalam menyusun rencana asuhan keperawatan dan hasil pengkajian merupakan murni data mentah, bukan hasil analisa atau kesimpulan.

2. Tahap Merumuskan Diagnosa Keperawatan

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

3. Tahap Perencanaan atau Intervensi Keperawatan

Tahapan ini dibuat oleh ketua tim berdasarkan hasil analisa data pasien. Format yang diisi dalam bentuk kolom. Rencana keperawatan dibuat mengacu pada standar rencana asuhan keperawatan dan memuat diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria hasil dan intervensi keperawatan.

4. Tahapan Implementasi Keperawatan

Tahapan pencatatan tentang semua tindakan keperawatan baik mandiri maupun kolaboratif. Selain itu aktifitas lain yang dilakukan untuk dan atau bersama klien. Implementasi ini dilakukan perawat sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat .

5. 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 sebagai catatan perkembangan.

Catatan perkembangan keperawatan berisikan informasi tentang kondisi kesehatan klien setiap hari berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat secara narasi. Dikenal dengan istilah SOAPIER. Penulisan diawali dengan diagnosa keperawatan, diikuti data subjektif dan data objektif, serta perencanaan lebih lanjut. SOAPIER, artinya S (subjektif): data keluhan pasien atau keluarga, O (objektif): data hasil pengamatan, baik dengar, lihat, sentuh, cium dan hasil ukur perawat. A (analisa): kesimpulan perawat tentang kondisi pasien, P (perencanaan): rencana tindakan yang ditetapkan untuk menyelesaikan masalah. I (intervensi/implementasi): tindakan sesuai dengan rencana yang dibuat. E (evaluasi): evaluasi terhadap status kesehatan pasien atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat. Terakhir R (revisi): revisi terhadap rencana tindakan sesuai data-data status kesehatan pasien. Kegiatan proses keperawatan,

menggambarkan kegiatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, memiliki tanggung jawab yang sangat besar. Banyak pekerjaan yang diharapkan baik oleh pasien, keluarga maupun profesi kesehatan lain. Pekerjaan perawat inilah sebagai beban kerja selama sehari dalam 24 jam sesuai pembagian shift untuk ruang rawat inap. Perawat berada di samping pasien untuk melayani kebutuhan-kebutuhan mereka.

2.4.5 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Tindakan keperawatan dapat dilaksanakan sebagian oleh pasien itu sendiri, oleh perawat secara mandiri, atau mungkin dilakukan secara bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lain, misalnya ahli gizi dan fisioterapi (Suarli,2010). Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggungjawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen, dan interdependen (Nursalam,2001)

Kegiatan keperawatan menurut (Rowlan,1980) dan (Gillies,1994) dibagi menjadi :

1. Kegiatan keperawatan langsung

Kegiatan perawatan langsung merupakan aktifitas perawatan yang diberikan oleh perawat yang ada hubungan secara khusus dengan kebutuhan fisik, psikologi dan spiritual pasien. Kebutuhan ini meliputi: komunikasi, pemberian obat, pemberian makan dan minum, kebersihan diri, serah terima pasien dan prosedur tindakan, seperti: mengukur tanda-tanda vital, merawat luka, persiapan

operasi, melaksanakan observasi, memasang dan observasi infus dan memberikan dan mengontrol pemasangan oksigen. Perkiraan jumlah tenaga dapat dihitung berdasarkan waktu perawatan langsung yang dihitung berdasarkan tingkat ketergantungan pasien. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk perawatan langsung (*direct care*) adalah berkisar 4 – 5 jam / klien / hari. Menurut Minetti & Hurchinsun (1975) dalam Gillies (1994), waktu yang dibutuhkan untuk perawatan langsung didasarkan pada kategori berikut :

- a. Perawatan Mandiri (*Self care*) adalah $\frac{1}{2} \times 4 \text{ jam} = 2 \text{ jam}$
- b. Perawatan sebagian (*partial care*) adalah $\frac{3}{4} \times 4 \text{ jam} = 3 \text{ jam}$
- c. Perawatan total (*total care*) adalah $1 - 1 \frac{1}{2} \times 4 \text{ jam} = 4-6 \text{ jam}$
- d. Perawatan intensif (*intensive care*) adalah $2 \times 4 \text{ jam} = 8 \text{ jam}$

Penelitian Andersen dalam Tappen (1998) menyatakan bahwa penggunaan waktu untuk kegiatan keperawatan langsung adalah 35% dari total seluruh kegiatan perawat dan biasanya tidak lebih dari 50%

2. Kegiatan keperawatan tak langsung

Kegiatan keperawatan tidak langsung merupakan kegiatan keperawatan tidak langsung yang dilakukan oleh perawat kepada pasien dan ini merupakan kegiatan persiapan untuk melengkapi tindakan keperawatan langsung. Kegiatan yang dimaksud antara lain administrasi pasien, menyiapkan obat-obatan, menyiapkan alat, melakukan koordinasi dan konsultasi demi kepentingan pasien, dan kegiatan kurir yang berkaitan dengan kepentingan pasien, kegiatan pengembangan keperawatan misalnya membaca buku keperawatan, diskusi antar sesama perawat atau dengan atasan maupun tim kesehatan lain terhadap

perkembangan dan kondisi pasien, kegiatan pengembangan organisasi rumah sakit seperti pertemuan dengan pimpinan rumah sakit.

Berdasarkan penelitian perawat di rumah sakit, Grace Detroit dalam Gillies (1994), menyatakan bahwa rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk perawatan tidak langsung adalah 36 menit/klien/hari. Sedangkan menurut Wolfe & Young (1965) dalam buku yang sama menyatakan sebesar 60 menit / menit/klien/hari.

3. Kegiatan pendidikan kesehatan

Merupakan kegiatan yang menekankan seluruh tenaga perawat untuk menginformasikan kepada pasien dan keluarganya mengenai kebutuhan-kebutuhan keperawatan yang dapat mendukung kesembuhan pasien (Tappen,1998). Menurut Gillies (1994), waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pendidikan kesehatan berkisar 15 menit/ menit/ klien/ hari (Arwani,2006).

Menurut Nursalam (2007) tindakan Keperawatan berdasarkan Kebutuhan Individu (Pengembangan UU Kesehatan Tahun 1992 dan Kepmenkes Nomor 1239)

1. Memenuhi Kebutuhan O₂
 - a. Mengatur Posisi Tidur
 - b. Melaksanakan *postular drainage*, vibrasi dan *perkusi toraks*
 - c. Membantu pernapasan dalam dan batuk
 - d. Melakukan dokumentasi keperawatan klien
 - e. Menilai *capillary refill*
 - f. Melaksanakan perawatan preoperatif pada kasus pembedahan (misalnya, latihan napas dalam)

- g. Melaksanakan perawatan intraoperatif pada kasus pembedahan (misalnya, membebaskan jalan nafas dengan kepala ekstensi)
 - h. Melaksanakan perawatan postoperatif pada kasus pembedahan (misalnya, membebaskan jalan napas dengan kepala ekstensi)
 - i. Melaksanakan resusitasi jantung
 - j. Melaksanakan manajemen klien tersedak
 - k. Melaksanakan teknik hemlick maneuver
 - l. Melaksanakan berbagai teknik pertolongan klien tenggelam
 - m. Melakukan pemeriksaan terhadap tingkat kesadaran
 - n. Pemberian O₂ dengan *tube kanal* dan inhalasi
 - o. Melakukan perawatan WSD
 - p. Menyiapkan spesimen (sputum, AGD)
 - q. Melaksanakan manajemen ventilator
 - r. Melaksanakan penghisapan sekret (*suction orofaringeal*, rongga nasofaringeal)
 - s. Perawatan trakeostomi
 - t. Memantau intermiten pressure pulmonal breathing
 - u. Bronchial washing pada klien yang terpasang ETT
2. Memenuhi Manajemen Ventilator
- a. Memberi makan dan minum melalui mulut
 - b. Memberi makan melalui NGT
 - c. Memberi makan/minum pada bayi
 - d. Memberi makan melalui *flow care*
 - e. Memberi makan melalui gastro dan yeyunum

- f. Memberi penyuluhan tentang diet
 - g. Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan
 - h. Melakukan antropometri
 - i. Memonitor status nutrisi
 - j. Membuat susu formula
 - k. Melakukan perawatan preoperatif sistem pencernaan (misalnya, menyiapkan klien puasa)
 - l. Melakukan perawatan intraoperatif sistem pencernaan (misal: monitor/menolong muntah/ buang air besar)
 - m. Melakukan perawatan postoperatif sistem pencernaan (misal: monitor/ menolong muntah, monitor peristaltik)
 - n. Menghitung pemasukan makanan dan minuman
 - o. Mempertimbangkan pemenuhan kebutuhan kalori harian
 - p. Memasang NGT
 - q. Mencabut NGT
 - r. Memberikan nutrisi parenteral/melalui sentral sesuai program medis
3. Memenuhi kebutuhan Integritas Jaringan
- a. Mengobserasi keadaan jaringan kulit (dehidrasi, eviserasi)
 - b. Membuang jaringan mati
 - c. Irigasi luka/drainage
 - d. Membalut luka (dengan verban dan elastic verband)
 - e. Melakukan perawatan gips
 - f. Memasang bidai
 - g. Melaksanakan fiksasi dan relaksasi

- h. Menjahit luka (pada keadaan gawat)
 - i. Melakukan perawatan preoperatif sistem integumen (misal: mencukur/mengompres daerah akan dioperasi)
 - j. Melakukan perawatan intraoperatif sistem integumen (misal: melakukan instrumentator)
 - k. Melakukan perawatan postoperatif sistem integumen (misal: monitor infeksi, perawatan luka)
 - l. Melakukan pertolongan pertama luka
 - m. Melakukan perawatan luka
 - n. Melakukan perawatan drainase luka
 - o. Melakukan perawatan luka bakar
 - p. Mengangkat jahitan
4. Memenuhi Kebutuhan Cairan dan Elektrolit
- a. Memonitor infus yang terpasang
 - b. Mengganti balutan infus
 - c. Menentukan status hidrasi
 - d. Mengobservasi status asam basa
 - e. Memberikan penyuluhan pendidikan kesehatan tentang keseimbangan cairan dan elektrolit
 - f. Mengukur intrake dan output cairan dan elektrolit
 - g. Melaksanakan pemasangan infus sesuai program medik
 - h. Melepas infus
 - i. Melaksanakan tranfusi darah sesuai program medis
 - j. Memberikan nutrisi parenteral

- k. Memberikan nutrisi melalui sentral
 - l. Irigasi lambung
5. Memenuhi kebutuhan eliminasi buang air besar
- a. Membantu buang air besar di tempat tidur/kamar mandi
 - b. Mengeluarkan fekal secara manual
 - c. Melakukan pemeriksaan rektal tube
 - d. Bowel training
 - e. Pendidikan kesehatan tentang masalah eliminasi bowel
 - f. Perawatan kolostomi
 - g. Memberikan enema (gliserin semprit)
 - h. Memberikan supositoria
 - i. Memberikan huknah tinggi/rendah
 - j. Menyiapkan spesimen feses untuk pemeriksaan laboratorium
6. Memenuhi kebutuhan eliminasi urine
- a. Membantu buang air kecil di tempat tidur/kamar mandi
 - b. Merawat kateter urine
 - c. Melakukan pendidikan kesehatan pada kebutuhan eliminasi urine
 - d. Melakukan spooling pada klien terpasang kateter
 - e. Melakukan perawatan preoperasi perkemihan (misal: mengosongkan kandung kermih)
 - f. Melakukan perawatan intraoperasi perkemihan (misal: memonitor urine)
 - g. Melakukan perawatan postoperasi perkemihan (misal: memonitor dan mengukur urine)
 - h. Keagel exercises

- i. Bladder training
 - j. Memasang kateter urine (midwelling/follow catheter)
 - k. Melepas kateter urine
 - l. Mengumpulkan / menyiapkan spesimen urine untuk pemeriksaan laboratorium
 - m. Memasang kondom kateter
 - n. Irigasi kandung kemih
 - o. Tes berat jenis urine
 - p. Perawatan pre dan post-sistomi
 - q. Melakukan spooling pada klien terpasang kateter
 - r. Melakukan perawatan urostoma
7. Memenuhi kebutuhan kebersihan diri dan lingkungan
- a. Memandikan klien
 - b. Menyisir rambut
 - c. Memasang kap kuku
 - d. Mencuci rambut
 - e. Membersihkan mulut
 - f. Menggosok gigi
 - g. Melaksanakan vulva hygiene
 - h. Melaksanakan penis hygiene
 - i. Memotong kuku
 - j. Menyiapkan tempat tidur
 - k. Melaksanakan penyuluhan tentang kebersihan diri
 - l. Melakukan back rub

- m. Mencukur
8. Memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur
 - a. Melakukan penyuluhan tentang kebutuhan istirahat tidur
 - b. Menjaga keamanan klien
 - c. Memberikan teknik relaksasi
 - d. Memberikan latihan gerak dan ambulasi
 - e. Membantu terlaksananya aktivitas yang bervariasi
 - f. Menciptakan suasana tenang
 9. Memenuhi kebutuhan obat-obatan
 - a. Menghitung kebutuhan obat sesuai dengan program medis
 - b. Menyimpan dan mengatur penggunaan obat
 - c. Menyiapkan dan memberi obat-obat untuk klien sesuai program medik dan prinsip 5 benar dengan cara pemberian : melalui mulut, intrakutan, subkutan, intravena, tramuskular, supositoria, inhalasi, instilasi/tetes, bukal/langit-langit atas, sublingual, kulit.
 - d. Melakukan persiapan dan memberikan obat-obatan kemoterapi/bat-obatan steroid sesuai program medis
 - e. Memberi penyuluhan tentang obat-obatan
 - f. Mengkaji efek samping obat-obatan
 - g. Memberi obat sesuai algoritma klinik bagi pelayanan kesehatan tahun 2001
 - h. Penanggulangan efek samping
 10. Memenuhi kebutuhan obat-obatan
 - a. Menghitung kebutuhan obat sesuai dengan program medik

- b. Menyimpan dan mengatur penggunaan obat
 - c. Menyiapkan dan memberi obat-obat untuk klien sesuai program medik dan prinsip 5 benar dengan cara pemberian : melalui mulut, intrakutan, subkutan, intravena, transmuskular, supositria, inhalasi, instilasi/ tetes, bukal/langit-langit atas, sublingual, kulit
 - d. Melakukan persiapan dan memberikan obat-obatan kemoterapi/ obat-obatan steroid sesuai program medis
 - e. Memberikan penyuluhan tentang obat-obatan
 - f. Mengkaji efek samping bat-obatan
 - g. Memberi obat sesuai algoritma klinik bagi pelayanan kesehatan tahun 2001
 - h. Penanggulangan efek samping
11. Memenuhi kebutuhan keamanan dan keselamatan
- a. Melakukan teknik isolasi: menggunakan sarung tangan steril/tidak steril, gaun pelindung, jas operasi, apron/celemek, menggunakan tutup kepala dan masker
 - b. Melakukan teknik pengikatan bagi klien gelisah
 - c. Penggunaan bantal klien
 - d. Memasang pengaman pada tempat tidur
 - e. Menyiapkan dan menggunakan tempat pembuangan alat-alat dan bahan bekas/sisa (disposal infeksius)
12. Memenuhi kebutuhan manajemen nyeri
- a. Melakukan teknik stimulasi : kontaneus, kontralateral, dan transkutaneus
 - b. Antisipatori guidance

- c. Teknik relaksasi biofeed back
 - d. Teknik distaksi
 - e. Teknik imajinasi terbimbing
 - f. Teknik hipnotis
 - g. Teknik gate kontrol
 - h. Melakukan masase
 - i. Kompres hangat dan dingin
 - j. Melakukan teknik stimulasi: kontaneus, kontralateral, dan transkutaneus
13. Memenuhi kebutuhan psikososial/ spiritual
- a. Melaksanakan pengkajian tentang kebutuhan konsep diri
 - b. Melaksanakan penggunaan kelompok sebagai sistem pendukung aktivitas
 - c. Melakukan pengajaran komunikasi asertif
 - d. Menggunakan kelompok sebagai psikoterapi
 - e. Mengajarkan teknik penguatan/koping
 - f. Mengajarkan komunikasi terapeutik interpersonal
 - g. Melakukan teknik-teknik untuk menjadi pendengar aktif
 - h. Memfasilitasi lingkungan yang asertif
 - i. Melaksanakan cara menghargai sistem nilai dan keyakinan klien
 - j. Melaksanakan cara-cara untuk memfasilitasi klien yang sedang berduka
 - k. Melakukan teknik-teknik peningkatan konsep diri yang meliputi harga diri, ideal diri, dan gambaran diri
 - l. Memfasilitasi klien terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual: sentuhan terapeutik; bimbingan rohani

- m. Membantu klien mengenal dan menerima kenyataan yang mengalami gangguan konsep diri
 - n. Mengobservasi perilaku/pikiran-pikiran yang tidak realistis
 - o. Melaksanakan terapi kelompok
14. Memenuhi kebutuhan aktivitas dan exercise
- a. Memindahkan klien dari dan ke tempat tidur
 - b. Merubah posisi: lateral, prone, sim, Orthopnik, Kneechest, litotomi
 - c. Membantu klien dari posisi berbaring ke posisi duduk di tempat tidur
 - d. Membantu klien dari posisi berbaring ke kursi roda
 - e. Membantu klien jalan dengan menggunakan alat bantu
 - f. Melatih *ROM Exercise*
 - g. Membantu dan melatih ambulasi
 - h. Memberikan pendidikan kesehatan tentang aktivitas dan latihan
 - i. Mengajarkan *body* mekanik yang tepat
 - j. Mengajarkan *body alignmen*
15. Memenuhi kebutuhan interaksi sosial
- a. Melaksanakan interaksi sosial terapeutik
 - b. Melaksanakan teknik untuk menginterupsi sikap anti sosial
 - c. Melaksanakan teknik terapi modalitas (aktivitas kelompok *terapi kerja*, *terapi millie*, dan lain-lain)
 - d. Melaksanakan manajemen konflik
 - e. Melaksanakan manajemen stress
 - f. Melaksanakan manajemen klien menarik diri dan depresi
 - g. Melaksanakan manajemen klien mania/agresift

- h. Melakukan teknik komunikasi pada klien marah
 - i. Melakukan berbagai teknik orientasi
 - j. Mempersiapkan klien dilakukan psikoterapi
 - k. Melakukan observasi perilaku bunuh diri
 - l. Melakukan observasi perilaku halusinasi
 - m. Mengajar dalam berpikir realistis
 - n. Mengajar klien mengenal perasaannya
 - o. Membimbing klien dalam mengekspresikan pikiran/perasaan waham
 - p. Membimbing dalam mengurangi perilaku manipulasi
16. Memenuhi kebutuhan tentang perasaan kehilangan, menjelang ajal, dan menghadapi kematian
- a. Melaksanakan teknik komunikasi terapeutik sesuai fase kehilangan
 - b. Melaksanakan cara-cara untuk menjadi pendengar aktif
 - c. Melatih dalam menimbulkan rasa empati
 - d. Melaksanakan perawatan menjelang ajal
 - e. Melaksanakan perawatan klien meninggal
 - f. Melatih perasaan saling percaya antara perawat-klien
 - g. Melatih komunikasi asertif
17. Memenuhi kebutuhan seksual
- a. Melakukan cara-cara/teknik untuk menciptakan lingkungan privasi
 - b. Mengajarkan pola seksualitas yang sehat
 - c. Mengajarkan perubahan fisiologi kehamilan
 - d. Mengajarkan pendidikan seks pada usia remaja dewasa dan usia lanjut
 - e. Mengajarkan cara pemilihan kontrasepsi

- f. Menciptakan hubungan terapeutik dalam mendiskusikan masalah seks
 - g. Memperkenalkan alat-alat bantu dalam pemenuhan kebutuhan seks
 - h. Melaksanakan rujukan masalah seksual
 - i. Menerima konseling masalah seksual
18. Memenuhi kebutuhan lingkungan sehat
- a. Menyediakan objek yang menunjang
 - b. Memodifikasi stimulus lingkungan yang sehat
 - c. Menjaga stabilitas lingkungan
 - d. Memberikan pendidikan kesehatan tentang parameter/indikator kesehatan lingkungan
 - e. Melakukan kontrol infeksi/pencegahan infeksi nosokomial
 - f. Melaksanakan manajemen teknik isolasi dalam rangka pemberian kemoterapi dan penurunan sistem imun/kekebalan tubuh

Jenis kegiatan keperawatan yang dilaksanakan di ruang Bedah/Penyakit

Dalam sesuai instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit Depkes (2005) meliputi :

1. Memberikan oksigen
2. Menyuyapi pasien
3. Memasang infus
4. Memberikan transfusi
5. Menolong pasien BAB
6. Memberikan huknah rendah
7. Menjaga Keselamatan Pasien di Tempat Tidur
8. Memandikan Pasien di Tempat Tidur

9. Membantu Pasien mandi sendiri di kamar mandi
10. Membantu Pasien mandi ke kamar mandi dengan kursi roda
11. Membersihkan mulut pada pasien tidak sadar
12. Membantu pasien membersihkan mulut
13. Mengganti alat tenun kotor pada TT tanpa memindahkan pasien
14. Menyisir rambut pasien
15. Melaksanakan ambulasi dini turun dari tempat tidur
16. Memberi pelayanan mental spiritual kepada pasien yang
17. menghadapi saka ratu l maut
18. Melaksanakan program orientasi kepada pasien
19. Melaksanakan komunikasi langsung / lisan
20. Mengukur suhu badan per axillary (ketiak)
21. Menghitung nadi & pernafasan
22. Mengganti balutan luka
23. Mengukur tekanan darah
24. Memberikan kompres dingin
25. Memberi obat melalui mulut
26. Memberikan obat melalui suntikan
27. Memberikan penyuluhan kesehatan secara individu
28. Mengukur cairan yang masuk dan keluar

2.5 Klasifikasi Pasien

2.5.1 Pengertian Klasifikasi Pasien

Metode klasifikasi pasien adalah usaha untuk mengukur beban kerja keperawatan yang meliputi sejumlah kegiatan keperawatan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien. Tingkat ketergantungan pasien dapat dibagi menjadi *self care*, *partial care*, dan *total care*. Kegunaan klasifikasi pasien untuk memprediksi jumlah waktu dan tenaga perawat yang dibutuhkan untuk setiap kategori pasien (Douglas,1979) dalam Fatima (2002).

2.5.2 Tujuan Metode klasifikasi pasien

Menurut Swanburg (1999), tujuan metode klasifikasi pasien adalah :

1. Penyusunan tenaga perawat. Metode ini akan menetapkan ukuran waktu yang dibutuhkan kegiatan keperawatan dan akan digunakan untuk menentukan jumlah dan kompetensi tenaga perawat.
2. Menyusun anggaran biaya tenaga perawat berdasarkan kegiatan yang diberikan kepada pasien.
3. Memudahkan dalam pergantian shif perawat karena sudah jelas jenis perawatan yang akan diberikan kemudian.
4. Meningkatkan produktifitas perawat.
5. Meningkatkan kualitas pelayanan karena adanya prosedur yang jelas mengenai jenis perawatan yang diberikan.

2.5.3 Jenis Klasifikasi Pasien

Edwaston dalam Gillies (1994) pengelompokkan pasien berdasarkan kebutuhan keperawatan klinis dapat diobservasi oleh perawat. Sistem ketergantungan pasien ini dikelompokkan sesuai dengan tingkat

ketergantungannya pada perawat atau lama waktu dan kemampuan yang dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan pasien. Tujuan pengelompokan ini dijadikan sebagai informasi perkiraan beban kerja perawat. Klasifikasi ketergantungan pasien dapat dilihat melalui observasi terhadap pasien melalui pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dalam periode waktu tertentu selama perawatan, seperti: makan, minum, kebersihan diri, eliminasi, aktifitas, perilaku, terapi dan pendidikan kesehatan. Swansburg (2000), membagi tingkat ketergantungan pasien menjadi 5 kategori yaitu

1. Kategori I: Perawatan Mandiri

- a. Kegiatannya makan, minum dilakukan sendiri atau dengan sedikit bantuan, merapikan diri dilakukan sendiri dan kebutuhan eliminasi ke kamar mandi serta mengatur kenyamanan posisi tubuh dapat dilakukan sendiri.
- b. Keadaan umum baik, masuk rumah sakit untuk check up atau bedah minor.
- c. Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi: membutuhkan penjelasan untuk tiap prosedur tindakan, membutuhkan penjelasan persiapan pulang, emosi stabil
- d. Pengobatan dan tindakan tidak ada atau hanya tindakan dan pengobatan sederhana

2. Kategori II: Perawatan Minimal

- a. Kegiatan sehari-hari, makan, minum perawat bantu dalam persiapan, masih dapat makan dan minum sendiri, merapikan diri perlu sedikit bantuan, perlu dibantu ke kamar mandi/menggunakan urinal,

- kenyamanan posisi tubuh dapat melakukan sendiri dengan sedikit bantuan.
- b. Keadaan umum tampak sakit ringan, perlu observasi tanda vital.
 - c. Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi perlu 10- 15 menit per shift, sedikit bingung atau agitasi, tapi dapat terkendali dengan obat.
 - d. Pengobatan dan tindakan: perlu 20-30 menit per shift, sering evaluasi efektifitas pengobatan dan tindakan, perlu observasi status tiap 2 jam.
3. Kategori III: Perawatan Moderat
- a. Aktifitas makan, minum disuapi, masih dapat mengunyah dan menelan makanan, tidak dapat merapihkan diri sendiri, eliminasi di pispot dan urinal, sering ngompol, kenyamanan posisi tubuh tergantung pada perawat.
 - b. Keadaan umum: gejala akut dapat hilang timbul, perlu observasi fisik dan emosi tiap 2-4 jam. Pasien terpasang infus, dimonitor setiap 1 jam.
 - c. Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi: perlu 10- 30 menit tiap shift, gelisah, menolak bantuan, cukup dikendalikan dengan obat.
 - d. Pengobatan dan tindakan: perlu 30-60 menit per shift, perlu sering diawasi terhadap efek samping pengobatan dan tindakan, perlu observasi status mental tiap satu jam.

4. Kategori IV: Perawatan Ekstensif (Semi total)
 - a. Kegiatan makan, minum tidak bisa mengunyah dan menelan makanan, perlu peronde, merapikan diri perlu dibantu semua, dimandikan, perawatan rambut dan kebersihan gigi dan mulut harus dibantu, eliminasi sering ngompol lebih dari dua kali pershift, kenyamanan posisi perlu dibantu oleh dua orang.
 - b. Keadaan umum tampak sakit berat, dapat kehilangan cairan atau darah, gangguan sistem pernapasan akut, perlu sering dipantau.
 - c. Kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi perlu lebih dari 30 menit per shift, keadaan pasien gelisah, agitasi tidak terkendali dengan obat.
 - d. Pengobatan dan tindakan: perlu lebih dari 60 manit per shift, perlu observasi status mental tiap kurang dari satu jam.

5. Kategori V: Perawatan *Intensif* (Total)

Pasien yang termasuk kategori ini memerlukan tindakan dan pengawasan intensif atau terus menerus dan diperlukan satu perawat untuk satu pasien.

Semua kebutuhan pasien diurus/dibantu perawat.

2.6 Penghitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan Berdasarkan *Workload Indicator Staff Need* (WISN)

2.6.1 Pengertian

Metode perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja ini merupakan suatu metode perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan beban kerja nyata yang dilaksanakan oleh setiap kategori sumber daya manusia

kesehatan pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit. Metode perhitungan tersebut pada saat ini telah diadaptasi dan digunakan oleh Departemen Kesehatan RI dalam menghitung jumlah kebutuhan masing – masing kategori tenaga kesehatan yang dibutuhkan di Kantor Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Propinsi, Kabupaten/Kota, serta disahkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI no.81/Menkes/SK/2004.

Menurut Kepmenkes RI No 81 tahun 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota, serta RS, metode perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja (WISN) adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan beban kerja nyata yang dilaksanakan oleh tiap kategori SDM kesehatan pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan.

2.6.2 Kelebihan dan Kekurangan Metode WISN

Kelebihan metode WISN dibandingkan dengan metode penghitungan yang lain adalah mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, kompeherensif dan realistis (Depkes,2004)

Menurut Shipp (1998), metode perhitungan ini memiliki keunggulan dibandingkan metode perhitungan kebutuhan tenaga lainnya. Kelebihan metode ini adalah :

1. mudah dilaksanakan, karena menggunakan data yang dikumpulkan dari laporan kegiatan rutin unit layanan,
2. Mudah dalam melakukan prosedur perhitungan, sehingga manajer kesehatan di semua tingkatan dapat segera memasukkannya dalam perencanaan ketenagaan.

3. Mudah untuk segera mendapatkan hasil perhitungannya, sehingga dapat segera dimanfaatkan oleh manajer kesehatan di semua tingkatan dalam pengambilan keputusan/kebijakan,
4. Metode perhitungan dapat digunakan bagi berbagai jenis ketenagaan, termasuk tenaga non kesehatan (tenaga administrasi, tenaga keuangan, tenaga perencanaan, tenaga penunjang umum lainnya).
5. Hasil perhitungannya realistik, sehingga hasilnya akan memberikan kemudahan dalam menyusun perencanaan anggaran dan alokasi sumber daya lainnya.

Adapun kekurangan dari metode ini adalah karena input data yang diperlukan bagi prosedur perhitungan berasal dari rekapitulasi kegiatan/statistik rutin kegiatan unit satuan kerja/institusi, dimana tenaga yang dihitung bekerja, maka kelengkapan pencatatan data dan kerapihan penyimpanan data mutlak harus dilaksanakan demi memberikan keakuratan/ketepatan hasil perhitungan jumlah tenaga secara maksimal.

2.6.3 Langkah – Langkah Penghitungan WISN

Menurut Shipp (1998) dan Depkes (2004), langkah perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan WISN ini meliputi 5 langkah, yaitu :

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

Adapun langkah perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan WISN yaitu:

1. Menetapkan waktu kerja tersedia

Adalah diperolehnya waktu kerja tersedia masing – masing kategori SDM yang bekerja di rumah sakit selama kurun waktu 1 tahun. Menetapkan waktu kerja tersedia tujuan. Data yang dibutuhkan untuk menetapkan waktu kerja tersedia adalah sebagai berikut:

- 1) Hari kerja sesuai ketentuan yang berlaku di RS atau Peraturan Daerah setempat, pada umumnya dalam 1 minggu 5 hari kerja. Dalam 1 tahun 260 hari kerja (5 hari x 52 minggu).
- 2) Cuti tahunan, sesuai ketentuan setiap SDM memiliki hak cuti 12 hari kerja setiap tahun.
- 3) Pendidikan dan Pelatihan, sesuai ketentuan yang berlaku di RS untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi/profesionalisme setiap kategori SDM memiliki hak untuk mengikuti pelatihan/kursus/seminar/lokakarya dalam 6 hari kerja.
- 4) Hari Libur Nasional, berdasarkan Keputusan Bersama Menteri Terkait tentang Hari Libur Nasional dan Cuti Bersama, tahun 2002-2003 ditetapkan 15 hari kerja dan 4 hari kerja untuk cuti bersama.

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

Keterangan:

A	= hari kerja	D	= hari libur nasional
B	= cuti tahunan	E	= ketidakhadiran kerja
C	= pendidikan dan pelatihan	F	= waktu kerja

2. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM yang dihitung.

Tujuan ditetapkannya unit kerja dan kategori SDM adalah untuk memperoleh unit kerja dan kategori SDM yang bertanggung jawab menyelenggarakan

kegiatan pelayanan kesehatan perorangan pada pasien, keluarga dan masyarakat di dalam dan di luar instansi. Data dan informasi yang dibutuhkan untuk penetapan unit kerja dan kategori SDM adalah sebagai berikut:

1. Bagan struktur organisasi rumah sakit dan uraian tugas pokok dan fungsi masing – masing unit dan sub-unit kerja.
2. Keputusan direktur rumah sakit tentang pembentukan unit struktural dan fungsional.
3. Data pegawai berdasarkan pendidikan yang berdasarkan pendidikan yang berdasarkan pendidikan yang bekerja pada tiap unit kerja di rumah sakit.
PP No 32 tahun 1996
4. Peraturan perundang – undangan berkaitan dengan jabatan fungsional SDM kesehatan.
5. Standar profesi, standar pelayanan, dan standar operasional prosedur (SOP) tiap unit kerja rumah sakit.

3. Menyusun standar beban kerja

Standar beban kerja adalah volume/kuantitas beban kerja selama satu tahun per kategori SDM. Beban kerja untuk suatu kegiatan produktif disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (waktu rata – rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing – masing kategori SDM. Data dan informasi yang dibutuhkan untuk menetapkan beban kerja masing – masing kategori SDM utamanya adalah sbb:

1. Kategori SDM yang bekerja pada tiap unit institusi sebagaimana yang telah ditetapkan pada langkah ke-2.
2. Standar profesi, standar pelayanan yang berlaku di RS.

3. Rata – rata waktu yang dibutuhkan oleh tiap kategori SDM untuk melaksanakan/ menyelesaikan berbagai pelayanan.
4. Data dan informasi kegiatan pelayanan pada tiap unit kerja. Beban kerja masing – masing ketegori SDM di tiap unit kerja rumah sakit adalah meliputi:
 - a) Kegiatan pokok yang dilaksanakan oleh masing – masing kategori SDM.
 - b) Rata – rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok
 - c) Standar beban kerja per 1 tahun masing – masing kategori SDM.

Standar beban kerja adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikanya (waktu rata –rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing – masing kategori SDM. Adapun rumus perhitungan standar beban kerja adalah:

$$\text{Standar Beban Kerja} : \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Rata – rata waktu kerja produktif}}$$

4. Menyusun Standar Kelonggaran

Tujuan menyusun standar kelonggaran adalah untuk memperoleh faktor kelonggaran SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu untuk menyelesaikan suatu kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pada pasien, misalnya rapat/penyusunan laporan kegiatan. Penyusunan faktor

kelonggaran dapat dilaksanakan melalui pengamatan dan wawancara tiap kategori tentang:

1. Kegiatan – kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pada pasien.
2. Frekuensi kegiatan dalam satu hari, minggu dan bulan.
3. Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan.

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

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

5. Perhitungan Kebutuhan Tenaga Per Unit

Sumber data yang dibutuhkan untuk perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja meliputi:

1. Data yang diperoleh dari langkah – langkah sebelumnya, yaitu:
 - a) Waktu kerja tersedia
 - b) Standar beban kerja
 - c) Standar beban kerja masing – masing kategori SDM yang diteliti
2. Kuantitas kegiatan pokok/ kegiatan produktif tiap unit kerja selama 1 tahun.

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Kuantitas kegiatan pokok + standar kelonggaran}}{\text{Standar Beban Kerja}}$$

2.6.4 Interpretasi Hasil WISN

Ada dua jenis perbandingan:

1. Perbedaan antara jumlah nyata dan kebutuhan SDM Kesehatan

Akan menunjukkan kurang atau lebih SDM Kesehatan

2. Ratio antara kenyataan dan kebutuhan SDM Kes (ratio WISN)

Hasil akhirnya akan tampak keadaan kategori tenaga :

WISN ratio = 1: cukup SDM Kes

WISN ratio kurang dari 1: tidak cukup SDM Kes

WISN ratio lebih besar dari 1: lebih dari kebutuhan

2.7 Beban Kerja Perawat

2.7.1 Pengertian

Marquish (2000) beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktifitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas disuatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja (*work load*) biasanya diartikan sebagai *patient days* yang merujuk pada sejumlah prosedur, pemeriksaan, kunjungan (*visite*) pada pasien, injeksi dan sebagainya. Pengertian beban kerja secara umum adalah upaya merinci komponen dan target volume pekerjaan dalam satuan waktu dan satuan hasil tertentu (Hasibuan, 1994).

Menurut Nursalam (2011) beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban kerja perawat antara lain :

1. Jumlah pasien yang dirawat setiap hari/bulan/tahun di unit tersebut
2. Kondisi atau tingkat ketergantungan pasien

3. Rata – rata hari perawatan
4. Pengukuran keperawatan langsung, perawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan.
5. Frekuensi tindakan perawatan yang dibutuhkan pasien
6. Rata – rata waktu perawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan

2.7.2 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja

Menurut Prihartono & Purwandoko (2006) permasalahan internal suatu perusahaan yang berkaitan secara langsung maupun tidak langsung dengan pembebanan kerja disebabkan, antara lain :

1. Tidak jelasnya tujuan dan strategi perusahaan bagi anggota organisasi/perusahaan.
2. Belum dijalankannya sistem kinerja individu (SKI)
3. Ketidaktepatan dalam pemilihan struktur organisasi
4. Tidak memadainya keabilitas sumber daya manusia perusahaan dalam melaksanakan tugas – tugas perusahaan.
5. Kurangnya *trust* diantara atasan dan bawahan serta antar unit kerja
6. Sarana dan fasilitas baik jumlah dan kualitasnya tidak memenuhi tuntutan tugas/pekerjaan
7. Tidak adanya SOP atau tidak memadainya SOP perusahaan.

2.7.3 Analisis Beban Kerja

Analisis penghitungan beban kerja untuk menentukan jumlah tenaga perawat menurut Ilyas (2004) adalah *Work Sampling, Time and Motion Study, Daily Log*.

1. *Work sampling*

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

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

Pada *work sampling* yang menjadi pengamatan adalah aktivitas atau kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dalam menjalankan tugasnya sehari-hari di ruang kerjanya. Adapun perawat diamati sebagai subjek dari aktivitas atau pekerjaan yang akan diteliti dengan menggunakan teknik *work sampling*.

Untuk mengetahui hal – hal tersebut perlu dilakukan survei tentang kerja personel dengan langkah – langkah berikut :

1. Menentukan jenis personel yang akan disurvei
2. Bila jumlah personel banyak perlu dilakukan pemilihan sampel sebagai subjek personel yang akan diamati dengan menggunakan metode *simple random sampling* untuk mendapatkan sample yang representatif.

3. Membuat formulir kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif atau tidak produktif dapat juga dikategorikan sebagai kegiatan langsung tidak langsung.
4. Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*.
5. Pengamatan kegiatan personel dilakukan dengan interval 2 – 15 menit tergantung karakteristik pekerjaan yang dilakukan.

Pada teknik *work sampling* kita akan mendapatkan ribuan pengamatan kegiatan dari sejumlah personel yang kita amati. Karena besarnya jumlah pengamatan kegiatan penelitian akan didapatkan sebaran normal sampel pengamatan kegiatan penelitian. Artinya data cukup besar dengan sebaran sehingga dapat dianalisis dengan baik. Jumlah pengamatan dapat dihitung (Nursalam, 2011).

Pada *work sampling* yang diamati adalah apa yang dilakukan oleh perawat, informasi yang dibutuhkan adalah waktu dan kegiatannya. Pada *work sampling*, orang yang diamati harus dilihat atau diamati dari kejauhan. Misalnya ketika diamati sedang melayani pasien, kegiatan ini dapat digolongkan kegiatan produktif (Ilyas, 2004).

2. *Daily Log*

Daily log atau pencatatan kegiatan sendiri merupakan bentuk sederhana dari *work sampling* yaitu pencatatan dilakukan dan waktu yang diperlukan untuk melakukan kegiatan tersebut. Penggunaan ini tergantung kerjasama dan kejujuran dari personel yang diamati. Pendekatan ini relatif lebih sederhana dan biaya yang murah. Peneliti biasa membuat pedoman dan formulir isian yang

dapat dipelajari sendiri oleh informan. Sebelum dilakukan pencatatan kegiatan peneliti menjelaskan tujuan dan cara pengisian formulir kepada subjek personal yang diteliti, tekankan pada personel yang diteliti yang terpenting adalah jenis kegiatan, waktu dan lama kegiatan, sedangkan informasi personel tetap menjadi rahasia dan tidak akan dicantumkan pada laporan penelitian. Menuliskan secara rinci kegiatan dan waktu yang diperlukan merupakan kunci keberhasilan dari pengamatan dengan *daily log* (Nursalam, 2011).

3. *Time and motion study*

Time and Motion Study merupakan salah satu untuk menghitung beban kerja. *Time and Motion Study* adalah cabang besar dari pengetahuan yang mempelajari sistematika faktor yang menentukan metode kerja dengan perkiraan.

Studi gerakan atau *motion study* adalah suatu studi tentang gerakan -- gerakan yang dilakukan pekerja untuk menyelesaikan pekerjaan. Dengan studi ini ingin diperoleh gerakan -- gerakan standar untuk menyelesaikan suatu pekerjaan, yaitu rangkaian gerakan yang efektif dan efisien. Setelah kondisi pekerjaan membaik kemudian dilakukan studi gerakan yaitu dengan analisa secara seksama berbagai gerakan yang dilakukan untuk menyelesaikan pekerjaan.

Pada teknik *time and motion study* salah satu tujuannya adalah mengetahui atau mendeteksi kualitas kegiatan yang dilaksanakan oleh personel yang diteliti. Dengan demikian kita dapat melakukan daftar kegiatan dan rincian kualitas kegiatan perawat yang selanjutnya menjadi kompetensi untuk jenis tenaga tersebut.

Pada teknik ini kita mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh perawat yang sedang kita amati. Penelitian dengan *time and motion study* dapat digunakan untuk mengevaluasi tingkat kualitas suatu pelatihan atau pendidikan yang bersifat keahlian. Dengan menggunakan *time and motion study* kita dapat mengetahui waktu jam kerja sebenarnya yang digunakan untuk setiap kelompok kegiatan selama hari – hari pengamatan. Artinya kita mengetahui proporsi untuk kerja langsung, kegiatan tidak langsung, kegiatan yang relevan, kegiatan pribadi, dan kegiatan lainnya. Personel bukanlah unit pengamatan, tetapi kegiatan – kegiatan yang dilakukan menjadi unit pengamatan yang menjadi obyek penelitian. Sehingga bisa dilihat beban kerja yang kita amati.

Biasanya kegiatan dikelompokkan sesuai tujuan penelitian itu sendiri yaitu dikelompokkan sebagai berikut :

1. Kegiatan produktif dan non produktif
2. Kegiatan langsung, tak langsung, pribadi dan lain – lain
3. Kegiatan medis, medis administrasi, non medis dan non medis administratif

Studi gerakan dan waktu (*Motion and Time Study*) memberi petunjuk penting tentang beberapa hal, diantaranya :

1. Pengetahuan perihal cara kerja
2. Menampilkan penilaian waktu
3. Peralatan pekerjaan yang terkait dengan petugas
4. Pengembangan praktis dari keadaan yang ada

Menurut Sabarguna (2004), kegiatan *motion and time study* berperan penting dalam kegiatan seperti berikut ini :

1. Seleksi, perencanaan, perencanaan bahan-bahan, proses, tempat kerja dan alat-alat
2. Berhubungan erat dengan kegiatan petugas
3. Membantu tugas manajemen terutama dalam rangka pengendalian

Teknik ini dilaksanakan dengan mengamati dengan cermat kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang diamati. Pada *time and motion study* kita juga mengamati sebagai berikut :

1. Aktivitas yang sedang dikerjakan personel pada jam kerja
2. Kaitan antara aktivitas personel dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja
3. Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif.
4. Pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu, *schedule* jam kerja

Menurut Nursalam (2011) langkah – langkah untuk melakukan teknik *time and motion study* yaitu:

1. Menentukan personel yang akan diamati untuk menjadi sampel dengan metode *purposive sampling*
2. Membuat formulir daftar kegiatan yang dilakukan oleh setiap personel
3. Daftar kegiatan tersebut kemudian diklasifikasikan seberapa banyak personel yang melakukan kegiatan tersebut secara baik dan rutin selama dilakukan pengamatan.
4. Membuat klasifikasi atas kegiatan yang telah dilakukan tersebut menjadi kegiatan medis, kegiatan keperawatan dan kegiatan administrasi

5. Menghitung waktu objektif yang diperlukan oleh personel dalam melakukan kegiatan – kegiatan yang dilakukan

Penelitian dengan menggunakan teknik ini dapat digunakan untuk melakukan evaluasi tingkat kualitas suatu pelatihan atau pendidikan yang bersertifikat atau bisa juga digunakan untuk mengevaluasi pelaksanaan suatu metode yang ditetapkan secara baku oleh suatu instansi seperti rumah sakit.

Dari metode *work sampling* dan *time and motion study* maka akan dihasilkan *output* sebagai berikut :

1. Deskripsi kegiatan menurut jenis dan alokasi waktu untuk masing-masing pekerjaan, baik bersifat medis, perawatan maupun administratif. Selanjutnya dapat dihitung proporsi waktu yang dibutuhkan untuk masing-masing kegiatan selama jam kerja.
2. Pola kegiatan yang berkaitan dengan waktu kerja, kategori tenaga atau karakteristik demografis dan sosial.
3. Kesesuaian beban kerja dengan variabel lain sesuai kebutuhan penelitian. Beban kerja dapat dihubungkan dengan jenis tenaga, umur, pendidikan, jenis kelamin atau variabel lain.
4. Kualitas kerja pada teknik ini juga menjadi perhatian karena akan menentukan kompetensi atau keahlian yang harus dimiliki oleh personel yang diamati (Nursalam, 2011).

2.8 Konsep Kepuasan

Menurut Smith & Wakeley dalam As'ad (2003) seseorang akan terdorong bekerja karena berharap terjadi keadaan yang lebih memuaskan dari keadaannya

saat ini. Agar organisasi dapat mencapai tujuan maka pimpinan organisasi perlu memperhatikan faktor atau sumber –sumber kepuasan kerja para anggotanya.

2.8.1 Pengertian kepuasan kerja

Locke(1969) yang dikutip oleh As'ad (2003) mengemukakan bahwa kepuasan kerja adalah tingkat kepuasan seseorang pekerja setelah membandingkan pencapaian dan harapan-harapannya. Tiffin(1958) dalam As'ad (2003) berpendapat bahwa kepuasan kerja berhubungan erat dengan sikap dari karyawan terhadap pekerjaannya sendiri, situasi kerja, kerja sama dengan pimpinan dan dengan sesama karyawan. Sedangkan Siagian (2003) mengatakan kepuasan kerja sebagai suatu sikap umum seseorang terhadap kehidupan organisasinya, memiliki arti penting bagi karyawan maupun organisasi terutama karena dapat menciptakan keadaan positif didalam lingkungan organisasi. Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kepuasan kerja adalah cermin perasaan pekerja terhadap pekerjaannya

2.8.2 Teori Kepuasan Kerja

Banyak ahli yang mengemukakan teori kepuasan kerja antara lain seperti yang diuraikan dibawah ini:

1. Teori dua faktor dari Herzberg

Prinsip dari teori ini pada dasarnya adalah bahwa kepuasan kerja dan ketidakpuasan kerja merupakan hal yang berbeda. Teori ini dikemukakan oleh Herzberg berdasarkan penelitiannya. Ia membagi situasi yang mempengaruhi sikap seseorang terhadap pekerjaannya menjadi dua golongan,yaitu faktor *Satisfier* atau *Motivator* dan faktor *Disatisfier* atau *Hygiene*.

Satisfiers atau *motivator* adalah faktor-faktor yang dianggap sebagai sumber kepuasan kerja, yang merupakan faktor yang sifatnya intrinsik. Faktor-faktor tersebut meliputi prestasi kerja, penghargaan, jenis pekerjaan, tanggung jawab dan kesempatan untuk maju dan berkembang. Dikatakan bahwa adanya faktor ini akan menimbulkan kepuasan dan tidak adanya faktor ini akan menyebabkan tidak adanya kepuasan.

Dissatisfier atau *faktor hygiene*, yang menjadi sumber ketidakpuasan, yang merupakan faktor ekstrinsik. Faktor-faktor ini meliputi kebijakan dan administrasi, hubungan interpersonal antar sesama rekan kerja, atasan dan bawahan, gaji dan tunjangan, kondisi lingkungan, kondisi pekerjaan serta status. Dikatakan bahwa adanya faktor ini akan menghilangkan ketidakpuasan tetapi tidak akan menimbulkan kepuasan karena bukan merupakan sumber kepuasan kerja.

Jadi menurut Herzber, misalnya perbaikan gaji atau upah tidak akan menimbulkan kepuasan tetapi akan mencegah terjadinya ketidakpuasan. Yang dapat memacu orang untuk bekerja dengan baik.

2. Teori hirarki Kebutuhan dari Abraham Maslow

Abraham Maslow dipandang sebagai pelopor teori motivasi dalam bukunya "*Motivasi & Personality*". Setiap manusia mempunyai kebutuhan-kebutuhan yang timbulnya sangat tergantung dari kepentingan individu. Menurut Maslow, kebutuhan manusia itu dapat digolongkan dalam lima tingkatan yang terkenal sebagai "*Need Hierarchy Theory*", yaitu :

a. **Kebutuhan Fisiologis (*Physiological needs*)**

Merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi untuk dapat bertahan hidup. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan primer, seperti kebutuhan akan sandang, pangan, papan, oksigen dan biologis.

b. **Kebutuhan rasa aman (*safety needs*)**

Merupakan kebutuhan akan rasa aman dan bebas dari ancaman, termasuk rasa aman dalam pekerjaan dan masa depannya.

c. **Kebutuhan sosial (*Social Needs*)**

Yaitu kebutuhan akan perasaan diterima dilingkungan sosial dan persahabatan serta kebutuhan untuk ikut berpartisipasi didalamnya.

d. **Kebutuhan akan penghargaan (*Esteem Needs*)**

Yaitu menyangkut kedudukan, prestise, status dan kepercayaan diri bila kebutuhan ini terpenuhi.

e. **Kebutuhan akan aktualisasi diri (*Self Actualization*)**

Yaitu kebutuhan akan kesempatan untuk mengembangkan potensi yang dimilikinya. Pada tingkatan ini orang cenderung untuk berbuat yang terbaik.

3. **Teori Keseimbangan (*Equity Theory*)**

Teori ini memerinci kondisi yang mendasari seorang pekerja akan menganggap fair dan masuk akal, insentif dan keuntungan dalam pekerjaannya. Teori tersebut telah dikembangkan oleh Adam (1963) dalam Umar (1998), dan teori ini merupakan variasi dari teori proses perbandingan sosial. Komponen utama dari teori ini adalah "input", "hasil", "orang bandingan" dan "keadilan dan ketidakadilan". Input adalah sesuatu yang bernilai bagi seseorang yang

dianggap mendukung pekerjaannya, seperti: pendidikan, pengalaman, kecakapan, banyaknya usaha yang dicurahkan, jumlah jam kerja, dan peralatan atau perlengkapan pribadi yang dipergunakan untuk pekerjaannya. Hasil adalah sesuatu yang dianggap bernilai oleh seorang pekerja yang diperoleh dari pekerjaannya, seperti: upah atau gaji, keuntungan sampingan, simbol status, penghargaan, serta kesempatan untuk berhasil atau ekspresi diri.

Menurut teori ini, seseorang menilai fair dengan membandingkan hasilnya, rasio input dengan hasil, rasio input dari seorang atau sejumlah orang bandingan. Orang bandingan mungkin saja dari orang dalam organisasi ataupun organisasi lain dan bahkan dengan dirinya sendiri dengan pekerjaan atau pekerjaan terdahulunya. Jika rasio hasil dibanding input seorang pekerja adalah sama atau sebanding dengan rasio orang bandingannya, maka suatu keadaan adil dianggap telah ada oleh para pekerja. Jika para pekerja menganggap perbandingan tersebut tidak adil, maka keadaan ketidakadilan dianggap ada yang selanjutnya memicu ketidakpuasan

4. Teori Perbedaan (*Discrepancy theory*)

Teori kepuasan kerja yang lain adalah teori ketidaksesuaian (*discrepancy theory*), menurut Locke (1969) dalam Wexley (2005) yang menyatakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan dengan sejumlah aspek pekerjaan tergantung pada selisih (*discrepancy*) antara apa yang telah dianggap telah didapatkan dengan apa yang diinginkan. Jumlah yang “diinginkan” dari karakteristik pekerjaan didefinisikan sebagai jumlah minimum yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan yang ada. Seseorang akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara kondisi yang diinginkan dengan kondisi aktual. Semakin besar kekurangan dan

semakin banyak hal-hal penting yang diinginkan, semakin besar ketidakpuasannya. Jika terdapat lebih banyak jumlah faktor pekerjaan yang dapat diterima secara minimal dan kelebihan menguntungan (misalnya: upah ekstra, jam kerja yang lebih lama), orang yang bersangkutan akan sama puasnya bila terdapat selisih dari jumlah yang diinginkan.

Variasi model lain ketidaksesuaian tentang kepuasan kerja dari yang telah dikemukakan, misalnya Porter (1961) dalam Wexley (2005) mendefinisikan kepuasan sebagai selisih dari banyaknya sesuatu yang “seharusnya ada” dengan banyaknya “apa yang ada”. Konsepsi ini pada dasarnya sama dengan model Locke, tetapi “apa yang seharusnya ada” menurut Locke berarti penekanan yang lebih banyak terhadap beberapa pertimbangan yang adil dan kekurangan atas berbagai kebutuhan karena determinan dari banyaknya faktor pekerjaan yang lebih disukai.

Moorse (1953) dalam Hariandja(2002) mengemukakan bahwa pada dasarnya, kepuasan kerja tergantung kepada apa yang diinginkan seseorang dari pekerjaannya dan apa yang mereka peroleh. Sedangkan menurut Gezels dan Guba (1957) dalam Hariandja (2002) mengungkapkan bahwa kepuasan kerja adalah fungsi dari tingkat keserasian antara yang diharapkan dengan apa yang didapat, atau antara kebutuhan dan penghargaan.

2.8.3 Faktor Kepuasan Kerja

1. Menurut Blum

Menurut Blum (1968) dalam as'ad faktor kepuasan kerja terdiri dari faktor individu, faktor sistem dan faktor utama. Faktor individual meliputi usia, kesehatan, watak dan harapan. Faktor sistem meliputi hubungan kekeluargaan,

pandangan masyarakat, kesempatan rekreasi, kegiatan serikat pekerja, kebebasan berpolitik dan hubungan kemasyarakatan. Faktor utama dalam pekerjaan meliputi upah, pengawasan, ketentraman kerja, kondisi kerja, kesempatan maju, penghargaan atas kecakapan, hubungan sistem diluar pekerjaan, ketepatan menyelesaikan konflik antar manusia dan perasaan diperlakukan adil baik yang menyangkut pribadi maupun tugas. Menurut Vecchio (1995) mengemukakan bahwa penyebab kepuasan kerja meliputi upah dan tunjangan, teman kerja, supervisor, kesempatan promosi, kondisi pekerjaan, keamanan pekerjaan, otonomi, tantangan pekerjaan, tingkatan pekerjaan, perasaan diakui dan harapan-harapan.

2. Menurut Marriner

Marriner (1996) mengemukakan sumber atau faktor kepuasan kerja perawat meliputi pencapaian, pengalaman, pekerjaan yang menantang, tanggung jawab, potensi pengembangan, otonomi, wewenang, lingkungan kerja yang menyenangkan dan jumlah kerja yang disepakati. Sedangkan sumber yang dapat menyebabkan ketidakpuasan adalah perencanaan yang buruk, komunikasi yang buruk, pekerjaan yang tidak memadai, peraturan dan kebijakan yang tidak jelas, tekanan yang tidak pada tempatnya, beban kerja yang berlebihan, tenaga medis yang kurang kooperatif dan pekerjaan yang tidak berhubungan dengan tugas keperawatan.

3. Komponen kepuasan kerja menurut stamps.

Ada enam komponen kepuasan kerja yaitu upah, otonomi, tuntutan tugas, kebijakan organisasi, interaksi dan status profesional.

a. Upah

Merupakan pembayaran dalam bentuk uang dan tunjangan lain yang diterima perawat. Perawat sebagai pekerja berpendidikan memiliki kebutuhan ekonomis sama dengan kebutuhan manusia lain. Mereka melaksanakan pekerjaan dengan tingkat kesulitan yang sama dengan yang lain, dan mereka menginginkan penghargaan ekonomis yang sama nilainya dengan pekerja berpendidikan yang lain. Pembayaran merupakan dimensi sosial atau psikologis dari perawat (Swansburg,2000). Tidak dapat disangkal bahwa motivasi seseorang dalam bekerja adalah mencari nafkah. Berarti disatu pihak seseorang menggunakan pengetahuan, ketrampilan, tenaga yang dimilikinya dan sebagian besar waktunya untuk bekerja tentunya dilain pihak ia mengharapkan ada imbalan yang dibayarkan kepadanya sebagai upah yang didapatnya karena sudah bekerja (Siagian,2003).

Setiap organisasi tentunya mempunyai kebijakan mengenai upah.gaji yang diberikan kepada karyawannya, tetapi yang dimaksud sistem imbalan bukan hanya terbatas pada upah / gaji saja tetapi mencakup kompensasi yang lainnya seperti tunjangan istri dan anak, tunjangan biaya pengobatan, tunjangan biaya hidup, tunjangan jabatan, fasilitas rumah, fasilitas angkutan, asuransi, bantuan biaya pendidikan dan bahkan penerimaan hak penuh atas gaji walaupun sedang mengambil hak cuti (Siagian,2003).

b. Otonomi / wewenang

Wewenang merupakan alat atau dasar hukum untuk bertindak. Tanpa adanya wewenang terhadap suatu pekerjaan janganlah mengerjakan pekerjaan tersebut karena tidak mempunyai dasar hukum untuk melakukannya (Hasibuan,2001). Wewenang adalah pemberian hak dan kekuasaan penerima tugas yang diberikan kepadanya untuk dapat mengambil suatu keputusan terhadap tugas yang dilimpahkan tersebut dengan rasa tanggung jawab yang tinggi. Seseorang dapat melakukan tugas dengan baik apabila pemimpin yang memberi wewenang tersebut menjelaskan secara spesifik tujuannya, target waktu kapan harus selesai, pelaksanaan tindakan keperawatan yang sesuai kepada pasien (Nursalam,2002). Pemimpin dalam memberikan wewenang kepada staf keperawatan harus dapat melakukan seleksi orang yang tepat, menyusun tugas yang akan dilimpahkan, memberikan arahan dan motivasi serta melakukan supervisi yang tepat. Keberhasilan dari pelimpahan tugas ini ditentukan faktor-faktor seperti komunikasi yang jelas dan lengkap, Monitoring dan pelaporan kemajuan tugas (Nursalam,2002).

Wewenang seorang staf keperawatan menjadi tidak efektif apabila delegasi yang diberikan terlalu sedikit(*under- delegasi*), pemberian delegasi yang berlebihan idak tepat(*over-delegasi*), pelimpahan yang tepat. Staf keperawatan sering mendapatkan wewenang yang berkaitan dengan asuhan keperawatan kepada pasien. Sebaiknya organisasi dalam memilih model praktek keperawatan disesuaikan dengan visi dan misi organisasi, dapat diterapkan proses keperawatan dalam asuhan

keperawatan, efisien dan efektif penggunaan biaya, terpenuhinya kepuasan klien, keluarga dan masyarakat, kepuasan kinerja perawat dan terlaksananya komunikasi yang adekuat antar staf keperawatan dengan tenaga kesehatan lainnya (Nursalam,2002)

Robbin (2001) berpendapat bahwa otonomi tugas merupakan kebebasan substansial, interdependensi dan memberikan kelonggaran pada individu untuk mengatur jadwal pekerjaan serta kebebasan menentukan prosedur yang akan digunakan dalam melakukan pekerjaan.

c. Tuntutan tugas

Tuntutan tugas merupakan macam tugas atau kegiatan yang harus diselesaikan. Dapat juga diartikan sebagai pemberian tugas kepada seseorang atau kelompok dalam menyelesaikan tujuan organisasi (Marquis&Huston,2010). Dengan pelimpahan/delegasi asuhan keperawatan kepada pasien oleh perawat maka tuntutan tugas yang diberikan akan dapat diselesaikan dengan baik. Para perawat meyakini bahwa mereka dapat memberikan pelimpahan dengan baik kepada staf dalam asuhan keperawatan, tetapi mereka sering menemukan bahwa pelimpahan tugas tidak dapat dilaksanakan dengan baik. Hal ini disebabkan kurangnya rasa percaya kepada seseorang yang menerima pelimpahan (Nursalam,2002).

Tuntutan tugas akan dapat diselesaikan dengan baik oleh perawat apabila ia mendapat arahan dan motivasi yang tepat dari supervisor (kepala ruangan). Keberhasilan suatu tugas juga ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut: komunikasi yang jelas dan lengkap, ketersediaan

sarana dan prasarana, monitoring dan pelaporan kemajuan tugas yang diberikan (Nursalam,2002).

d. Kebijakan organisasi

Kebijakan organisasi adalah aturan-aturan atau batasan-batasan dan prosedur yang telah ditetapkan dan diperlakukan oleh pihak manajemen rumah sakit pada setiap kegiatan/aktivitas kerja disetiap unit. Hal ini dapat meliputi aturan shift dinas yang memungkinkan perawat mengelola langsung asuhan keperawatan yang ditugaskan kepadanya. Kebijakan yang ditetapkan dan diberlakukan dalam organisasi dimaksudkan agar organisasi tersebut mampu mencapai tujuan dan sasarannya. Didalam organisasi yang baik terdapat berbagai aspek dan kegiatan organisasi tersebut(Siagian,2003)

e. Interaksi

Interaksi adalah kesempatan perawat untuk melakukan kontak sosial dan profesional dalam melaksanakan pekerjaannya baik secara formal maupun informal yang meliputi interaksi antar perawat dan interaksi perawat dengan dokter atau tenaga kesehatan lain selama waktu kerja. Hal ini dapat dilihat dari keinginan perawat untuk saling membantu dan bekerjasama (Locke,1976) dalam Robbins (2001). Dalam suatu organisasi, seorang individu harus dapat membina hubungan sosial yang baik dengan rekan sekerja, atasan, maupun bawahan. Dengan hubungan sosial yang terjalin dengan baik tentunya dapat menciptakan kondisi lingkungan kerja yang nyaman sehingga ia dapat bekerja dengan baik (Walgito, 2004).

Dalam kaitannya dengan kemitraan antara perawat dan dokter, Nurahmah (2001) dalam Paramita (2003) menjelaskan bahwa hubungan kemitraan antara perawat dan dokter merupakan hubungan yang berdasarkan pada suatu pembagian peran dan fungsi dalam tingkat kesejajaran seyogianya harus berlandaskan pada suatu latar belakang teori yang dapat dipertanggung jawabkan.

Nursalam (2002) mengatakan bahwa perawat dalam masa sekarang dan masa yang akan datang diharapkan menjadi mitra dokter yang dapat saling membantu demi memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien. Profesionalisme profesi perawat merupakan pengakuan terhadap sesuatu yang dirasakan, dinilai, dan diterima oleh masyarakat. Untuk dapat diakui ia dituntut untuk dapat mengembangkan dirinya sehingga dapat berpartisipasi aktif dalam sistem pelayanan kesehatan. Sebagai perawat profesional ia harus dapat melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis, menyusun perencanaan, melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

f. Status Profesional

Merupakan pandangan perawat dan orang lain tentang rasa penting dan berarti mengenai profesi perawat. Profesionalisasi profesi perawat merupakan pengakuan terhadap sesuatu yang dirasakan, dinilai, dan diterima oleh masyarakat. Untuk dapat diakui ia dituntut untuk dapat mengembangkan dirinya sehingga dapat berpartisipasi aktif dalam sistem pelayanan kesehatan. Sebagai perawat profesional ia harus dapat melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis, menyusun perencanaan,

melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan. Selain memiliki kemampuan intelektual, interpersonal, dan teknikal, perawat juga harus mempunyai otonomi yang berarti mandiri dan bersedia menanggung resiko, bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukannya termasuk dalam melakukan dan mengatur dirinya sendiri (Nursalam,2002).

2.8.4 Pengukuran Kepuasan Kerja

Agar organisasi dapat mengetahui apa yang menjadi kebutuhan, keinginan dan harapan dari pelanggan perlu dilakukan pengukuran kepuasan kerja. Menurut Supranto (2006) Kepuasan dapat dihitung dengan mencari tingkat kesesuaian antara persepsi dan harapan atau perbandingan antara harapan dan kenyataan yang dirasakan pegawai. Bila hasil yang diterima sesuai dengan harapan dikatakan puas, namun jika hasil yang diterima tidak sesuai harapan dikatakan tidak puas, sedangkan hasil kinerja yang diterima melebihi harapan dikatakan sangat puas. Menurut Hasibuan (2005) karyawan adalah aset perusahaan yang paling berharga. Apabila karyawan puas, mereka akan menghasilkan kinerja yang sesuai dengan harapan organisasi. Melalui pengukuran kepuasan kerja, organisasi akan mampu untuk menentukan prioritas perbaikan kualitas produk pelayanan yang diharapkan oleh pelanggan, dan dapat menggalang komitmen dari semua lapisan karyawan untuk terlibat dalam proses peningkatan kepuasan pelanggan. Untuk mengukur kepuasan kerja perawat, peneliti mengadopsi dari

Menurut Stamps (1997) kepuasan yang terdiri dari lima sub variabel yaitu otonomi, pekerjaan imbalan, status profesional dan hubungan kerja

a. Otonomi

Otonomi menurut Robbins (2003) adalah suatu tingkat dimana suatu pekerjaan diberikan kebebasan, ketidaktergantungan dan keleluasaan yang cukup besar kepada individu dalam menjadwalkan pekerjaan dan menentukan prosedur yang digunakan untuk menyelesaikan pekerjaan itu. Wirawan (2007) menyatakan bahwa otonomi adalah kemandirian seseorang dalam menyelesaikan pekerjaannya dalam lingkup tanggung jawabnya tanpa campur tangan orang lain. Dari kedua definisi tersebut dapat diartikan bahwa otonomi adalah kemampuan seseorang dalam menyelesaikan tugas dan kewenangannya secara mandiri. Otonomi ditinjau dari aspek profesi keperawatan adalah kebebasan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan kompetensi yang dimiliki oleh seorang perawat. Sedangkan dilihat dari sudut pandang kepuasan kerja perawat, otonomi adalah persepsi perawat tentang ukuran kemandirian yang dirasakan oleh perawat dalam menjalankan tugasnya dengan kebebasan untuk menentukan prosedur yang digunakan dalam menyelesaikan masalah pekerjaannya sesuai dengan keahlian yang miliknya tanpa intervensi dari orang atau profesi lain. orang . menggunakan ketrampilannya dan kemampuan mereka dan menawarkan beragam tugas, kebebasan dan umpan balik mengenai betapa baik mereka bekerja. Karakteristik ini membuat kerja secara mental menantang. Pekerjaan yang kurang menantang menciptakan kebosanan, tetapi yang terlalu banyak menantang menciptakan frustrasi dan perasaan gagal. Pada kondisi tantangan yang sedang, kebanyakan karyawan akan mengalami kesenangan dan kepuasan (Mangkunegara, 2000). Kepuasan kerja terhadap pekerjaan merupakan perasaan yang dialami oleh perawat terhadap profesi yang dijalannya yang

ditandai dengan kebebasan atau otonomi untuk bekerja sesuai kewenangan dan tanggung jawab serta kompetensi yang dimilikinya disertai umpan balik yang diberikan oleh orang lain mengenai betapa baiknya mereka bekerja. Imbalan diperoleh seorang perawat disesuaikan dengan beban kerja dan resiko kerja yang dilakukan dan kesesuaian antara tuntutan kerja dengan imbalan yang sudah dilakukannya. Imbalan ini dapat berbentuk gaji atau honor yang dikalangan perawat dikenal dengan jasa pelayanan.

d. Status Profesional

Stamps (1997) mendefinisikan status profesional adalah keseluruhan perasaan tentang pentingnya pekerjaan bagi seseorang dipandang dari segi individu sendiri dan orang lain. Status profesional dalam keperawatan dapat diartikan sebagai pendapat perawat tentang pentingnya profesi yang di tekuninya dilihat dari aspek individu perawat dan orang lain/profesi lain serta masyarakat. Status profesional erat kaitannya dengan pengakuan, sehingga status

2.9 Analisis Menggunakan Diagram Pareto

2.9.1 Pengertian

Diagram Pareto adalah grafik batang yang menunjukkan masalah berdasarkan urutan banyaknya kejadian. Masalah yang paling banyak telah ditunjukkan oleh grafik batang pertama yang tertinggi serta ditempatkan pada posisi paling kiri, dan seterusnya sampai masalah yang paling sedikit terjadi ditunjukkan oleh grafik batang terakhir yang terendah serta ditempatkan pada sisi paling kanan. Analisis Pareto dikembangkan oleh Vilfredo Frederigo

Samoso pada akhir abad ke-19 merupakan pendekatan *logic* dari tahap awal pada proses perbaikan suatu situasi yang digambarkan dalam bentuk histogram yang dikenal sebagai konsep *vital few and the trivial many* untuk mendapatkan penyebab utamanya. Analisis Pareto telah digunakan secara luas dalam kegiatan kendali mutu untuk menangani kerangka proyek; proses program; kombinasi pelatihan, proyek dan proses, sehingga sangat membantu dan memberikan kemudahan bagi para pekerja dalam meningkatkan mutu pekerjaan. Analisis Pareto merupakan metode standar dalam pengendalian mutu untuk mendapatkan hasil maksimal atau memilih masalah-masalah utama dan lagi pula dianggap sebagai suatu pendekatan sederhana yang dapat dipahami oleh pekerja tidak terlalu terdidik, serta sebagai perangkat pemecahan dalam bidang yang cukup kompleks.

Diagram Pareto dibuat berdasarkan data statistik dan prinsip bahwa 20% penyebab bertanggungjawab terhadap 80% masalah yang muncul atau sebaliknya. Kedua aksioma tersebut menegaskan bahwa lebih mudah mengurangi bagian lajur yang terletak di bagian kiri diagram Pareto daripada mencoba untuk menghilangkan secara sistematis lajur yang terletak di sebelah kanan diagram. Hal ini dapat diartikan bahwa diagram Pareto dapat menghasilkan sedikit sebab penting untuk meningkatkan mutu produk atau jasa. Keberhasilan penggunaan diagram Pareto sangat ditentukan oleh partisipasi personel terhadap situasi yang diamati, dampak keuangan yang terlihat pada proses perbaikan situasi dan penetapan tujuan secara tepat. Faktor lain yang perlu dihindari adalah jangan membuat persoalan terlalu kompleks dan juga jangan terlalu mencari penyederhanaan pemecahan (Pohan,2007)

2.9.2 Fungsi Diagram Pareto

Menurut Pohan (2007) pada dasarnya diagram Pareto dipergunakan sebagai alat interpretasi untuk:

1. Menentukan frekuensi relatif dan urutan pentingnya masalah-masalah atau penyebab-penyebab dari masalah yang ada.
2. Memfokuskan perhatian pada isu-isu kritis dan penting melalui ranking terhadap masalah-masalah atau penyebab-penyebab dari masalah itu dalam bentuk yang signifikan.

2.9.3 Langkah-Langkah Pembuatan Diagram Pareto

Menurut Pohan (2007) proses pembuatan diagram Pareto akan dijabarkan melalui beberapa langkah berikut ini:

1. Menentukan masalah yang akan diteliti, mengidentifikasi kategori-kategori atau penyebab-penyebab dari masalah yang akan diperbandingkan. Setelah itu merencanakan dan melaksanakan pengumpulan data
2. Membuat suatu ringkasan data atau tabel yang mencatat frekuensi kejadian dari masalah yang telah diteliti dengan menggunakan formulir pengumpulan data
3. Membuat daftar masalah secara berurut berdasarkan frekuensi kejadian dari yang tertinggi sampai yang terendah, serta hitunglah frekuensi kumulatif, persentase dari total kejadian, dan persentase dari total kejadian secara kumulatif.
4. Menggambar dua buah garis vertikal dan sebuah garis horizontal.
5. Membuat histogram pada diagram Pareto.

6. Menggambar kurva kumulatif serta mencantumkan nilai-nilai kumulatif (total kumulatif atau persen kumulatif) disebelah kanan atas dari interval setiap item masalah. Memutuskan untuk mengambil tindakan peningkatan atas penyebab utama dari masalah yang sedang terjadi. Untuk mengetahui akar penyebab dari suatu masalah, dapat menggunakan diagram sebab akibat atau bertanya mengapa-mengapa beberapa kali (konsep *Why-why*). Pada pembuatan diagram Pareto dapat menggunakan bantuan software Minitab

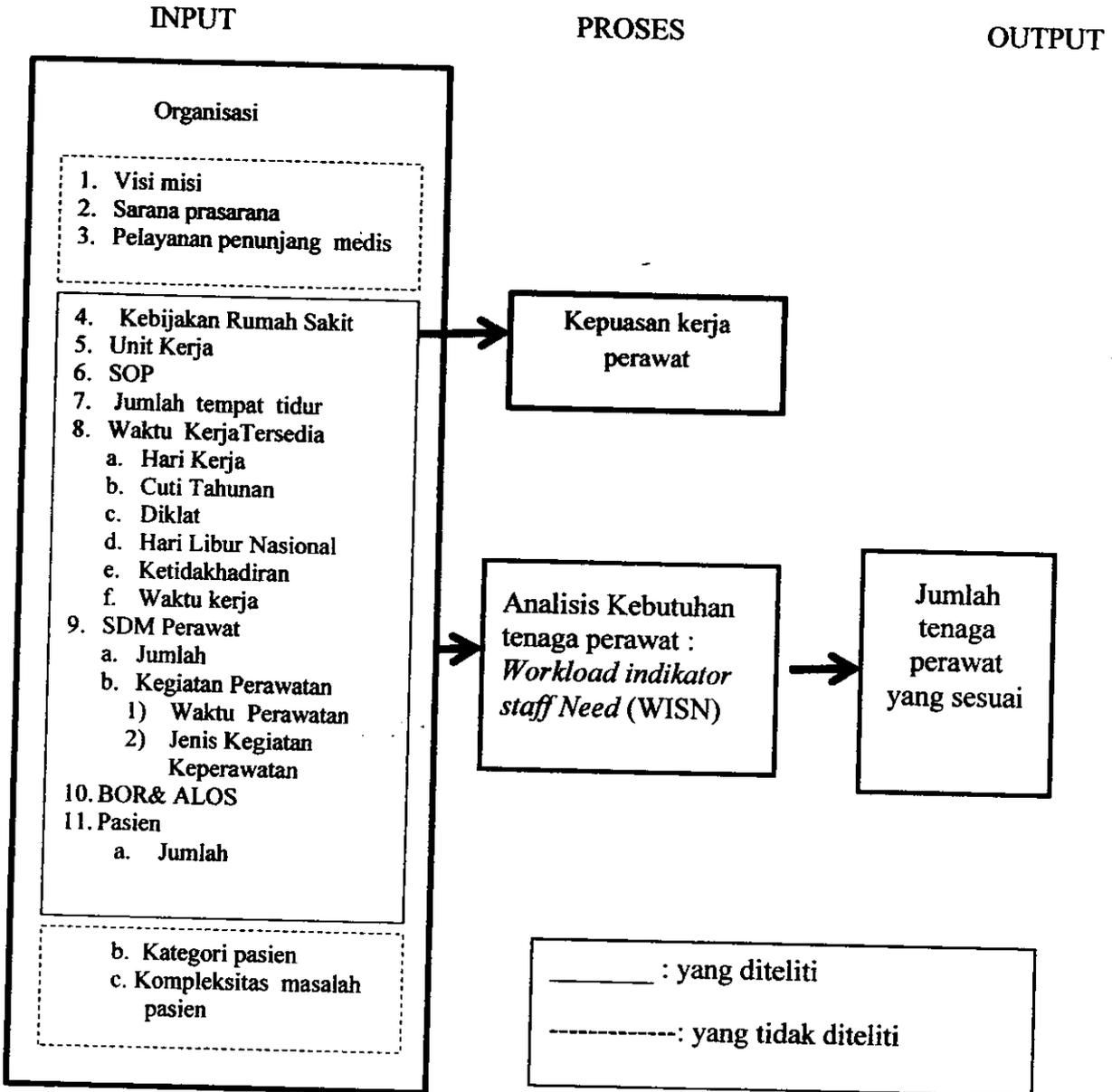
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 kerangka konseptual penelitian

Proses perencanaan kebutuhan sumber daya manusia dipengaruhi oleh faktor SDM antara lain jumlah dan jenis tenaga, tupoksi, jabatan, pendidikan, dan penempatan; faktor organisasi yaitu unit kerja, waktu kerja tersedia (hari kerja, cuti tahunan, pendidikan dan pelatihan, hari libur nasional, ketidakhadiran kerja, waktu kerja) dan pasien. SDM yang diteliti yaitu jumlah tenaga perawat di ruang rawat inap. Hal itu menjadi dasar dalam merencanakan kebutuhan tenaga keperawatan dan analisis ketersediaan SDM. Untuk faktor organisasi yang diteliti adalah unit kerja, waktu kerja tersedia (hari kerja, cuti tahunan, ketidakhadiran kerja, hari libur nasional, waktu kerja, hari kerja tersedia), beban kerja obyektif, dan waktu perawatan pasien. Dalam menentukan jumlah kebutuhan keperawatan digunakan metode WISN (*WorkLoad Indicator Staff Need*). Output yang diharapkan dari perencanaan kebutuhan tenaga keperawatan adalah jumlah tenaga perawat yang sesuai dengan kebutuhan yang sebenarnya di ruang Medikal Bedah Rumah sakit Negara Bali sehingga dapat memberikan dampak kepuasan kerja bagi perawat. Kepuasan kerja perawat dipengaruhi oleh kebijakan rumah sakit.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik *observasional* dengan menggunakan metode pendekatan *Time and Motion Study* yang bertujuan untuk melihat aktivitas atau kegiatan secara menyeluruh dari perawat pelaksana dalam rangka menganalisis beban kerja perawat pelaksana untuk merencanakan jumlah kebutuhan tenaga perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali.

Penelitian diawali dengan mengidentifikasi faktor independen yaitu perencanaan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan *Workload Indicator Staff Need* (WISN) yang terdiri dari 5 langkah yaitu mengidentifikasi waktu tersedia, menetapkan unit kerja, mengidentifikasi beban kerja, standar kelonggaran dan perhitungan kebutuhan tenaga tiap unit. Identifikasi beban kerja ini dilakukan dengan perhitungan menggunakan metode *Time and motion*. Selanjutnya dilakukan diidentifikasi terhadap variabel dependen yaitu kepuasan kerja perawat.

4.2 Populasi ,Sampel, Besar Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah tenaga perawat yang bertugas di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali . Jumlah seluruh tenaga perawat yang ada di ruang Medikal Bedah sebanyak 28 orang

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

1. Kriteria Inklusi
 - a. Bekerja *shift* pagi, sore dan malam.
 - b. Bersedia menjadi responden
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Perawat yang sedang cuti.
 - b. Perawat sedang mengikuti pelatihan.
 - c. Perawat pengelola (Kepala dan wakil Kepala ruangan).

4.2.3 Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini adalah semua perawat di ruang Medikal Bedah yang memenuhi kriteria sampel yaitu 24 perawat

4.2.4 Teknik Sampling

Teknik penentuan besar sampel dalam penelitian ini adalah total sampel.

4.3 Variabel, Definisi operasional

4.3.1 Variabel penelitian

- a. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah perencanaan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan *Workload Indikator Staff Need*(WISN) di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali

b. Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali

4.3.2 Definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala
1	Independen Perencanaan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan WISN	Menyusun jumlah kebutuhan tenaga perawat pada suatu unit kerja Medikal Bedah dengan menggunakan metode WISN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu kerja tersedia 2. Standar beban kerja 3. Standar kelonggaran 4. Frekuensi kegiatan pokok 	Menggunakan metode <i>time and motion</i> : <ol style="list-style-type: none"> 1. Wawancara (Data sekunder) 2. Lembar observasi kegiatan perawat 3. Arloji 4. Indeks WISN 	Ordinal <ol style="list-style-type: none"> 1. jumlah tenaga kurang, bila hasil perhitungan ketenagaan kurang dari jumlah tenaga yang nyata berdasarkan indeks WISN 2. jumlah tenaga cukup, bila hasil perhitungan ketenagaan sama dengan jumlah tenaga yang nyata berdasarkan indeks WISN 3. jumlah tenaga lebih, bila hasil perhitungan ketenagaan lebih dari jumlah tenaga yang nyata berdasarkan indeks WISN
2	Dependen Kepuasan kerja perawat	Cerminan perasaan tenaga perawat terhadap pekerjaan yang merupakan selisih antara apa yang diharapkan dengan yang didapatkan.	<ol style="list-style-type: none"> a. Upah b. Otonomi c. Tuntutan tugas d. Kebijakan organisasi e. Interaksi 	Kuesioner Kepuasan Kerja	Ordinal <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Tidak Puas 2. Tidak puas 3. Cukup puas 4. Puas 5. Sangat Puas

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini yaitu

4.4.1 Lembar observasi

Berisi tentang kegiatan perawat lembar observasi yang berisi tentang kegiatan perawat terdiri dari kegiatan produktif (kegiatan keperawatan langsung dan tidak langsung) dan kegiatan non produktif. Komponen dari masing – masing kegiatan keperawatan terlampir

4.4.2 Arloji

Digunakan untuk melihat waktu yang dibutuhkan dalam setiap pelaksanaan kegiatan tenaga keperawatan.

4.4.3 Kuesioner

1. Data demografi responden

Kuesioner berisi tentang karakteristik perawat meliputi usia, pendidikan, golongan kepangkatan, masa kerja, status kepegawaian dan status perkawinan.

2. Kepuasan kerja perawat

Kuesioner tentang kepuasan pasien yang diambil dari instrumen kepuasan pasien dalam Nursalam (2011).

4.5 Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang Medikal (ruang Flamboyan) dan Bedah (ruang Dahlia) Rumah Sakit Umum Negara Bali. Penelitian ini dilakukan dari tanggal 18 April sampai 13 Juni 2011.

4.6 Prosedur atau pengumpulan data

4.6.1 Prosedur administrasi

Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan surat persetujuan izin penelitian dari Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Jember kepada Rumah Sakit Umum Negara dengan nomor 070/35/KBPPM/2001 berdasarkan surat permohonan fasilitas penelitian dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya nomor 168/H3.1.12/PPd/2011.

4.6.2 Prosedur Teknis

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data disesuaikan dengan jenis data yang diperlukan dalam penelitian ini. Data primer didapat dari hasil observasi terhadap pelaksanaan kegiatan tenaga keperawatan dengan menggunakan format atau daftar kegiatan untuk mencatat jumlah waktu yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan keperawatan. Data sekunder seperti BOR, jumlah tempat tidur, waktu kerja tersedia, jadwal *shift* perawat, jumlah tenaga perawat diperoleh melalui wawancara dengan bagian bidang layanan medik dan dokumen Rumah Sakit.

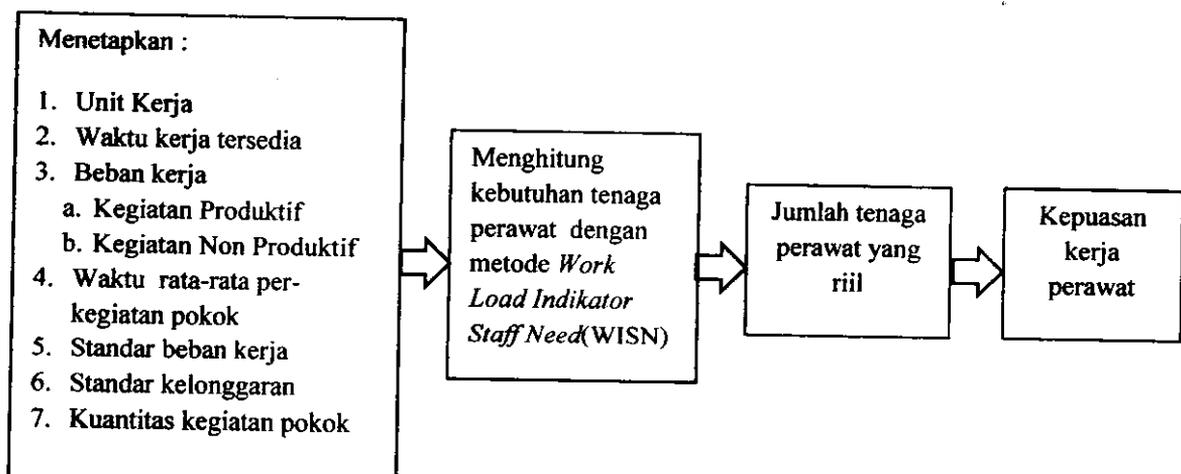
2. Langkah – langkah pengumpulan data

- a. Memberikan *informed consent* sebagai bentuk persetujuan dengan responden dan meminta responden untuk memberikan tanda tangannya pada lembar persetujuan tersebut.
- b. Untuk mengukur rata – rata waktu per-kegiatan dan jenis kegiatan yang dilakukan perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit

Umum Negara Bali dilakukan melalui pengamatan dengan metode *time and motion study*. Pengamatan dilakukan oleh peneliti. Tenaga keperawatan yang diamati sebanyak 24 orang yaitu 10 orang di ruang Dahlia dan 14 orang di ruang Flamboyan. Pengamatan terhadap perawat dilakukan setiap *shift*, di mana setiap *shift* mengamati satu orang perawat. Dalam satu hari peneliti mengamati satu orang perawat. Pengamatan disesuaikan dengan jam kerja tenaga keperawatan yaitu untuk jaga *shift* pagi hari jam 07.00 – 13.00 WITA, *shift* sore hari jam 13.00 – 19.00 WITA dan *shift* malam hari jam 19.00 – 07.00 WITA. Setiap perawat diobservasi sebanyak satu kali yaitu pada *shift* pagi, sore dan malam. Pengamatan di ruang Dahlia dilaksanakan dari tanggal 18 April sampai 7 Mei 2011 dan di ruang Flamboyan dilaksanakan dari tanggal 9 Mei sampai 13 Juni 2011.

- c. Untuk mengetahui data demografi dan kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah dilakukan pembagian kuesioner kepada perawat .

4.7 Kerangka Operasional



4.8 Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dibantu dengan menggunakan perangkat komputer untuk mendapatkan hasil yang benar sesuai tujuan penelitian dengan tahapan pengolahannya sebagai berikut:

1. Editing

Dilakukan untuk mencermati kelengkapan pengisian dan kejelasan tulisan. Dalam melakukan pengecekan terhadap isian formulir pengamatan termasuk relevan serta konsisten. Kegiatan ini dilakukan setelah selesai proses pengumpulan data untuk tiap shift, tujuan mencegah terjadi kesalahan observer dalam mencatat hasil pengamatan sesuai kelompok kegiatan perawat pelaksana sesuai yang tertera dalam formulir pengamatan .

2. Coding

Pada tahap ini, merupakan kegiatan mengubah data dalam bentuk huruf diubah menjadi data berbentuk angka/bilangan untuk setiap pernyataan dalam instrumen.

3. Scoring

Memberi skor atau nilai pada format isian sesuai dengan kategori data dan jumlah item pernyataan dari setiap variabel untuk memudahkan proses analisis

4. Entry Data

Setelah pemberian kode pada setiap format, data dimasukkan ke dalam program komputer untuk dapat dianalisis.

5. *Cleaning*

Data-data yang telah dimasukkan ke program komputer diperiksa kembali kebenarannya. Analisis data perlu dilakukan untuk mendapatkan data yang valid dan akurat. Selesai pengolahan data, peneliti melakukan analisis data dengan mengelompokkan data berdasarkan jenis kegiatan perawat pelaksana serta waktu pencapaian dari kegiatan yang diamati. Tahap berikutnya menganalisis masing-masing kegiatan sesuai hasil pengamatan yang didapat, kemudian diprosentasekan. Berdasarkan prosentase itulah diketahui perbandingan besaran kegiatan perawatan langsung, kegiatan perawatan tidak langsung, dan kegiatan lainnya baik secara keseluruhan maupun secara masing-masing shift. Menganalisis waktu pencapaian dari tiap-tiap kegiatan yang dilakukan perawat pelaksana saat pengamatan dengan mengelompokkan berdasarkan jenis kegiatan dari masing-masing shift. Dilakukan penjumlahan dan diprosentasekan jumlah waktu yang dicapai. Disajikan dalam bentuk tabel. Analisis prosentase pola aktivitas yang diperoleh dengan penjumlahan masing-masing aktivitas sesuai kategori dan membaginya dengan jumlah seluruh sampel. Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel.

4.8.2 **Analisa data**

Analisis statistik yang digunakan untuk memperoleh gambaran tentang jumlah tenaga perawat dan kepuasan kerja perawat adalah menggunakan distribusi frekuensi.

4.9 Etika Penelitian

Etika penelitian berguna untuk melindungi atau menjaga hak-hak responden, sehingga masalah etik yang ditekankan pada penelitian ini adalah:

- a. Lembar Persetujuan/*informed consent* ini diberikan kepada perawat yang akan diteliti dengan memberikan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, subyek mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden.
- b. Tanpa Nama/ *Anonymity*: untuk menjaga kerahasiaan responden maka peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data melainkan hanya diberi nomor kode tertentu.
- c. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)/ *Confidentiality*: informasi yang didapat dari responden akan dijamin untuk dirahasiakan, dan yang akan disajikan sebagai riset adalah hasil penghitungan kebutuhan tenaga perawat menggunakan formula.

BAB 5

ANALISA HASIL PENELITIAN

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Negara Bali

Rumah Sakit Umum Negara adalah rumah sakit milik pemerintah daerah Kabupaten Jembrana yang berlokasi di jalan Wijaya Kusuma no. 17, kelurahan Baler Baleagung, Kecamatan Negara, Kabupaten Jembrana-Bali. Rumah Sakit Umum Negara pada mulanya merupakan sebuah poliklinik dan berdiri pada tahun 1934. Poliklinik tersebut semakin lama semakin berkembang, kemudian mendapat tambahan beberapa bangsal sehingga menjadi rumah sakit umum daerah. Pada tahun 1994 berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tanggal 15 desember 1993 Nomer 1167/Menkes/SK/XII/1993 dan Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Bali Nomer 307/1994, tanggal 15 juli 1994, Rumah Sakit Umum Negara ditetapkan menjadi Rumah Sakit Umum tipe C sampai saat ini. melayani semua masyarakat Kabupaten Jembrana. RSUD Negara melayani penduduk berjumlah 281.500 jiwa dengan luas wilayah kabupaten jembrana sekitar 841, 80 km².

Rumah Sakit Umum Negara yang merupakan rumah sakit tipe C, telah lulus akreditasi pada tahun 1998, dengan 5 standar pelayanan yang terdiri dari pelayanan UGD, pelayanan medis, pelayanan keperawatan, pelayanan administrasi dan pelayanan rekam medis dan selanjutnya pada bulan 24 oktober 2008 RSUD Negara sudah terakreditasi dengan 12 standar pelayanan.

Rumah Sakit Umum Negara Bali memiliki fasilitas rawat jalan, rawat inap, VIP serta ditunjang oleh penunjang medis seperti laboratorium, rontgen, instalasi gizi dan instalasi farmasi. Rumah Sakit Umum Negara Bali mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik dengan jumlah tempat tidur 106 tempat tidur. Rumah Sakit Negara dengan luas areal sekitar 3 hektar dimana 50% terdiri dari bangunan sedangkan sisanya merupakan lahan parkir dan pertamanan. Dengan jenis pelayanan yang ada ini diharapkan apa yang menjadi kebutuhan pelanggan terpenuhi, sehingga pelanggan menjadi puas dan loyal untuk selalu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di RSUD Negara.

Ruang Bedah (Ruang Dahlia) adalah ruangan yang khusus merawat pasien –pasien dengan kasus-kasus bedah. Jumlah BOR untuk ruang Dahlia tahun 2010 adalah 87,5%. Ruang Medikal (Ruang Flamboyan) adalah ruangan yang khusus merawat pasien kasus penyakit dalam. Jumlah BOR tahun 2010 adalah 85,5%

5.2 Visi , Misi dan Motto Rumah Sakit Umum Negara Bali

5.2.1 Visi

Menjadikan Rumah Sakit Mandiri dan memuaskan pelanggan

5.2.2 Misi

1. Mewujudkan Sumber daya manusia profesional dan sejahtera
2. Mewujudkan pelayanan kesehatan yang prima
3. Mewujudkan Rumah Sakit yang bersih dan tertib

5.2.3 Motto

Rumah Sakit Umum Negara menerapkan motto yang dipakai landasan yaitu “SERASI”

1. **Segera**

Pelayanan yang tanggap , cepat, bermutu dan profesional

2. **Efektif**

Memberikan pelayanan sesuai dengan prosedur tetap Rumah sakit Umum Negara.

3. **Ramah**

Pelayanan secara tulus dengan salam, sapa dan senyum

4. **Aman**

Pelayanan yang memberikan rasa aman secara fisik, mental dan emosional

5. **Simpatik**

Pelayanan diberikan dengan rasa empati

6. **Indah**

Pelayanan dengan lingkungan yang asri, bersih dan tertib.

5.3 Jenis Pelayanan

5.3.1 Pelayanan Rawat Jalan

1. Poliklinik Umum
2. Poliklinik Obstetri dan Ginekologi
3. Poliklinik Penyakit Anak
4. Poliklinik Penyakit Saraf

5. Poliklinik Penyakit Dalam
6. Poliklinik Bedah Umum
7. Poliklinik THT
8. Poliklinik Gigi dan Mulut

5.3.2 Pelayanan Rawat Inap

1. Rawat Inap Bersalin
2. Rawat Inap Penyakit dalam
3. Rawat Inap Anak
4. Rawat Inap Neonatus
5. Rawat Inap Bedah
6. Rawat inap VIP

5.4 Karakteristik Responden

5.4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis kelamin

Distribusi Tenaga perawat yang berdasarkan jenis kelamin dapat dikelompokkan seperti pada tabel berikut :

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi tenaga perawat berdasarkan jenis kelamin di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali tahun 2011 (n =24)

No	Jenis Kelamin Respondent	Ruangan		Total	
		Dahlia	Flamboyan	N	%
1	Laki-laki	3	0	3	12,5
2	Perempuan	7	14	21	87,5
Total				24	100

Sumber : Bidang keperawatan 2011

Tabel 5.1 menunjukkan 87,5% dari 24 tenaga perawat di ruang Medikal Bedah adalah berjenis kelamin perempuan. Sedangkan 12,5% adalah perawat dengan jenis kelamin laki-laki.

5.4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Variasi Pendidikan Tenaga keperawatan di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah sakit Umum Negara dapat dilihat seperti tabel dibawah ini.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi tenaga perawat berdasarkan Tingkat Pendidikan di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali tahun 2011 (n=24)

No	Tingkat Pendidikan Respondent	Ruangan		Total	
		Dahlia	Flamboyan	N	%
1	SPK	5	1	6	25
2	D III Keperawatan	4	11	15	62,5
3	Sarjana Keperawatan	1	1	2	8,3
4	Ners	0	1	1	4,2
Total				24	100

Sumber : Bidang keperawatan tahun 2011

Tabel 5.3 menunjukkan ada 4 klasifikasi pendidikan tenaga keperawatan dan 15 orang (62,5%) dari 24 orang tenaga keperawatan tersebut berlatar belakang pendidikan Diploma III Keperawatan, serta ada 25 % dari 24 tenaga keperawatan yang pendidikannya dibawah Diploma III, yaitu SPK. Sedangkan tenaga keperawatan yang sudah berpendidikan sarjana keperawatan sebanyak 8,3% dan sebanyak 1 orang (4,2 %) dengan pendidikan Ners

5.4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Status Kepegawaian

Status kepegawaian tenaga keperawatan di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali dapat dilihat pada tabel dibawah ini.:

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Tenaga Perawat berdasarkan Status Kepegawaian di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali tahun 2011 (n=24)

No	Status Kepegawaian Respondent	Ruangan		Total	
		Dahlia	Flamboyan	N	%
1	PNS	7	11	18	75
2	CPNS	1	1	2	8,3
3	Pegawai Kontrak	2	2	4	16,7
4	Pegawai Daerah	0	0	0	
	Total	10	14	24	100

Sumber : Bidang keperawatan tahun 2011

Tabel 5.3 menunjukkan 75 % dari 24 orang tenaga keperawatan di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Negara Bali status kepegawaiannya adalah Pegawai Negeri Sipil. Sedangkan 4 orang (16,7%) dengan status kepegawaian masih calon pegawai negeri sipil dan 8,3 % (2 orang) merupakan pegawai kontrak.

5.4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Golongan Kepangkatan

Tingkat golongan kepangkatan tenaga keperawatan di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali dapat dilihat pada tabel dibawah ini.:

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi tenaga perawat berdasarkan golongan kepangkatan di ruang Rumah Sakit Umum Negara Bali tahun 2011 (n=24)

No	Golongan Kepangkatan Respondent	Ruangan		Total	
		Dahlia	Flamboyan	N	%
1	II/a – II/d	1	4	5	20,8
2	III/a – III/d	7	8	15	62,5
3	Non Golongan	2	2	4	16,7
	Total	10	14	24	100

Sumber : bidang keperawatan tahun 2011

Tabel 5.4 menunjukkan 62,5 % dari 24 orang tenaga keperawatan di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Negara Bali

merupakan pegawai dengan golongan kepangkatan III/a – III/b. Sedangkan 5 orang (20,8%) tenaga keperawatan dengan golongan kepangkatan II/a – II/d dan 4 orang (16,7%) tenaga keperawatan dengan non kepangkatan karena masih berstatus pegawai kontrak.

5.4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Masa kerja

Masa kerja tenaga keperawatan di Ruang Dahlia dan Flamboyan Rumah Sakit Umum Negara Bali dapat dilihat pada tabel dibawah ini.:

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Tenaga Perawat berdasarkan Masa Kerja di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali tahun 2011 (n=24)

No	Masa Kerja Respondent	Ruangan		Total	
		Dahlia	Flamboyan	N	%
1	< 1 Tahun	0	2	2	8,3
2	1 – 5 Tahun	2	3	5	20,8
3	6 – 10 Tahun	3	5	8	33,4
4	> 10 Tahun	5	4	9	37,5
Total				24	100

Sumber : bidang keperawatan tahun 2011

Tabel 5.5 menunjukkan masa kerja tenaga keperawatan di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Negara Bali yaitu 37,5 % dari 24 orang dengan masa kerja lebih dari 10 tahun dan 33,4 % (8 orang) dengan masa kerja antara 6 – 10 tahun. Tenaga keperawatan dengan masa kerja antara 1 – 5 tahun sebanyak 20,8 % (5 orang) dan 8,3 % (2 orang) dengan masa kerja kurang dari satu tahun.

5.4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Status perkawinan.

Masa kerja tenaga keperawatan di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali dapat dilihat pada tabel dibawah ini.:

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi tenaga perawat berdasarkan status perkawinan di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali tahun 2011 (n=24)

No	Status Perkawinan Respondent	Ruangan		Total	
		Dahlia	Flamboyan	N	%
1	Kawin	9	12	21	87,5
2	Tidak Kawin	1	2	3	12,5
Total				24	100

Tabel 5.6 menunjukkan status perkawinan tenaga keperawatan di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Negara Bali yaitu 87,5 % dari 24 orang dengan masa status sudah menikah dan 12,5 % (3 orang) dengan status belum menikah .

5.5 Beban Kerja Obyektif di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali dengan *Time and Motion Study*

Pengukuran beban kerja obyektif dilakukan untuk mengetahui penggunaan waktu tenaga keperawatan dalam melaksanakan aktivitas baik untuk tugas pokok, tugas penunjang, kepentingan pribadi dan lain – lain pada setiap *shift* kerja yaitu *shift* pagi, sore dan malam. Adapun pembagian jam kerja secara normatif pada setiap *shift* di Ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara sebagai berikut:

1. *Shift* Pagi dimulai pukul 07.30 sampai dengan pukul 13.30
2. *Shift* Sore dimulai pukul 13.45 sampai dengan pukul 19.30
3. *Shift* Malam dimulai pukul 19.30 sampai dengan pukul 07.30

Beban kerja obyektif dinyatakan dalam bentuk proporsi waktu kerja yang dikelompokkan jmenjadi tindakan keperawatan langsung (tugas pokok) dan

tindakan keperawatan tidak langsung (tugas penunjang) merupakan kegiatan produktif tenaga keperawatan. Kegiatan non keperawatan merupakan kegiatan non produktif tenaga keperawatan.

Pengamatan kegiatan perawat di ruang Dahlia dilaksanakan dari tanggal 18 April – 7 Mei 2011. Pengamatan dilakukan sebanyak satu kali pada 10 orang perawat dengan pendekatan *observasional* menggunakan metode *Time and Motion Study*. Pengamatan dilaksanakan selama 10 hari kerja terus menerus yang terdiri dari *shift* pagi, sore dan malam. Pengamatan kegiatan perawat di ruang Flamboyan dilaksanakan dari tanggal 9 Mei – 13 Juni 2011. Pengamatan dilakukan sebanyak satu kali pada 14 orang perawat dengan pendekatan *observasional* menggunakan metode *Time and Motion Study*, selama 14 hari kerja terus menerus yang terdiri dari *shift* pagi, sore dan malam.

5.5.1 *Shift* kerja dan jumlah perawat yang bekerja

Tabel 5.7 Distribusi *Shift* kerja dan jumlah perawat yang bekerja *pershift* di ruang di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

No	<i>Shift</i> kerja	Ruangan		Total	
		Dahlia	Flamboyan	N	%
1	Pagi (07.00 – 13.30)	3	4	7	41,2
2	Sore (13.30 – 19.30)	2	3	5	29,4
3	Malam (19.30-07.30)	2	3	5	29,4
Total				17	

Catatan : Setelah *Shift* Malam 2 kali, perawat mendapat jatah libur 2 hari.

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa jumlah perawat terbanyak (41,2 %) bekerja pada *Shift* pagi.

5.5.2 *Shift* Pagi

Hasil Observasi pelaksanaan kegiatan tenaga keperawatan yang dilakukan perawat pada *shift* pagi di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) adalah sebagai berikut :

1. Kegiatan Produktif

a. Tindakan Keperawatan Langsung

Kegiatan tindakan keperawatan langsung yang dilakukan pada *shift* pagi berdasarkan hasil pengamatan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.8 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Langsung pada *Shift* Pagi di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

Tindakan Keperawatan langsung	Ruang Dahlia			Ruang Flamboyan		
	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)
1 Memberikan obat kepada pasien	4,25	62	0,12	13,43	94	0,13
2 Memenuhi kebutuhan cairan & elektrolit, nutrisi	2,13	73	0,10	5,08	109	0,09
3 Memenuhi kebutuhan eliminasi BAB				0,33	1	0,33
4 Memenuhi kebutuhan eliminasi urine	4,02	8	0,13	1,10	9	0,12
5 Memenuhi kebutuhan integritas jaringan	9,98	34	0,29	3,48	22	0,29
7 Memenuhi kebutuhan oksigen				2,93	18	0,16
8 Menyiapkan spesimen lab						
9 Memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aman	2,62	5	0,12	1,35	10	0,14
10 Transportasi pasien	0,17	1	0,17	0,30	1	0,30
11 Melakukan resusitasi				1,07	2	0,54
12 Perawatan jenazah				1,17	2	0,59
13 Melakukan tindakan EKG				1,93	12	0,33
14 Mengukur tanda-tanda vital	3,80	25	0,04	2,20	26	0,05
15 Mengikuti visite dokter	2,08	126	0,06	3,03	96	0,07
16 Menerima pasien baru	1,28	2	0,14	0,53	3	0,18
17 Observasi	2,83	20	0,04	0,17	2	0,09
18 Pendidikan kesehatan	1,62	3	0,21	0,72	4	0,18
Jumlah	29,43	294	3,65	42,02	384	3,78

Tabel 5.8 menunjukkan identifikasi tindakan keperawatan langsung tenaga keperawatan pada *shift* pagi di ruang Dahlia dan Flamboyan. Ruang Flamboyan menggunakan total waktu 42,02 jam untuk melakukan 17 kegiatan keperawatan langsung dan ruang Dahlia menggunakan total waktu 29,43 jam untuk melakukan 11 tindakan keperawatan langsung.

Tindakan keperawatan langsung yang paling lama dilakukan di ruang Dahlia adalah melakukan perawatan luka yaitu 9,98 jam dan di ruang

Flamboyan adalah memberikan obat kepada pasien yaitu 13,43 jam. Kegiatan yang paling singkat dilakukan di ruang Dahlia adalah transportasi pasien baru yaitu 0.17 jam dan di ruang Flamboyan adalah observasi yaitu 0,17 jam. Kegiatan yang paling sering dilakukan di ruang Dahlia adalah mengikuti visite dokter yaitu 126 kali dan di ruang Flamboyan adalah memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit, nutrisi yaitu 109 kali. Kegiatan yang paling jarang dilakukan di ruang Dahlia adalah transportasi pasien yaitu 1 kali dan di ruang Flamboyan ada dua tindakan yaitu memenuhi kebutuhan eliminasi BAB dan transportasi pasien tindakan resusitasi kepada pasien masing-masing 1 kali.

b. Tindakan Keperawatan Tidak Langsung

Kegiatan tindakan keperawatan tidak langsung yang dilakukan pada *shift* pagi berdasarkan hasil pengamatan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.9 Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak langsung pada *Shift* Pagi di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

Tindakan Tidak Keperawatan langsung	Ruang Dahlia			Ruang Flamboyan		
	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)
1 Melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian	7,85	50	0,16	7,30	44	0,17
2 Administrasi	2,97	4	1,24	2,95	64	0,05
3 Timbang terima pasien	3,90	12	0,49	5,87	14	0,42
4 Memenuhi kebutuhan kebersihan dan lingkungan	3,80	17	0,22	3,50	36	0,10
5 Sterilisasi alat	1,25	6	0,21	0,87	9	0,10
Jumlah	20,21	190	0,71	28,32	167	0,84

Tabel 5.9 menunjukkan identifikasi tindakan keperawatan tidak langsung tenaga keperawatan pada *shift* pagi di ruang Dahlia dan

Flamboyan yang terdiri dari 5 tindakan. Ruang Flamboyan menggunakan total waktu selama 28,32 jam untuk melakukan 5 kegiatan keperawatan tidak langsung. Di ruang Dahlia menggunakan total waktu 20,21 jam untuk melakukan 5 tindakan keperawatan tidak langsung.

Tindakan keperawatan tidak langsung yang paling lama dilakukan di ruang Dahlia adalah melengkapi catatan medik pasien yaitu 7,85 jam dan di ruang Flamboyan adalah melengkapi catatan medik pasien yaitu 7,30 jam. Kegiatan yang paling singkat dilakukan di ruang Dahlia adalah sterilisasi alat yaitu 1,25 jam dan di ruang Flamboyan adalah sterilisasi alat yaitu 0,87 jam. Kegiatan yang paling sering dilakukan di ruang Dahlia adalah administrasi yaitu 50 kali dan di ruang Flamboyan adalah administrasi yaitu 64 kali. Kegiatan yang paling jarang dilakukan di ruang Dahlia adalah administrasi yaitu 4 kali dan di ruang Flamboyan adalah sterilisasi alat yaitu 9 kali.

2. Kegiatan Non Produktif

Kegiatan non produktif meliputi kegiatan pribadi perawat. Kegiatan pribadi yang dilakukan pada *shift* pagi berdasarkan hasil pengamatan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.10 Pelaksanaan Kegiatan Non Produktif pada *Shift* Pagi di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

Kegiatan Non Produktif	Ruang Dahlia			Ruang Flamboyan		
	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)
1 sembahyang	0,67	6	0,11	0,67	7	0,10
2 Makan/minum	3,10	11	0,28	3,93	15	0,26
3 Toilet	1,52	20	0,08	2,17	27	0,08
4 Telepon pribadi	1,05	18	0,06	1,27	21	0,06
5 Duduk di <i>nurse station</i>	4,02	24	0,17	5,62	33	0,17
Jumlah	10,36	79	0,7	13,66	103	0,67

Tabel 5.10 menunjukkan identifikasi kegiatan non produktif pada *shift* pagi yang terdiri dari 5 kegiatan. Ruang Flamboyan menggunakan total waktu selama 13,66 jam untuk melakukan 5 kegiatan. Ruang Dahlia menggunakan total waktu 10,36 jam untuk melakukan 5 kegiatan.

Kegiatan non produktif yang paling lama dilakukan di ruang Dahlia adalah duduk di *nurse station* yaitu 4,02 jam dan di ruang Flamboyan adalah duduk di *nurse station* yaitu 5,62 jam. Kegiatan non produktif yang paling singkat dilakukan di ruang Dahlia dan Flamboyan adalah sembahyang yaitu masing-masing 0,67 jam. Kegiatan non produktif yang paling sering dilakukan di ruang Dahlia dan Flamboyan adalah duduk di *nurse station* yaitu 24 kali dan 33 kali. Kegiatan yang paling jarang dilakukan di ruang Dahlia dan Flamboyan adalah sembahyang yaitu 6 dan 7 kali

5.5.3 Shift Sore

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan perawat pada *shift* sore di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) adalah sebagai berikut :

1. Kegiatan Produktif

a. Tindakan Keperawatan Langsung

Tindakan keperawatan langsung yang dilaksanakan pada *shift* sore adalah sebagai berikut :

Tabel 5.11 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan langsung pada *Shift* Sore di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

Tindakan Keperawatan langsung	Ruang Dahlia			Ruang Flamboyan		
	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)
1 Memberikan obat kepada pasien	7,58	80	0,09	12,00	101	0,12
2 Memenuhi kebutuhan cairan & elektrolit,nutrisi	6,15	80	0,09	11,98	129	0,09
3 Memenuhi kebutuhan elimasi BAB				0,73	2	0,37
4 Memenuhi kebutuhan elimasi urine	4,08	13	0,31	2,58	12	0,22
5 Memenuhi kebutuhan oksigen	0,55	8	0,07	3,78	29	0,13
6 Menyiapkan spesimen lab				0,28	2	0,14
7 Memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aman	2,17	18	0,12	2,68	20	0,13
8 Transportasi pasien	1,00	4	0,25	0,57	2	0,29
9 Melakukan tindakan EKG				0,33	1	0,33
10 Mengukur tanda-tanda vital	7,50	137	0,06	7,23	81	0,09
11 Mengikuti visite dokter	0,25	1	0,25	0,83	20	0,04
12 Menerima pasien baru	1,65	4	0,41	0,58	3	0,19
13 Observasi	1,50	19	0,08	2,23	37	0,06
14 Pendidikan kesehatan	0,42	3	0,14	1,12	6	0,19
Jumlah	30,78	367	1,87	42,36	445	2,38

Tabel 5.11 menunjukkan identifikasi tindakan keperawatan langsung tenaga keperawatan pada *shift* sore di ruang Dahlia dan

Flamboyan yang terdiri dari 14 tindakan. Ruang Flamboyan menggunakan total waktu selama 42,36 jam untuk melakukan 14 kegiatan keperawatan langsung. Ruang Dahlia menggunakan total waktu 30,78 jam untuk melakukan 11 tindakan keperawatan langsung.

Tindakan keperawatan langsung yang paling lama dilakukan di ruang Dahlia adalah tindakan memberikan obat kepada pasien yaitu 7,58 jam dan di ruang Flamboyan adalah tindakan memberikan obat kepada pasien yaitu 12 jam. Kegiatan yang paling singkat dilakukan di ruang Dahlia adalah mengikuti visite dokter yaitu 0,25 jam dan di ruang Flamboyan adalah tindakan menyiapkan spesimen laboratorium yaitu 0,28 jam. Kegiatan yang paling sering dilakukan di ruang Dahlia adalah mengukur tanda-tanda vital yaitu 137 kali dan di ruang Flamboyan adalah memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit, nutrisi yaitu 129 kali. Kegiatan yang paling jarang dilakukan di ruang Dahlia adalah mengikuti visiste dokter dan transportasi pasien yaitu masing-masing satu kali. Di ruang Flamboyan kegiatan yang paling jarang dilakukan adalah tindakan EKG yaitu satu kali

b. Tindakan Keperawatan Tidak Langsung

Tindakan keperawatan tidak langsung yang dilaksanakan pada *shift* sore adalah sebagai berikut :

Tabel 5.12 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Tidak langsung pada *Shift* Sore di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

Tindakan Tidak Keperawatan langsung	Ruang Dahlia			Ruang Flamboyan		
	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)
1 Melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian	7,77	78	0,10	9,40	85	0,11
2 Administrasi	1,05	3	0,35	1,72	8	0,22
3 Timbang terima pasien	5,50	20	0,28	7,12	20	0,36
4 Memenuhi kebutuhan kebersihan dan lingkungan				0,45	5	0,09
Jumlah	14,32	101	0,72	18,69	118	0,77

Tabel 5.12 menunjukkan identifikasi tindakan keperawatan tidak langsung tenaga keperawatan pada *shift* sore di ruang Dahlia dan Flamboyan. Tindakan keperawatan tidak langsung terdiri dari 4 tindakan . Ruang Flamboyan menggunakan total waktu selama 18,69 jam untuk melakukan 4 kegiatan keperawatan tidak langsung. Ruang Dahlia menggunakan total waktu 14,32 jam untuk melakukan 3 tindakan keperawatan tidak langsung.

Tindakan keperawatan tidak langsung yang paling lama dilakukan di ruang Dahlia adalah melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian yaitu 7,77 jam. Diruang Flamboyan adalah melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian yaitu 9,40 jam . Kegiatan yang paling singkat dilakukan di ruang Dahlia adalah administrasi yaitu 1,05 jam dan di ruang Flamboyan adalah memenuhi kebersihan dan lingkungan yaitu 0,45 jam. Kegiatan yang paling sering dilakukan di ruang Dahlia adalah melengkapi catatan medik pasien / pendokument yaitu 78 kali dan di ruang Flamboyan adalah melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian yaitu 85 kali. Kegiatan yang paling

jarang dilakukan di ruang Dahlia adalah administrasi yaitu 3 kali dan di ruang Flamboyan adalah memenuhi kebersihan dan lingkungan yaitu 7 kali.

2. Kegiatan Non Produktif

Kegiatan non produktif meliputi kegiatan pribadi perawat. Kegiatan pribadi yang dilakukan pada *shift* sore berdasarkan hasil pengamatan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.13 Pelaksanaan Kegiatan Pribadi pada *Shift* Sore di Ruang Medikal bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

Kegiatan Non Keperawatan	Ruang Dahlia			Ruang Flamboyan		
	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)
1 sembahyang	0,92	8	0,11	1	8	0,12
2 Makan/minum	3,70	11	0,34	4	13	0,34
3 Toilet	1,75	20	0,09	2,12	26	0,08
4 Telepon pribadi	1,42	22	0,06	2	32	0,06
5 Duduk di nurse station	5,28	29	0,18	7	38	0,18
Jumlah	13,07	90	0,78	16,12	117	0,78

Tabel 5.13 menunjukkan identifikasi kegiatan non produktif pada *shift* sore yang terdiri dari 5 kegiatan. Ruang Flamboyan menggunakan total waktu selama 16 jam untuk melakukan 5 kegiatan. Ruang Dahlia menggunakan total waktu 13,07 jam untuk melakukan 5 kegiatan.

Kegiatan non produktif yang paling lama dilakukan di ruang Dahlia adalah duduk di *nurse station* yaitu 4,28 jam dan di ruang Flamboyan adalah duduk di *nurse station* yaitu 7 jam. Kegiatan non produktif yang paling singkat dilakukan di ruang Dahlia dan Flamboyan adalah duduk di *nurse station* yaitu masing-masing 0,92 jam dan 1 jam. Kegiatan non produktif yang paling sering dilakukan di ruang Dahlia dan

Flamboyan adalah duduk di *nurse station* yaitu masing-masing 29 kali dan 38 kali. Kegiatan yang paling jarang dilakukan di ruang Dahlia dan Flamboyan adalah sembahyang yaitu masing-masing 8 kali

5.5.4 Shift Malam

1. Kegiatan Produktif

a. Tindakan Keperawatan Langsung

Tindakan keperawatan langsung yang dilaksanakan pada *shift* malam adalah sebagai berikut

Tabel 5.14 Pelaksanaan tindakan keperawatan Langsung pada *Shift* malam di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

Tindakan Keperawatan langsung	Ruang Dahlia			Ruang Flamboyan		
	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)
1 Memberikan obat kepada pasien	9,53	116	0,08	21,82	159	0,14
2 Memenuhi kebutuhan cairan & elektrolit, nutrisi	8,92	148	0,07	15,17	204	0,10
3 Memenuhi kebutuhan eliminasi BAB				2,13	6	0,36
4 Memenuhi kebutuhan eliminasi urine	5,13	22	0,23	4,92	18	0,27
5 Memenuhi kebutuhan integritas jaringan	0,92	2	0,31	0,92	2	0,46
7 Memenuhi kebutuhan oksigen	1,40	39	0,04	5,32	41	0,13
8 Menyiapkan spesimen lab	2,00	12	0,11	8,18	80	0,10
9 Memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aman	3,58	23	0,16	2,58	19	0,14
10 Transportasi pasien	1,58	2	0,32	0,50	2	0,25
11 Melakukan resusitasi				0,50	1	0,50
12 Perawatan jenazah				0,75	1	0,75
13 Melakukan tindakan EKG				2,35	6	0,39
14 Mengukur tanda-tanda vital	5,07	169	0,05	13,20	103	0,13
15 Mengikuti visite dokter	0,67	4	0,17	0,57	4	0,14
16 Menerima pasien baru	1,05	6	0,18	1,05	22	0,05
17 Observasi	4,22	107	0,04	10,87	130	0,08
18 Pendidikan kesehatan	1,13	5	0,23	1,13	8	0,14
19 Persiapan pasien pre op	2,22	12	0,19			
Jumlah	69,45	303	2,15	76,83	793	4,06

Tabel 5.14 menunjukkan identifikasi tindakan keperawatan tenaga keperawatan pada *shift* malam di ruang Dahlia dan Flamboyan Rumah Sakit Umum Negara Bali. Tindakan keperawatan langsung tenaga keperawatan pada *shift* malam di ruang Dahlia dan Flamboyan yang terdiri dari 19 tindakan . Ruang Flamboyan menggunakan total waktu selama 76,83 jam untuk melakukan 19 kegiatan keperawatan langsung. Ruang Dahlia menggunakan total waktu 69,45 jam untuk melakukan 14 tindakan keperawatan langsung.

Tindakan keperawatan langsung yang paling lama dilakukan di ruang Dahlia adalah tindakan memberikan obat kepada pasien yaitu 9,53 jam dan di ruang Flamboyan adalah tindakan memberikan obat kepada pasien yaitu 21,82 jam . Kegiatan yang paling singkat dilakukan di ruang Dahlia adalah mengikuti visite dokter yaitu 0,67 jam dan di ruang Flamboyan adalah tindakan transportasi pasien yaitu 0,50 jam. Kegiatan yang paling sering dilakukan di ruang Dahlia adalah mengukur tanda-tanda vital yaitu 169 kali dan di ruang Flamboyan adalah memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit, nutrisi yaitu 204 kali. Kegiatan yang paling jarang dilakukan di ruang Dahlia adalah mengikuti memenuhi kebutuhan integritas jaringan dan transportasi pasien yaitu masing-masing dua kali. Di ruang Flamboyan kegiatan yang paling jarang dilakukan adalah tindakan resusitasi dan perawatan jenazah yaitu masing-masing satu kali.

b. Tindakan Keperawatan Tidak Langsung

Tindakan keperawatan tidak langsung yang dilaksanakan tenaga perawat pada *shift* malam sebagai berikut:

Tabel 5.15 Hasil Observasi Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak Langsung pada *Shift* malam di Ruang Dahlia dan Flamboyan Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

Tindakan Keperawatan Tidak langsung	Ruang Dahlia			Ruang Flamboyan		
	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)
1 Melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian	9,38	138	0,07	14,28	124	0,12
2 Memenuhi kebutuhan kebersihan dan lingkungan	2,05	5	0,41	5,03	14	0,42
3 Administrasi	5,23	19	0,28	10,22	25	0,51
4 Timbang terima pasien	0,13	1	0,13	0,80	6	0,13
5 Sterilisasi alat	0,50	2	0,25	1,95	8	0,24
Jumlah	17,29	165	1,14	56,84	177	1,29

Tabel 5.15 menunjukkan identifikasi tindakan keperawatan tidak langsung tenaga keperawatan pada *shift* malam di ruang Dahlia dan Flamboyan. Tindakan keperawatan tidak langsung terdiri dari 5 tindakan . Ruang Flamboyan menggunakan total waktu selama 56,84 jam untuk melakukan 5 kegiatan keperawatan tidak langsung. Ruang Dahlia menggunakan total waktu 17,29 jam untuk melakukan 5 tindakan keperawatan tidak langsung.

Tindakan keperawatan tidak langsung yang paling lama dilakukan di ruang Dahlia adalah melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian yaitu 9,38 jam. Diruang Flamboyan tindakan keperawatan tidak langsung yang paling lama dilakukan adalah melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian yaitu 14,28 jam . Kegiatan yang paling singkat dilakukan di ruang Dahlia adalah timbang terima pasien yaitu 0,13 jam dan di ruang Flamboyan adalah memenuhi kebersihan dan lingkungan yaitu 0,80 jam. Kegiatan yang paling sering dilakukan di ruang Dahlia adalah melengkapi catatan medik

pasien / pendokument yaitu 138 kali dan di ruang Flamboyan kegiatan yang paling sering dilakukan adalah melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian yaitu 124 kali. Kegiatan yang paling jarang dilakukan di ruang Dahlia dan Flamboyan adalah timbang terima pasien yaitu masing-masing 6 kali dan 1 kali.

2. Kegiatan Non Produktif

Kegiatan produktif yang dilakukan tenaga perawat pada *shift* malam adalah sebagai berikut :

Tabel 5.16 Pelaksanaan Kegiatan Non Produktif pada *Shift* malam di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

Kegiatan Non Keperawatan	Ruang Dahlia			Ruang Flamboyan		
	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)	Waktu (jam)	Frek	Rerata waktu (jam)
1 sembahyang	2,15	10	0,22	2,47	14	0,18
2 Makan/minum	5,00	18	0,28	6,13	24	0,26
3 Toilet	3,25	30	0,11	4,43	46	0,10
4 Telepon pribadi	2,43	33	0,07	3,20	47	0,07
5 Duduk di <i>nurse station</i>	9,08	33	0,28	11,10	47	0,24
6 Gosok gigi	2,50	10	0,25	3,50	14	0,25
7 Ganti baju	2,75	10	0,28	3,50	14	0,25
Jumlah	27,16	144	1,49	34,33	206	1,35

Tabel 5.16 menunjukkan identifikasi kegiatan non produktif pada *shift* malam yang terdiri dari 7 kegiatan di ruang Dahlia dan Flamboyan. Ruang Flamboyan menggunakan total waktu selama 34,33 jam untuk melakukan 7 kegiatan. Ruang Dahlia menggunakan total waktu 27,16 jam untuk melakukan 7 kegiatan.

Kegiatan non produktif yang paling lama dilakukan di ruang

Dahlia adalah duduk di *nurse station* yaitu 9,08 jam dan di ruang Flamboyan kegiatan non produktif yang paling lama dilakukan adalah duduk di *nurse station* yaitu 11,10 jam . Kegiatan non produktif yang paling singkat dilakukan di ruang Dahlia dan Flamboyan adalah sembahyang yaitu masing-masing 2,15 jam dan 2,47 jam. Kegiatan non produktif yang paling sering dilakukan di ruang Dahlia dan Flamboyan adalah duduk di *nurse station* dan telpon pribadi yaitu masing-masing 33 kali dan 47 kali. Kegiatan yang paling jarang dilakukan di ruang Dahlia adalah sembahyang, gosok gigi dan ganti baju yaitu masing-masing 10 kali. Kegiatan yang paling jarang dilakukan di ruang Flamboyan adalah masing-masing 14 kali.

5.5.5 Beban kerja obyektif di ruang Dahlia dan ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Negara Bali

1. Kategori Kegiatan Perawat

Tabel 5.17 Rekapitulasi Kegiatan Perawat di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

Jenis Kegiatan Keperawatan	Dahlia (n=10)			Flamboyan (n=14)			Total (Jam)
	Pagi (Jam)	Sore (Jam)	Malam (Jam)	Pagi (Jam)	Sore (Jam)	Malam (Jam)	
1 Kegiatan Produktif							
a Kegiatan Keperawatan Langsung	29,43	30,78	69,45	42,02	42,36	76,83	290,87
b Kegiatan Keperawatan Tidak langsung	20,21	19,15	33,39	28,32	25,52	56,84	183,43
2 Kegiatan Non Produktif	10,36	13,07	27,16	13,66	16,12	34,33	114,7
Total	60	60	120	84	84	168	576

Tabel 5.17 menunjukkan bahwa dari 576 jam waktu pelaksanaan kategori tindakan keperawatan, jumlah waktu terbanyak adalah kegiatan keperawatan langsung sebanyak :263,87 jam

Tabel 5.18 Rekapitulasi Beban Kerja Perawat di Ruang Dahlia dan Flamboyan Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011 (n=24)

No	Shift	Beban Kerja				Rerata	
		Dahlia		Flamboyan		%	Kategori
1	Pagi	82,73	Tinggi	83,73	Tinggi	83,23	Tinggi
2	Sore	83,21	Tinggi	80,80	Tinggi	82,00	Tinggi
3	Malam	85,67	Tinggi	79,57	Rendah	72,57	Rendah
	Rerata	83,87	Tinggi	81,36	Tinggi	82,62	Tinggi

Tabel 5.18 menunjukkan bahwa beban kerja untuk masing – masing *shift* adalah tinggi, dengan rerata 82,62 %

5.6 Penghitungan Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan *Workload Indicator Staff Need (WISN)*

Perhitungan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan WISN ini meliputi 5 langkah yaitu menetapkan waktu kerja tersedia, menetapkan unit kerja dan kategori SDM yang dihitung, menetapkan standar beban kerja, menyusun standar kelonggaran dan menghitung kebutuhan tenaga perunit.

5.6.1 Menetapkan Waktu Kerja Tersedia

Waktu kerja tersedia tenaga keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Negara Bali dijabarkan dibawah ini :

5.19 Waktu kerja tersedia tenaga keperawatan di ruang Medikal bedah Rumah sakit Umum Negara Bali tahun 2011

No	Uraian	Waktu	Keterangan
1	Hari Kerja (A)	312	Hari / tahun
2	Cuti tahunan (B)	8	Hari / tahun
3	Pendidikan dan pelatihan (C)	6	Hari / tahun
4	Hari libur nasional dan cuti bersama (D)	16	Hari / tahun
5	Ketidakhadiran Kerja (E)	15	Hari / tahun
6	Waktu kerja (F)	6	Jam / hari
	Waktu kerja tersedia = (A-(B+C+D+E) x F	1.638	Jam/tahun
	Hari kerja tersedia = (A-(B+C+D+E)	273	Hari kerja/tahun

Sumber : Bidang keperawatan

Tabel 5.19 menunjukkan waktu kerja tersedia untuk perawat adalah 1.638 jam/tahun, atau 273 hari kerja.

5.6.2 Menetapkan unit kerja dan kategori sumber daya manusia yang dihitung.

Unit kerja yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah tenaga perawat pelaksana di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali.

5.6.3 Menetapkan Standar Beban Kerja

Standar beban kerja di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali diuraikan sebagai berikut :

Tabel 5.20 Standar Beban Kerja di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali tanggal 18 April – 13 Juni 2011

No	Kegiatan Produktif	Ruangan Dahlia			Ruangan Flamboyan		
		SK (jam)	WKT (jam)	SBK (WKT/SK)	SK (jam)	WKT (jam)	SBK (WKT/SK)
Tindakan Keperawatan Langsung							
1	Memberikan obat kepada pasien	0,13	1638	13091,82	0,13	1638	12272,00
2	Memenuhi kebutuhan cairan & elektrolit, nutrisi	0,10	1638	16325,76	0,10	1638	17144,12
3	Memenuhi kebutuhan eliminasi BAB				0,35	1638	4621,32
4	Memenuhi kebutuhan eliminasi urine	0,26	1638	6271,95	0,22	1638	7428,14
5	Memenuhi kebutuhan integritas jaringan	0,47	1638	3456,33	0,31	1638	5533,78
6	Memenuhi kebutuhan oksigen	0,04	1638	39480	0,14	1638	11982,04
7	Menyiapkan spesimen lab	0,28	1638	5896,8	0,10	1638	15876,60
8	Memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aman	0,14	1638	11828,57	0,13	1638	12142,51
9	Transportasi pasien	0,28	1638	5956,364	0,27	1638	5978,10
10	Melakukan resusitasi				0,52	1638	3129,94
11	Perawatan jenazah				0,64	1638	2559,38
12	Melakukan tindakan EKG				0,35	1638	4729,79
13	Mengukur tanda-tanda vital	0,07	1638	23558,64	0,10	1638	15448,54
14	Visite dokter	0,11	1638	15470	0,06	1638	19236,30
15	Menerima pasien baru	0,17	1638	9927,273	0,08	1638	10616,67
16	Observasi	0,08	1638	20705,45	0,08	1638	20860,74
17	Pendidikan kesehatan	0,20	1638	8303,226	0,17	1638	9927,27
18	Persiapan pasien pre op	0,19	1638	8854,054	0,13		
Tindakan keperawatan Tidak Langsung							
1	Melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian	0,08	1638	19804,91	0,11	1638	14300,00
2	Memenuhi kebutuhan kebersihan dan lingkungan	0,42	1638	3876,92	0,12	1638	14184,74
3	Administrasi	0,35	1638	4738,40	0,38	1638	3810,94
4	Timbang terima pasien	0,11	1638	15276,68	0,10	1638	16207,58
5	Sterilisasi alat	0,22	1638	7488,00	0,17	1638	9874,47
Total				237864,96	240311,17		

Keterangan : SK : Standar Kegiatan, WKT : Waktu Kerja tersedia, SBK : Standard Beban Kerja

Tabel 5.20 menunjukkan bahwa standar beban kerja tenaga keperawatan di ruang Dahlia adalah sebesar 237864,96 / tahun dan di ruang

Flamboyan adalah sebesar 240311,17/ tahun.

5.6.4 Menyusun standar kelonggaran

. Perhitungan standar kelonggaran di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan

Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali yaitu :

Tabel 5.21 Standar kelonggaran di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali tanggal 18 April – 13 Juni 2011

Kegiatan Non produktif	Dahlia				Flamboyan			
	SK	WKT	FK	StK (FK/WKT)	SK	WKT	FK	StK (FK/WKT)
1 sembahyang	0,16	1638	-36,50	0,02	0,14	1638	31,50	0,02
2 Makan/minum	0,30	1638	60,83	0,04	0,28	1638	56,49	0,03
3 Toilet	0,09	1638	106,46	0,06	0,09	1638	107,54	0,07
4 Telepon pribadi	0,07	1638	111,02	0,07	0,06	1638	108,63	0,07
5 Duduk di nurse station	0,21	1638	130,79	0,08	0,20	1638	128,18	0,08
6 Gosok gigi	0,25	1638	15,21	0,01	0,25	1638	15,21	0,01
7 Ganti baju	0,28	1638	15,21	0,01	0,25	1638	15,21	0,01
Total				0,29				0,28

Keterangan ; SK : Standar Kegiatan, WKT : Waktu Kerja Tersedia, FK : Faktor Kelonggaran, StK : Standard Kelonggaran

Tabel 5.21 menunjukkan bahwa besar standar kelonggaran tenaga keperawatan di ruang Dahlia rumah sakit umum Negara Bali adalah 0,29 dan di ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Negara Bali adalah 0,28.

5.6.5 Penghitungan kebutuhan tenaga perawat perunit

Hasil penghitungan kebutuhan tenaga perawat dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.22 Kebutuhan Tenaga Perawat di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali tanggal 18 April – 13 Juni 2011.

Kegiatan Produktif	Dahlia			Flamboyan		
	Kuantitas Kegiatan Pokok (KKP)	Standar Beban Kerja (SBK)	Kebutuhan SDM (KKP/SBK) (A)	Kuantitas Kegiatan Pokok (KKP)	Standar Beban Kerja (SBK)	Kebutuhan SDM (KKP/SBK) (A)
Tindakan Keperawatan langsung						
1 Memberikan obat kepada pasien	20127	13091,82	1,54	30238,00	12272,00	2,46
2 Memenuhi kebutuhan cairan & elektrolit, nutrisi	25242	16325,76	1,55	38523,57	17144,12	2,25
3 Memenuhi kebutuhan elimasi BAB				7234,64	4621,32	1,57
4 Memenuhi kebutuhan elimasi urine	9669	6271,95	1,54	12001,79	7428,14	1,62
5 Memenuhi kebutuhan integritas jaringan	6756	3456,33	1,95	5825,71	5533,78	1,05
6 Memenuhi kebutuhan oksigen	42906	39480,00	1,09	19694,29	11982,04	1,64
7 Menyiapkan spesimen	7023	5896,80	1,19	17537,86	15876,60	1,10
8 Memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aman	14231	11828,57	1,20	18972,50	12142,51	1,56
9 Transportasi pasien	6301	5956,36	1,06	6455,36	5978,10	1,08
10 Melakukan resusitasi				3378,21	3129,94	1,08
11 Melakukan perawatan jenazah				2818,21	2559,38	1,10
12 Melakukan tindakan EKG				8395,36	4729,79	1,77
13 Mengobservasi tanda-tanda vital	28721	23558,64	1,22	25475,00	15448,54	1,65
14 Visite dokter	18081	15470,00	1,17	29871,79	19236,30	1,55
15 Menerima pasien baru	8338	9927,27	0,84	12430,00	10616,67	1,17
16 Observasi	26719	20705,45	1,29	27866,07	20860,74	1,34
17 Pendidikan kesehatan	10201	8303,23	1,23	15263,29	9927,27	1,54
18 Persipan pre op	8670	8854,05	0,98			
Tindakan Keperawatan Tidak Langsung						
1 Melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian						
2 Memenuhi kebutuhan kebersihan dan lingkungan	22309	19804,91	1,13	21896,07	14300,00	1,53
3 Administrasi	3879	3876,92	1,00	13424,14	14184,74	0,95
4 Timbang terima pasien	3861,5	4738,40	0,81	5538,21	3810,94	1,45
Steriisasi alat	10386	15276,68	0,68	17265,50	16207,58	1,07
Jumlah			21,86			31,56
Standar kelonggaran (B)			0,29			0,28
Total kebutuhan SDM perawat (A+B)			22,15			31,84

Tabel 5.22 menunjukkan bahwa total kebutuhan tenaga perawat berdasarkan di ruang Dahlia adalah 22,15 atau 22 orang perawat. Untuk di ruang Flamboyan kebutuhan tenaga perawat yaitu 31,84 atau 32 orang perawat. Untuk interpretasi hasil penghitungan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan indeks WISN adalah sebagai berikut :

Tabel 5.23 Analisa Kebutuhan tenaga perawat berdasarkan *workload indicator staff need* (WISN) di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali tahun 2011.

No	Unit	Staf yang ada (A)	Kebutuhan staf (B)	Kurang/lebih (A-B)	WISN Ratio (A/B)	Masalah Tenaga
1	Medikal (Flamboyan)	14	32	-18	0,43	kurang
2	Bedah (Dahlia)	10	22	-12	0,45	kurang
	Total			- 30		

Tabel 5.23 menunjukkan bahwa dari analisa kebutuhan indeks WISN ruang Medikal Bedah kekurangan tenaga perawat sebanyak 30 orang perawat

5.7 Kepuasan Kerja

Tingkat kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.24 Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) Rumah Sakit Umum Negara Bali 2011

No	Komponen Kepuasan Kerja	Kriteria Kepuasan Kerja									
		Sangat Tidak Puas		Tidak Puas		Cukup Puas		Puas		Sangat Puas	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	Upah	4	16,7	11	45,8	7	29,2	2	8,3	0	0
2	Kebijakan Organisasi	4	16,7	11	45,8	7	29,2	2	8,3	0	0
3	Interaksi Sosial	3	12,5	9	37,5	11	45,8	1	4,2	0	0
4	Tuntutan Tugas	3	12,5	11	45,8	9	37,5	1	4,2	0	0
5	Otonomi	5	20,8	13	54,2	6	25	0	0	0	0
6	Status Profesional	1	4,2	8	33,3	13	54,2	2	8,3	0	0
Kepuasan kerja perawat		20	13,89	63	43,70	53	36,81	8	5,6	0	0

Tabel 5.24 menunjukkan gambaran kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Negara Bali. Sebagian besar menunjukkan tidak puas yaitu 43,70%

5.8 Analisis Kebutuhan Riil Tenaga Perawat Berdasarkan *Workload Indicator Staff Need (WISN)* dan Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali

5.25 Penghitungan Pembuatan Diagram Pareto Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali Tanggal 18 April – 13 Juni 2011.

Masalah	Frekuensi	Frekuensi Kumulatif	%	% Kumulatif
Tidak Puas	11	11	45,84	45,84
Cukup Puas	9	20	37,5	83,34
Sangat Tidak Puas	3	23	12,5	95,84
Puas	1	24	4,16	100
Total	24			

Tabel 5.25 menunjukkan bahwa frekuensi paling banyak untuk masalah kepuasan kerja perawat adalah tidak puas yaitu 11

5.26 Diagram Pareto Kepuasan Kerja Perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali tanggal 18 April – 13 juni 2011

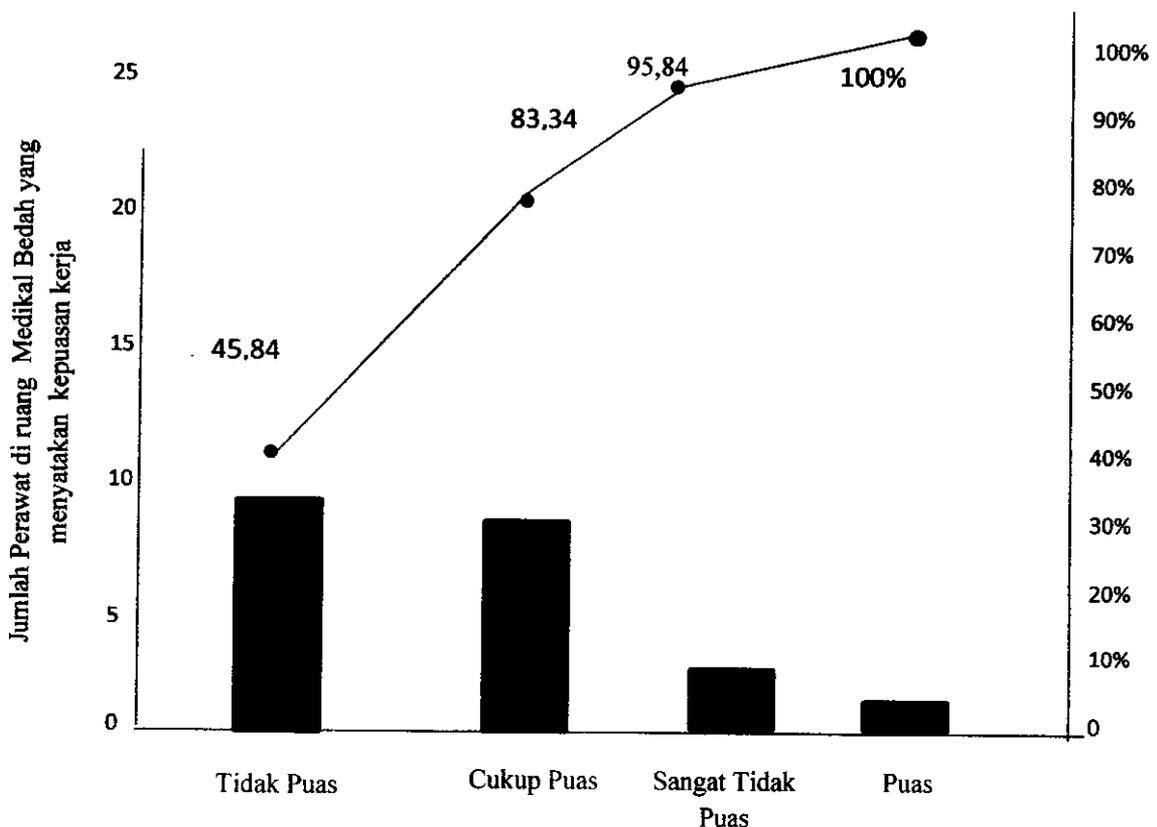


Diagram 5.26 menunjukkan perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali, yang menyatakan puas < 20%.

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan membahas tentang beban kerja perawat secara obyektif di ruang Medikal Bedah , penghitungan kebutuhan tenaga dengan metode WISN, kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali

6.1 Beban Kerja Obyektif Perawat dengan *Time and Motion* di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali

Beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja (*workload*) biasanya diartikan sebagai *patient days* yang merujuk pada sejumlah prosedur, pemeriksaan, kunjungan (*visite*) pada pasien, injeksi dan sebagainya (Marquish,2000). Pengukuran beban kerja obyektif dilakukan untuk mengetahui penggunaan waktu tenaga keperawatan dalam melaksanakan kegiatan produktif dan non produktif pada setiap *shift* kerja yaitu shift pagi, sore dan malam.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode *time and motion study* dengan teknik studi gerak *work activity* dan teknik studi waktu *direct time study-intensive sampling*. Pada teknik ini peneliti mengamati dengan cermat pekerjaan yang sedang dilakukan oleh personel yang kita amati serta lama waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut

Pada penelitian ini didapatkan bahwa beban kerja perawat di ruang Dahlia adalah 83,87%. Total waktu untuk menyelesaikan kegiatan produktif di ruang Dahlia adalah 202,41 jam yang meliputi tindakan keperawatan langsung sebesar

129,66 jam dan tindakan keperawatan tidak langsung sebesar 72,75 jam. Beban kerja perawat di ruang Flamboyan adalah 81,36%. Total waktu untuk menyelesaikan kegiatan produktif di ruang Flamboyan adalah 271,96 jam yang meliputi tindakan keperawatan langsung 161,28 jam dan tidak langsung 110,068 jam.

Menurut Gillies (1994) tindakan keperawatan langsung merupakan aktivitas perawatan yang diberikan oleh perawat yang ada hubungan secara khusus dengan kebutuhan fisik, psikologi dan spiritual pasien Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk perawatan langsung (*direct care*) adalah berkisar 4 – 5 jam / klien / hari (Arwani,2005). Kegiatan Perawatan tidak langsung merupakan kegiatan keperawatan tidak langsung yang dilakukan oleh perawat kepada pasien dan ini merupakan kegiatan persiapan untuk melengkapi tindakan keperawatan langsung (Gillies,1994). Berdasarkan penelitian perawat di rumah sakit, Grace Detroit dalam Gillies (1994), menyatakan bahwa rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk perawatan tidak langsung adalah 36 menit/klien/hari. Dari hasil penelitian didapatkan dari 23 unsur kegiatan produktif terdapat 18 unsur yang merupakan tindakan keperawatan tidak langsung. Sesuai dengan penelitian oleh Fatima (2002) di ruang Cempaka rumah sakit Pasar Rebo Jakarta di dapatkan hasil bahwa kegiatan keperawatan langsung di ruang Cempaka paling banyak dilakukan pada *shift* malam(5 jam). Penelitian Andersen dalam (Tappen,1998) menyatakan bahwa penggunaan waktu untuk kegiatan keperawatan langsung adalah 35% dari total seluruh

Menurut Ilyas, (2004) waktu kerja produktif yang optimum berkisar 80%), jika sudah bekerja di atas 80% produktifnya, menunjukkan beban kerja

tinggi dan kita perlu mempertimbangkan dan memperhatikan bahwa unit tersebut benar-benar membutuhkan tenaga baru. Berdasarkan pendapat Ilyas ini dapat dikatakan bahwa beban kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali adalah tinggi, karena perbandingan antara waktu total waktu produktif dengan total waktu secara keseluruhan diperoleh prosentase diatas 80 % yaitu 83,70 %.

6.2 Analisis kebutuhan tenaga perawat berdasarkan metode *Workload Indicator Staff Need* (WISN) di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali

Kebutuhan sumber daya manusia yang handal dan berkualitas tidak dapat diperoleh dengan seketika. Dibutuhkan perencanaan dengan seksama agar didapatkan orang yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan organisasi. Salah satu langkah dalam perencanaan SDM di rumah sakit adalah menganalisis kebutuhan SDM tersebut (Ilyas,2004). Menurut Druckter dan Gillies (1994) dalam perencanaan kebutuhan tenaga perawat dibutuhkan adanya kategori dan jumlah masing-masing kategori yang dibutuhkan.

Metode penghitungan kebutuhan sumber daya manusia (SDM) perawat berdasarkan beban kerja WISN adalah suatu metode penghitungan kebutuhan SDM perawat berdasarkan pada beban pekerjaan nyata, yang dilaksanakan oleh setiap perawat pada tiap unit kerja di fasilitas kesehatan. Mekanisme penghitungan kebutuhan tenaga perawat menggunakan cara ini meliputi 5 tahap yaitu : 1) Menetapkan waktu kerja tersedia, 2) Menetapkan unit kerja dan kategori SDM, 3) Menyusun standar beban kerja, 4) Menyusun standar kelonggaran dan

5) Penghitungan tenaga perunit kerja. Dalam pembahasan ini, akan dibahas setiap langkah kegiatan berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan (Depkes,2004)

6.2.1 Menetapkan waktu kerja tersedia .

Menetapkan waktu kerja tersedia bertujuan untuk memperoleh waktu kerja perawat yang bekerja di rumah sakit selama kurun waktu satu tahun. Data yang dibutuhkan untuk menetapkan waktu tersedia berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 81/Menkes/SK/I/2004 tentang pedoman penyusunan perencanaan SDM kesehatan adalah ; (1) Hari kerja, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit bahwa pada umumnya dalam 1 minggu ada 5 hari kerja, sehingga dalam 1 tahun ada 250 hari kerja;(2) Cuti tahunan,sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit, maka setiap perawat di rumah sakit mempunyai hak cuti 12 hari kerja selama 1 tahun;(3) Hari Libur Nasional,berdasarkan keputusan bersama Menteri terkait tentang hari libur nasional dan cuti bersama,tahun 2002 – 2003 ditetapkan 15 hari kerja dan 4 hari kerja untuk cuti bersama; (4) Ketidakhadiran kerja, sesuai data rata – rata ketidakhadiran kerja (selama kurun waktu 1 tahun) karena alasan sakit, tidak masuk dengan/ tanpa pemberitahuan izin; (5) Waktu kerja, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit dan di rata – rata antara shift pagi, siang, dan malam. Waktu kerja yang sesuai berdasarkan ketentuan yang berlaku di rumah sakit atau peraturan daerah adalah 7 jam (produktif) dan 1 jam (non produktif) untuk 5 hari kerja dalam 1 minggu (Depkes,2004)

Berdasarkan hasil penelitian dengan data sekunder di Rumah Sakit Umum Negara Bali, diperoleh keterangan berikut; (1) Hari kerja, jumlah hari kerja dalam setahun di rumah sakit umum negara Bali adalah 312 hari, dalam 1 minggu 6 hari

kerja (2) Cuti tahunan, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit umum negara Bali, maka setiap perawat di rumah sakit mempunyai hak cuti 8 hari kerja selama 1 tahun. (3) Pendidikan dan Pelatihan, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di sakit umum negara Bali, untuk mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga perawat, setiap perawat memiliki hak mengikuti pelatihan / kursus adalah 6 hari dalam setahun. (4) Hari Libur Nasional dan cuti bersama, berdasarkan surat edaran Gubernur Provinsi Bali, yang mengacu pada ketetapan bersama Menteri Agama, Tenaga Kerja dan Transmigrasi dan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara tahun 2009, maka Hari libur Nasional dan Cuti bersama di Provinsi Bali adalah 16 hari. (5) Ketidakhadiran kerja, sesuai data rata – rata ketidakhadiran kerja (selama kurun waktu 1 tahun) karena alasan sakit, tidak masuk dengan/ tanpa pemberitahuan di rumah sakit umum negara Bali adalah 15 hari kerja. (6) Waktu kerja, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit umum negara Bali adalah waktu kerja dalam 1 hari adalah 6 jam.. Berdasarkan data – data ini dan dilakukan penghitungan maka didapatkan waktu kerja tersedia bagi perawatan di rumah sakit umum Negara Bali adalah 1,638 jam dalam setahun atau 273 hari dalam setahun.

Setiap rumah sakit mempunyai penetapan waktu kerja tersedia yang berbeda-beda, sesuai ketentuan peraturan daerah masing-masing. Sesuai penelitian yang dilakukan oleh Acta RD (2010), waktu kerja tersedia di rumah sakit Muhammadiyah Surabaya dalam 1 tahun adalah 1,519 jam. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Jauhari (2006), didapatkan waktu kerja tersedia di rumah sakit Dr. Pirngadi Medan adalah 2,120 jam dalam setahun. Dibandingkan dengan waktu kerja di rumah sakit Muhammadiyah Surabaya, waktu kerja tersedia di

Rumah Sakit Umum Negara Bali lebih 119 jam dan jika dengan Rumah Sakit Dr.Pirngadi Medan waktu kerja tersedianya lebih 482 jam.

Keputusan Menteri Kesehatan RI no 81/MENKES/I/2004 tentang pedoman penyusunan perencanaan SDM kesehatan menyebutkan bahwa jumlah waktu kerja tersedia bagi perawat adalah 1712 jam pertahun atau 214 hari kerja. Bila dibandingkan waktu kerja bagi perawat di rumah sakit umum Negara Bali (1638 jam/tahun), maka diketahui bahwa waktu kerja dalam hitungan waktu jam / pertahun di Rumah Sakit Umum Negara Bali lebih rendah 74 jam (1712 – 1638) dari pedoman yang di tetapkan oleh Depkes, sedangkan bila dihitung dalam jumlah hari/tahun, maka jumlah waktu kerja tersedia perawat di Rumah Sakit Umum Negara Bali lebih tinggi 59 hari (273 – 214) dari pada pedoman yang ditetapkan oleh Depkes (214/tahun). Perbedaan ini terjadi karena adanya perbedaan dalam hitungan hari kerja, cuti tahunan, pendidikan dan pelatihan, hari libur nasional dan cuti bersama, ketidakhadiran kerja dan waktu kerja . Faktor yang paling membedakan adalah penetapan waktu kerja dalam seminggu. Di Rumah Sakit Umum Negara Bali , waktu kerja dalam seminggu adalah 6 jam perhari untuk 6 hari kerja sedangkan pedoman dari Depkes menetapkan 8 jam kerja perhari untuk 5 hari kerja dalam seminggu.

6.2.2 Menetapkan Unit Kerja dan Kategori SDM

Menurut Depkes (2004) menetapkan unit kerja dan kategori SDM bertujuan agar diperolehnya unit kerja dan kategori SDM yang bertanggungjawab dalam melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan pada pasien, keluarga dan masyarakat. Unit kerja yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah instalasi rawat inap dengan sub unit kerja rawat inap Medikal Bedah di

Rumah Sakit Umum Negara Bali. Kategori SDM yang diteliti adalah adalah perawat yang bekerja di ruang Dahlia dan Flamboyan sebanyak 24 perawat dengan kategori tingkat pendidikan terbanyak adalah Diploma III keperawatan (67,9 %) dengan status kepegawaian 78,6% adalah PNS. Masa kerja terbanyak adalah lebih dari 10 tahun (46,4%) dengan golongan kepangkatan 62,5% adalah golongan IIIa-III d.

6.2.3 Menyusun Standar Beban Kerja.

Keputusan Menteri Kesehatan RI no 81/MENKES/I/2004 tentang pedoman penyusunan perencanaan SDM kesehatan menyebutkan standar beban kerja adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun perkategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (rata – rata waktu) dan waktu yang tersedia pertahun yang dimiliki oleh masing masing kategori tenaga (Depkes,2004)

Untuk dapat menyusun standar beban kerja, maka perlu diketahui beban kerja dari kategori SDM tersebut. Beban kerja dari kategori SDM di unit kerja meliputi : kegiatan pokok yang dilaksanakan, rata – rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok dan standar beban kerja per 1 tahun masing – masing kategori SDM.

1. Kegiatan Pokok Tenaga Keperawatan

Kegiatan pokok tenaga keperawatan adalah kumpulan berbagai jenis kegiatan sesuai standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) untuk menghasilkan pelayanan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat dengan kompetensi tertentu (Depkes,2004). Menurut Depkes RI (1981) dalam Haeruddin (2003) mengatakan bahwa dalam pedoman teknis perawatan dasar, perawat

mempunyai tugas yaitu mempersiapkan dan memelihara ruangan perawatan serta lingkungan pasien (tugas penunjang) dan memberikan keamanan, kenyamanan, dan tindakan asuhan keperawatan (tugas pokok).

Standar kegiatan pokok perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara mengacu pada instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit (Depkes RI, 2005). Penelitian data sekunder diketahui bahwa di Rumah Sakit Umum Negara Bali telah ada standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP). Jumlah kegiatan pokok tenaga keperawatan berdasarkan standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP). Menurut instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit jumlah kegiatan pokok tenaga keperawatan di ruang Medikal Bedah adalah sebanyak 27 kegiatan pokok. Nursalam (2008) membagi tindakan keperawatan berdasarkan kebutuhan individu terdiri dari 14 tindakan keperawatan sesuai pengembangan UU Kesehatan (1992) dan Kepmenkes Nomor 1239. Dalam penelitian ini peneliti mengklasifikasikan kegiatan pokok keperawatan menurut Nursalam (2008) dengan tetap berpedoman dengan SOP yang ada. Kegiatan pokok perawat menurut Ilyas (2004) dibagi menjadi dua yaitu kegiatan produktif dan non produktif. Hasil modifikasi ini dipakai sebagai dasar untuk mengobservasi tindakan keperawatan yang dilakukan. Penelitian ini terdiri 23 unsur kegiatan pokok meliputi 18 unsur kegiatan tindakan keperawatan langsung dan 5 unsur kegiatan tindakan keperawatan tidak langsung.

2. Rerata Waktu Per-kegiatan Pokok

Rerata waktu adalah suatu waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan pokok oleh perawat pada unit kerja. Untuk dapat menentukan rata – rata

waktu maka perlu diketahui jenis kegiatan pokok dan waktu yang dilakukan oleh perawat untuk menyelesaikan kegiatan pokok tersebut dengan jalan melakukan pengamatan / observasi (Depkes,2004)

Dalam penelitian ini, untuk mengukur rerata waktu tiap kegiatan pokok peneliti menggunakan metode *Time and Motion Study* atau menggunakan teknik studi gerak (*work activity*) dan teknik studi waktu (*direct time study intensive sampling*). Pada teknik ini peneliti mengamati dengan cermat pekerjaan yang sedang dilakukan oleh perawat serta lama waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut.. Mundel (1981) menjelaskan bahwa dengan menggunakan metode ini, kita juga dapat mengamati: (1) Aktivitas yang sedang dikerjakan personel pada jam kerja; (2) Kaitan antara aktivitas personel dengan fungsi dari beban tugasnya pada waktu jam kerja ; (3) Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif dan tidak produktif; (4) pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan schedule jam kerja yang ada .

Pengamatan terhadap pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilaksanakan selama 24 hari pada 24 orang perawat di ruangan perawatan Medikal Bedah (Dahlia dan Flamboyan) di rumah sakit umum Negara Bali disesuaikan dengan waktu dan *schedule* jam kerja yang ada yaitu : *Shift* Pagi dimulai pukul 07.30 sampai dengan pukul 13.30, *Shift* Sore dimulai pukul 13.30 sampai dengan pukul 19.30, *Shift* Malam dimulai pukul 19.30 sampai dengan pukul 07.30. Hasil pengamatan dengan menggunakan metode *Time and Motion Study* diperoleh data jenis kegiatan yang dilakukan oleh perawat adalah 30 jenis kegiatan yang terdiri dari kegiatan Produktif sebanyak 23 dan kegiatan non produktif sebanyak 7.

Pengamatan yang dilakukan selama 24 hari terhadap 24 orang perawat di ruangan Dahlia dan Flamboyan menunjukkan bahwa kegiatan pokok yang paling banyak dilaksanakan pada *shift* pagi, sore dan malam adalah kegiatan produktif (tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung). Hasil penelitian didapatkan rerata waktu perkegiatan yang paling lama untuk menyelesaikan kegiatan produktif (tindakan keperawatan langsung) di ruang Dahlia adalah memenuhi kebutuhan integritas jaringan (perawatan luka) yaitu 0,47 jam. Pelayanan keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional untuk membantu klien mendapatkan kembali status kesehatannya yang terganggu akibat sakit dan dirawat di rumah sakit. Tindakan perawatan luka merupakan suatu prosedur yang dilakukan untuk mempercepat penyembuhan integritas jaringan dan mencegah timbulnya infeksi pada luka. Perawatan luka membutuhkan waktu yang lama karena diberikan sesuai dengan kondisi luka pasien. Kondisi luka yang luas, luka steril dan upaya mengurangi rasa nyeri selama prosedur perawatan luka merupakan faktor yang menyebabkan perawatan luka menjadi lama.

Rerata waktu kegiatan yang paling lama di ruang Flamboyan adalah perawatan jenazah yaitu 0,64 jam. Perawatan jenazah dilaksanakan pada pasien meninggal di ruangan. Perawatan yang diberikan antara lain melepas semua alat *invasif* yang sebelumnya diberikan kepada pasien seperti infus, kateter, oksigen, menutup mata dan telinga dengan kassa atau kapas. Hal tersebut menyebabkan membutuhkan waktu lama agar dapat memberikan pelayanan yang baik. Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Jauhari (2008) didapatkan rerata waktu yang paling lama adalah tindakan memberikan memberikan nutrisi parenteral yaitu 0,57 jam. Perbedaan waktu kegiatan tersebut karena tugas pokok

yang dilakukan adalah berbeda tergantung kompleksitas masalah yang ada di ruangan tersebut.

Kegiatan produktif (tindakan keperawatan langsung) yang membutuhkan waktu sedikit di ruang Dahlia adalah mengukur tanda-tanda vital yaitu 0,07 jam. Mengukur tanda-tanda vital meliputi mengukur tekanan darah, mengukur suhu, menghitung frekuensi pernafasan dan nadi. Kegiatan mengukur tanda – tanda vital adalah kegiatan yang sering dilakukan oleh perawat sehingga perawat sudah mahir melakukannya. Tindakan ini dapat dilaksanakan secara persamaan seperti mengukur tensi dengan mengukur suhu. Perawat yang bertugas di ruang Dahlia sebagian besar yaitu 46,4 % dengan masa kerja lebih dari 10 tahun. Sehingga perawat sudah sangat terampil untuk melaksanakan tindakan itu. Rerata kegiatan produktif yang membutuhkan waktu singkat di ruang Flamboyan adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yaitu 0,08 jam. Pendidikan kesehatan merupakan semua kegiatan untuk memberikan / meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku pasien dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari kegiatan perencanaan pasien pulang (*discharge planning*). Menurut Neylor (2003) dalam Nursalam (2007) pendidikan kesehatan yang diberikan sebelum pasien diperbolehkan pulang diharapkan bisa mengurangi angka kekambuhan atau komplikasi dan meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga. Pendidikan kesehatan yang diberikan di ruang Flamboyan meliputi waktu kontrol , diet / nutrisi yang harus dikonsumsi, obat, perawatan diri dan istirahat. Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pendidikan kesehatan berkisar 15 menit/klien/ hari (Gillies,1994).

Kegiatan produktif (tindakan keperawatan langsung) yang paling banyak dilakukan di ruang Dahlia dan ruang Flamboyan adalah memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit adalah tindakan mandiri perawat untuk membantu klien mendapatkan kembali status keseimbangan cairan yang terganggu akibat sakit dan penyakit yang diderita. Tindakan ini merupakan tindakan terbanyak baik di ruang Dahlia maupun ruang Flamboyan, karena ruangan tersebut merawat pasien dengan dengan risiko dan aktual mengalami gangguan keseimbangan cairan seperti, pasien dengan gangguan sistem gastrointestinal, pasien dengan perdarahan dan pasien dengan sepsis, pasien dengan gangguan jantung paru, pasien luka bakar dan pasien post operasi. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit yang dilakukan meliputi tindakan pemasangan infus, pemasangan *Nasogastric tube*, irigasi lambung dan memberikan nutrisi parenteral kepada pasien (Nursalam,2007).

Rerata waktu paling lama dilakukan untuk kegiatan produktif (keperawatan tidak langsung), di ruang Flamboyan adalah timbang terima pasien yaitu 0,43 jam. Menurut Nursalam (2007) timbang terima pasien (operan) merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima suatu laporan yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima pasien harus dilakukan dengan selektif dan akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Di ruang Flamboyan timbang terima sebagian besar dilakukan di *nurse station*, hanya untuk kasus pasien dengan masalah yang kompleks dan kondisi kritis perawat melakukan operan langsung ke pasien. Untuk di ruang Dahlia rerata waktu paling lama untuk melakukan kegiatan produktif (keperawatan tidak langsung), adalah tindakan administrasi yaitu 0,42

jam. Kegiatan administrasi meliputi tugas membuat rincian biaya perawatan pasien pulang, persiapan pasien pulang, membuat laporan harian pasien dan membuat laporan kematian pasien. Di rumah Sakit Umum Negara Bali, uraian tugas perawat pelaksana, selain memberikan asuhan keperawatan kepada pasien juga membantu kepala ruangan secara administrasi.

Kegiatan produktif (tindakan keperawatan tidak langsung) yang paling sering dilakukan di ruang Dahlia dan Flamboyan adalah melengkapi catatan medik pasien / pendokumentasian. Kegiatan penulisan dokumentasi keperawatan haruslah dibedakan dengan kegiatan administrasi ruangan yang konotasinya lebih kepada birokrasi pencatatan dan pelaporan. Menurut Suarli (2009) catatan keperawatan merupakan dokumen penting dalam asuhan keperawatan. Kegiatan dokumentasi keperawatan adalah salah satu langkah dalam *nursing process*, yang mendokumentasikan semua proses yang terkait dengan masalah kesehatan pasien, perjalanan dan perkembangan penyakit pasien, dan semua kegiatan-kegiatan keperawatan yang terkait dengan langkah – langkah dalam proses keperawatan itu sendiri (Sukadarma,2009). Kegiatan menulis dokumentasi keperawatan dalam kegiatan pokok keperawatan tidak kalah pentingnya dengan kegiatan keperawatan dasar lainnya, hal ini sebagai wujud pelayanan keperawatan sebagai tindakan yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat, artinya tindakan keperawatan mempunyai unsur aspek legal (Arwani, 2006). Penelitian oleh Fatima (2002) kegiatan pendokumentasian menggunakan waktu sebanyak 18 % dari total kegiatan. Menurut Arthur Andersen dalam Tappen (1999), untuk kegiatan dokumentasi pasien dibutuhkan waktu sebesar 20% dari total kegiatan perawat.

3. Standar Beban Kerja Tenaga Perawat di Ruang Medikal Bedah rumah sakit umum Negara Bali

Standar beban kerja adalah volume atau kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan (rata – rata waktu) dan waktu yang tersedia per tahun yang dimiliki oleh masing – masing kategori tenaga (standar kegiatan) (Depkes,2004).

Pelayanan kesehatan di RS bersifat individual, spesifik dan unik sesuai karakteristik pasien (umur, jenis kelamin), jenis dan berat ringannya penyakit, ada tidaknya komplikasi. Disamping itu harus mengacu pada standar pelayanan dan standar operasi prosedur (SOP) serta penggunaan teknologi kedokteran dan prasarana yang tersedia secara tepat guna. Oleh sebab itu pelayanan kesehatan RS membutuhkan SDM yang memiliki berbagai jenis kompetensi, jumlah dan distribusinya tiap unit kerja sesuai dengan beban kerja.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan menunjukkan bahwa standar beban kerja keperawatan di ruang Dahlia adalah sebesar 237864,96 jam/tahun dan di ruang Flamboyan adalah sebesar 240311,17 jam/tahun. Perbedaan standar beban kerja di ruang Dahlia dengan Flamboyan karena masing – masing ruangan merawat pasien dengan kasus dan kompleksitas masalah yang berbeda. Ruang Dahlia adalah ruangan yang khusus merawat pasien bedah dan ruang Flamboyan adalah ruangan yang khusus merawat penyakit dalam termasuk penyakit saraf. Menurut Arwani (2005) menentukan beban kerja perawat memperhatikan hal – hal yaitu jumlah pasien yang dirawat setiap hari, tingkat ketergantungan pasien, rata-rata waktu perawatan dan frekuensi tindakan keperawatan yang dibutuhkan

pasien. Dilihat dari masa kerja 70% perawat yang tugas di ruangan Dahlia adalah lebih dari 10 tahun, sehingga perawat dinilai sudah memiliki pengalaman dan ketrampilan yang lebih mahir. Sedangkan di ruangan Flamboyan masa kerja perawat 71,42% dibawah 10 tahun.

6.2.4 Kebutuhan Tenaga Perawat Perunit Kerja

Kebutuhan tenaga perawat berdasarkan metode *Work Load Indicator Staff Need* (WISN) dihitung berdasarkan indikator beban kerja. Metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan beban kerja atau WISN adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan pada beban pekerjaan nyata yang dilaksanakan oleh tiap kategori SDM kesehatan pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Kategori SDM pada tiap unit kerja merupakan data statistik pelayanan kesehatan yang diperlukan (Depkes,2004)

Berdasarkan hasil penelitian jumlah kebutuhan tenaga perawat di ruang Flamboyan berdasarkan penghitungan WISN adalah 32 orang. Jumlah perawat yang ada saat ini adalah sebanyak 14 orang. Jadi ruang Flamboyan membutuhkan penambahan tenaga sebanyak 18 orang. Untuk ruang Dahlia, dari hasil penghitungan, tenaga perawat yang dibutuhkan diruang tersebut adalah 22 orang, yang ada saat ini 10 orang, jadi membutuhkan penambahan tenaga perawat sebanyak 12 orang. Hasil perhitungan tenaga berdasarkan WISN sesuai bila dibandingkan dengan perhitungan ratio perawat dengan jumlah tempat tidur menurut Depkes untuk kategori rumah sakit tipe C (Depkes,1979). Perhitungan tenaga keperawatan di rumah sakit Negara Bali menggunakan metode Gillies. Dari hasil laporan kinerja rumah sakit Negara Bali tahun 2009, jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan ruang Dahlia berdasarkan perhitungan Gillies adalah 25

orang. Dibandingkan dengan hasil perhitungan dari penelitian ini ternyata tenaga perawat yang dibutuhkan lebih sedikit (3 orang). Perhitungan tenaga keperawatan di ruang rawat inap menggunakan beberapa pedoman yaitu: 1) pedoman menurut Depkes berdasarkan klasifikasi pasien dan tingkat ketergantungan pasien, 2) metode Gillies, 3) metode formula Nina, 4) metode hasil lokakarya keperawatan, 5) metode Douglas (Nursalam,2011). Setiap pedoman atau metode penghitungan tenaga diatas memiliki cara penghitungan yang berbeda antara satu dengan yang lainnya, yang memiliki kekurangan dan kelebihan masing – masing. Perhitungan tenaga dengan metode ratio menurut Depkes itu cocok untuk diterapkan di ruangan atau rumah sakit yang baru. Sedangkan perhitungan menurut gillies lebih difokuskan pada rata-rata jumlah perawatan pasien dan jumlah pasien perhari. Metode WISN selain memperhatikan faktor jumlah pasien, juga memperhitungkan faktor kegiatan / tugas pokok yang dilakukan oleh perawat dan rerata waktu perkegiatan pokok.

6.2.5 Standar Kelonggaran

Penyusunan standar kelonggaran adalah diperolehnya faktor kelonggaran tiap kategori SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu untuk menyelesaikan suatu kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi oleh jumlah kegiatan pokok pelayanan. Penyusunan faktor kelonggaran dapat dilakukan melalui pengamatan dan wawancara (Depkes,2004).

Metode *Workload Indicator Staff Need* (WISN) sering menunjukkan kebutuhan yang sangat berbeda antara fasilitas kesehatan yang sama, sesuai dengan beban kerja mereka. Berdasarkan hasil penelitian standar kelonggaran berupa kegiatan pribadi perawat yaitu sembahyang, makan, gosok

gigi, toilet, duduk di *nurse station* . Dari hasil penelitian didapatkan bahwa standar kelonggaran di ruang Dahlia adalah 0,29 dan di ruang Flamboyan adalah 0,28. Hasil ini ditambahkan pada perhitungan kebutuhan tenaga perunit untuk menghasilkan total kebutuhan tenaga. Standar kelonggaran diperhitungkan dengan pertimbangan bahwa tenaga perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien tidak hanya melaksanakan kegiatan produktif saja melainkan melakukan kegiatan non produktif.

6.3 Kepuasan Kerja Perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali.

Kepuasan kerja adalah keadaan emosional yang mencerminkan perasaan sikap perawat terhadap dan segala sesuatu yang dihadapinya di lingkungan kerja yang memerlukan interaksi dengan rekan kerja dan atasan, mengikuti aturan serta kebijakan rumah sakit serta standar prestasi kerja, suasana kerja yang memadai dan sebagainya dari sekian banyak elemen (Robbins, 2006).

Hasil penelitian menunjukkan gambaran kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali adalah sebesar (43,70 %) menyatakan tidak puas. Ketidakpuasan perawat disebabkan karena faktor upah, kebijakan organisasi, interaksi sosial yang kurang baik, tuntutan tugas , pembatasan otonomi / wewenang dan kurangnya pengakuan status profesional untuk pengembangan diri. Penetapan kepuasan kerja seorang karyawan termasuk perawat pelaksana merupakan gabungan penilaian yang kompleks dan luas tidak cukup hanya menjawab beberapa pertanyaan saja yang mewakili beberapa

dimensi kepuasan validitas tergantung kelengkapan dimensi-dimensi yang menjadi indikator kepuasan kerja. Pada penelitian ini kepuasan kerja dilihat dari 6 komponen kepuasan kerja menurut Stamps (1997) yaitu :

6.3.1 Kepuasan Kerja dilihat dari Upah

Upah merupakan pembayaran dalam bentuk uang dan tunjangan lain yang diterima perawat. Perawat sebagai pekerja berpendidikan memiliki kebutuhan ekonomis sama dengan kebutuhan manusia lain. Mereka melaksanakan pekerjaan dengan tingkat kesulitan yang sama dengan yang lain, dan mereka menginginkan penghargaan ekonomis yang sama nilainya dengan pekerja berpendidikan yang lain.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar yaitu 45,8 % perawat menyatakan tidak puas dengan upah yang didapatkan. Menurut Stamps (1997) upah adalah hal yang paling penting dalam peningkatan kepuasan kerja. Namun tidak semua hasil penelitian yang menunjukkan bahwa upah merupakan hal terpenting yang mempengaruhi kepuasan kerja. Tidak dapat disangkal bahwa motivasi seseorang dalam bekerja adalah mencari nafkah. Seseorang menggunakan pengetahuan, ketrampilan, tenaga yang dimilikinya dan sebagian besar waktunya untuk bekerja tentunya dilain pihak ia mengharapkan ada imbalan yang dibayarkan kepadanya sebagai upah yang didapatnya karena sudah bekerja (Siagian,2003).

Ketidakpuasan perawat terhadap upah dapat disebabkan karena jumlah gaji yang diterima tidak sebanding dengan pekerjaan yang dilakukan dan pendidikan, sistem penggajian dan pemberian insentif yang kurang. Perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali yang tidak berstatus Pegawai

Negeri Sipil terdapat empat orang (16,7%). Perawat tersebut merupakan pegawai kontrak yang digaji sesuai dengan perjanjian kontrak . Dari hasil wawancara mereka mengatakan pembayaran gaji tidak rutin diberikan setiap bulan, karena sistem penggajian yang membutuhkan proses administrasi lama. Hal tersebut tentunya akan menimbulkan kekecewaan bagi perawat. Ketidakpuasan perawat terhadap upah sebagian besar dikatakan karena pemberian insentif yang tidak sesuai dengan pekerjaan yang dilaksanakan. Pemberian insentif di rumah sakit Negara berdasarkan status golongan kepangkatan dan masa kerja saja, tanpa memperhatikan latar belakang pendidikan perawat. Hal tersebut tentunya menimbulkan ketidakpuasan bagi perawat yang berpendidikan lebih tinggi tetapi memperoleh insentif yang sama dengan perawat yang berpendidikan dibawah mereka.

Insentif merupakan pemberian penghargaan dalam bentuk materi kepada seorang pegawai sesuai dengan prestasi kerjanya. Berdasarkan definisi ini, maka dimungkinkan seorang pegawai mendapatkan insentif berbeda antara satu orang dengan orang yang lain, karena seorang mempunyai prestasi kerja yang berbeda. Ketika seorang sudah dipenuhi haknya dalam mendapatkan insentif maka akan mendorong seseorang untuk merasakan kepuasan atas apa yang dirasakannya. Pembagian tugas yang hampir sama antara satu perawat dengan perawat lain, menyebabkan persaingan antar perawat untuk mendapatkan insentif juga kecil. Setiap organisasi tentunya mempunyai kebijakan mengenai upah atau gaji yang diberikan kepada karyawannya, tetapi yang dimaksud sistem imbalan bukan hanya terbatas pada upah / gaji saja tetapi mencakup kompensasi yang lainnya seperti tunjangan istri dan anak, tunjangan biaya pengobatan, tunjangan biaya

hidup, tunjangan jabatan, fasilitas rumah, fasilitas angkutan, asuransi, bantuan biaya pendidikan dan bahkan penerimaan hak penuh atas gaji walaupun sedang mengambil hak cuti (Siagian,2003).

Imbalan yang baik tentu perawat akan memberikan karya yang terbaik bagi organisasi. Upah dapat meningkatkan taraf hidup seseorang apabila upah yang diterima layak dan mencukupi hidupnya. Jenjang karier profesional keperawatan dalam rumah sakit sangat perlu karena seiring dengan meningkatnya karir seseorang maka standar gaji/upah yang diterimanya akan meningkat pula. Hasil penelitian yang sama juga ditunjukkan oleh Paramita (2003) bahwa upah merupakan komponen yang tidak memberikan kepuasan pada perawat.

6.3.2 Kepuasan Kerja dilihat dari kebijakan organisasi

Kebijakan organisasi adalah aturan-aturan atau batasan-batasan dan prosedur yang telah ditetapkan dan diperlakukan oleh pihak manajemen rumah sakit. Kebijakan yang ditetapkan dan diberlakukan dalam organisasi dimaksudkan agar organisasi tersebut mampu mencapai tujuan dan sasarannya. Didalam organisasi yang baik terdapat berbagai aspek dan kegiatan organisasi tersebut(Siagian,2003). Hasil penelitian menunjukkan 45,8% perawat menyatakan tidak puas dengan kebijakan organisasi rumah sakit. Ketidakpuasan perawat terhadap kebijakan organisasi tersebut meliputi kurangnya penyediaan sarana prasarana yang menunjang pekerjaan, kurang tertatanya tempat parkir bagi karyawan, kondisi ruangan kerja yang kurang nyaman dan belum adanya jaminan kesehatan bagi pegawai yang berstatus pegawai kontrak.

6.3.3 Kepuasan Kerja dilihat dari Interaksi Sosial

Interaksi adalah kesempatan perawat untuk melakukan kontak sosial dan profesional dalam melaksanakan pekerjaannya baik secara formal maupun informal yang meliputi interaksi antar perawat dan interaksi perawat dengan dokter atau tenaga kesehatan lain selama waktu kerja. Hal ini dapat dilihat dari keinginan perawat untuk saling membantu dan bekerjasama (Locke,1976) dalam Robbins (2001).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat ketidakpuasan faktor individu terhadap interaksi sebesar 37,5 % dan yang merasa cukup puas sebesar 45,8%. Interaksi sosial dibagi menjadi interaksi perawat – perawat , perawat – profesi yang lain dan kerja sama antar karyawan. Ketidakpuasan perawat terhadap interaksi sosial terutama hubungan dokter, karena masih adanya jarak antara dokter dengan perawat, di mana dokter sering menempatkan perawat sebagai pembantu dokter bukan sebagai mitra kerja. Dalam suatu organisasi, seorang individu harus dapat membina hubungan sosial yang baik dengan rekan sekerja, atasan, maupun bawahan. Dengan hubungan sosial yang terjalin dengan baik tentunya dapat menciptakan kondisi lingkungan kerja yang nyaman sehingga ia dapat bekerja dengan baik (Walgito, 2004).

Dalam kaitannya dengan kemitraan antara perawat dan dokter, Nurahmah (2001) dalam Paramita (2003) menjelaskan bahwa hubungan kemitraan antara perawat dan dokter merupakan hubungan yang berdasarkan pada suatu pembagian peran dan fungsi dalam tingkat kesejajaran seyogianya harus berlandaskan pada suatu latar belakang teori yang dapat dipertanggung jawabkan.

Nursalam (2002) mengatakan bahwa perawat dalam masa sekarang dan masa yang akan datang diharapkan menjadi mitra dokter yang dapat saling membantu demi memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien. Profesionalisme profesi perawat merupakan pengakuan terhadap sesuatu yang dirasakan, dinilai, dan diterima oleh masyarakat. Untuk dapat diakui ia dituntut untuk dapat mengembangkan dirinya sehingga dapat berpartisipasi aktif dalam sistem pelayanan kesehatan. Sebagai perawat profesional ia harus dapat melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis, menyusun perencanaan, melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

Menurut Robbins (2008) umur merupakan salah satu karakteristik individu yang dapat mempengaruhi kepuasan kerja. Pegawai dengan usia lebih tua dan masa kerja kecenderungan lebih berpengalaman menyesuaikan diri dengan dengan lingkungan pekerjaan sehingga mereka dapat berinteraksi dengan baik dengan orang lain. Pegawai yang baru biasanya mempunyai harapan yang ideal tentang dunia kerjanya. Interaksi merupakan salah satu bentuk sifat manusia sebagai makhluk sosial. Perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan mempunyai kesempatan dan kebutuhan untuk berinteraksi.

6.3.4 Kepuasan Kerja dilihat dari Tuntutan Tugas

Tuntutan tugas merupakan macam tugas atau kegiatan yang harus diselesaikan. Dapat juga diartikan sebagai pemberian tugas kepada seseorang atau kelompok dalam menyelesaikan tujuan organisasi (Marquis & Huston, 2010). Dengan pelimpahan/delegasi asuhan keperawatan kepada pasien oleh perawat maka tuntutan tugas yang diberikan akan dapat diselesaikan dengan baik. Para perawat meyakini bahwa mereka dapat memberikan pelimpahan dengan baik

kepada staf dalam asuhan keperawatan, tetapi mereka sering menemukan bahwa pelimpahan tugas tidak dapat dilaksanakan dengan baik. Hal ini disebabkan kurangnya rasa percaya kepada seseorang yang menerima pelimpahan (Nursalam,2002).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 45,8% perawat menyatakan tidak puas terhadap tuntutan tugas. Bagi seorang perawat pelaksana, sifat tuntutan tugas ditentukan oleh kebutuhan pasien di mana tuntutan itu dapat dilakukan sendiri atau dengan bantuan perawat lain. Menurut Paramita (2003) sering kali perawat tidak mendapatkan kepuasan akibat rendahnya dukungan dari orang terdekat seperti atasan, dokter atau penyelia dalam mengatasi masalah yang timbul akibat tuntutan tugas.

Tuntutan tugas akan dapat diselesaikan dengan baik oleh perawat apabila ia mendapat arahan dan motivasi yang tepat dari supervisor (kepala ruangan). Keberhasilan suatu tugas juga ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut: komunikasi yang jelas dan lengkap, ketersediaan sarana dan prasarana, monitoring dan pelaporan kemajuan tugas yang diberikan (Nursalam,2002).

6.3.5 Kepuasan Kerja dilihat dari Wewenang/otonomi

Wewenang merupakan alat atau dasar hukum untuk bertindak. Tanpa adanya wewenang terhadap suatu pekerjaan janganlah mengerjakan pekerjaan tersebut karena tidak mempunyai dasar hukum untuk melakukannya (Hasibuan,2001). Wewenang adalah pemberian hak dan kekuasaan penerima tugas yang diberikan kepadanya untuk dapat mengambil suatu keputusan terhadap tugas yang dilimpahkan tersebut dengan rasa tanggung jawab yang tinggi. Seseorang dapat melakukan tugas dengan baik apabila pemimpin yang memberi

wewenang tersebut menjelaskan secara spesifik tujuannya, target waktu kapan harus selesai, pelaksanaan tindakan keperawatan yang sesuai kepada pasien (Nursalam,2002).

Hasil penelitian menunjukkan 54,2% perawat merasa tidak memiliki otonomi / wewenang. Hasil penelitian ini didukung oleh Siagian (2002), bahwa apabila dalam pekerjaannya seseorang mempunyai otonomi untuk bertindak, terdapat variasi dan memberikan sumbangan penting akan merasa puas. Orang akan merasa puas bekerja jika mereka diberi kebebasan dalam pelaksanaan tugasnya dan diikutsertakan dalam proses pengambilan KeputusanPemimpin dalam memberikan wewenang kepada staf keperawatan harus dapat melakukan seleksi orang yang tepat, menyusun tugas yang akan dilimpahkan, memberikan arahan dan motivasi serta melakukan supervisi yang tepat. Keberhasilan dari pelimpahan tugas ini ditentukan faktor-faktor seperti komunikasi yang jelas dan lengkap, ketersediaan sumber dan sarana, monitoring, pelaporan kemajuan tugas (Nursalam,2002).

Wewenang seorang staf keperawatan menjadi tidak efektif apabila delegasi yang diberikan terlalu sedikit (*under-* delegasi), pemberian delegasi yang berlebihan idak tepat(*over-*delegasi), pelimpahan yang tepat. Staf keperawatan sering mendapatkan wewenang yang berkaitan dengan asuhan keperawatan kepada pasien. Sebaiknya organisasi dalam memilih model praktek keperawatan disesuaikan dengan visi dan misi organisasi, dapat diterapkan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan, efisien dan efektif penggunaan biaya, terpenuhinya kepuasan klien, keluarga dan masyarakat, kepuasan kinerja perawat dan

terlaksananya komunikasi yang adekuat antar staf keperawatan dengan tenaga kesehatan lainnya (Nursalam,2002)

Robbin (2001) berpendapat bahwa otonomi tugas merupakan kebebasan substansial, interdependensi dan memberikan kelonggaran pada individu untuk mengatur jadwal pekerjaan serta kebebasan menentukan prosedur yang akan digunakan dalam melakukan pekerjaan. Perawat yang memiliki otonomi/wewenang baik, lebih merasa memiliki keleluasaan melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan uraian tugas sebagai perawat pelaksana, serta bertanggung jawab atas pekerjaannya. Kondisi tersebut cenderung meningkatkan perasaan dipercaya dan dihargai yang pada akhirnya adanya rasa puas atas pekerjaan yang dilakukan. Melalui peran dan fungsinya yang jelas, perawat dapat melaksanakan peran dan fungsinya dengan kemampuan dan ketrampilan yang dimiliki, sehingga pada akhirnya perawat tersebut mendapatkan otoritas dan akuntabilitas yang mencakup semua aspek peran fungsi perawat profesional dan kesinambungan asuhan keperawatan.

Selain memiliki kemampuan intelektual, interpersonal, dan teknis, perawat juga harus mempunyai otonomi yang berarti mandiri dan bersedia menanggung resiko, bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukannya termasuk dalam melakukan dan mengatur dirinya sendiri (Nursalam,2002).

6.3.6 Kepuasan Kerja dilihat dari Status Profesional

Profesionalisasi profesi perawat merupakan pengakuan terhadap sesuatu yang dirasakan, dinilai, dan diterima oleh masyarakat. Sebagai perawat profesional ia harus dapat melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis, menyusun perencanaan, melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi

hasil tindakan keperawatan. Untuk dapat diakui perawat dituntut mengembangkan diri sehingga dapat berpartisipasi aktif dalam sistem pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan 43,78% perawat menyatakan tidak puas sistem pengembangan diri yang ada. Para perawat mengatakan kesempatan untuk mengembangkan dan meningkatkan karir melalau pendidikan formal atau non formal terbatas, hanya pegawai –pegawai tertentu yang diberi kesempatan. Mereka menganggap tingkat subyektifitasnya sangat tinggi.

Hasil penelitian diatas sesuai dengan teori hierarki kebutuhan Abraham Maslow yang mengemukakan tentang kebutuhan dasar manusia akan aktualisasi diri, yaitu kebutuhan akan kesempatan mengembangkan potensi yang dimiliki. Kebutuhan ini adadalah suat dirasakan oleh seseorang karena mempunyai keinginan dan potensi untuk mencapainya. Hal ini didukung oleh pendapat Siagian (2002) yang menyatakan bahwa individu yang bekerja pada suat organisasi makin tinggi kepuasan kerjanya, apabila imbalan yang diperoleh memadai dan jenjang karir secara profesional tercapai. Oleh karena itu untuk mencapai efisiensi dan produktivitas yang tinggi, pihak manajemen rumah sakit harus dapat mengetahui dan melayani kebutuhan perawat.

Pengembangan diri bagi pegawai merupakan aspek penting dalam menjalankan kegiatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Kesempatan untuk pengembangan diri secara adil sesuai potensi dan kemampuan pegawai. Penghambatan pengembangan diri akan mengurangi kepuasan kerja pegawai yang akan berakibat pada penurunan kinerja pegawai. Pengembangan diri bertujuan meningkatkan produktifitas kerja, meningkatkan efisiensi, mengurangi kerusakan, mengurangi kecelakaan, meningkatkan

pelayanan, meningkatkan moral, meningkatkan karir, meningkatkan kemampuan konseptual dan kepemimpinan.

Misi pencapaian kepuasan klien dan keluarga dapat terwujud apabila kepuasan pemberi pelayanan juga baik. Karena perawat yang puas dalam pekerjaannya tentunya akan memberikan pelayanan yang baik, lebih ramah, lebih responsif kepada pelanggan sehingga kualitas pelayanan keperawatan lebih optimal.

6.4 Analisis Kebutuhan Riil Tenaga Perawat Berdasarkan *Workload Indicator Staff Need (WISN)* dan kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali

Hasil penelitian membuktikan bahwa jumlah tenaga yang dibutuhkan di ruang Medikal Bedah adalah 30 orang. Untuk analisis masalah kepuasan kerja perawat menggunakan diagram Pareto, yang menyatakan bahwa sekitar 80% dari masalah disebabkan oleh 20% dari penyebab. Analisis Pareto merupakan metode standar dalam pengendalian mutu untuk mendapatkan hasil maksimal atau memilih masalah-masalah utama dan lagi pula dianggap sebagai suatu pendekatan sederhana yang dapat dipahami oleh pekerja tidak terlalu terdidik, serta sebagai perangkat pemecahan dalam bidang yang cukup kompleks. Diagram pareto adalah grafik /diagram batang khusus yang menunjukkan masalah atau penyebab masalah berdasarkan banyaknya urutan kejadian. Kejadian yang paling banyak ditunjukkan oleh batang yang letaknya paling kiri dan kejadian yang terkecil ditunjukkan oleh batang yang letaknya paling kanan. Diagram pareto dapat digunakan untuk berbagai kepentingan yaitu mengidentifikasi masalah,

menentukan urutan masalah / penyebab masalah, menganalisis kelompok data dan mengukur dampak perubahan (Pohan,2002)

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa kepuasan kerja perawat masih terdapat masalah karena perawat yang menyatakan puas dan sangat puas <20%. Untuk mengatasi masalah tersebut perlu dilakukan upaya peningkatan kepuasan kerja. Jumlah perawat yang tidak sesuai dengan jumlah pasien yang dirawat adalah salah satu faktor menyebabkan tingginya beban kerja perawat. Beban kerja yang tinggi dapat menimbulkan stres kerja yang berefek penurunan produktifitas kerja (Ilyas,2004). Penurunan produktivitas perawat merupakan salah satu wujud ketidakpuasan perawat terhadap pekerjaannya.

Menurut Siagian (2003) kepuasan kerja merupakan suatu sikap umum seseorang terhadap kehidupan organisasinya, memiliki arti penting bagi karyawan maupun organisasi terutama karena dapat menciptakan keadaan positif didalam lingkungan organisasi. Kepuasan kerja dipengaruhi oleh motivasi yang meliputi keinginan untuk peningkatan, gaji yang mencukupi, memiliki kemampuan yang memadai, adanya kesempatan untuk mencoba dan umpan balik serta kerjasama dan peningkatan penghasilan. Selain motivasi, kepuasan kerja dipengaruhi lingkungan dan peran manager yang meliputi komunikasi, potensial pertumbuhan, kebijakan, gaji dan kondisi kerja yang kondusif (Nursalam,2011)

Upaya peningkatan kepuasan kerja perawat salah satunya dengan menambah tenaga perawat di masing –masing ruangan secara bertahap. Usaha yang dilakukan adalah rekrutmen tenaga perawat. Rumah Saki Umum Negara adalah rumah sakit milik pemerintah kabupaten Jembrana,sehingga untuk rekrutmen tenaga perawat tergantung kebijakan dari pemerintah kabupaten. Proses

rekrutmen tenaga memerlukan koordinasi antara bagian kepegawaian daerah dengan bagian pelayanan keperawatan (Suyanto,2008). Rekrutmen dapat dilakukan secara bertahap yaitu setiap tahun ± penambahan 3-5 tenaga perawat sampai 5 tahun ke depan.

Kepuasan kerja perawat dapat tercapai dikarenakan terpenuhinya kebutuhan dasar perawat sesuai dengan hirarki Maslow. Menurut Gillies untuk meningkatkan efektivitas staf, perawat manajer harus mengoptimalkan keseimbangan antara beban kerja dan jumlah personel yang bertugas. Bila pendapat Gillies ini dihubungkan dengan hasil penelitian memberikan suatu gambaran bahwa di ruang Medikal Bedah rumah sakit umum Negara Bali ada ketidaksesuaian antara beban kerja dan personel yang ada sehingga di ruangan ini membutuhkan penambahan tenaga baru.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Beban kerja obyektif tenaga perawat diruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali adalah rerata 82,61 %, termasuk tinggi. Total waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan produktif lebih dari 80%. Beban kerja di ruang Dahlia : *shift* pagi 82,73%. Shift sore 83,21% dan shift malam 85,67%. Beban kerja diruang Flamboyan : shift pagi 83,73%, shift sore 80,80% dan shift malam 79,57%.
2. Kebutuhan tenaga perawat berdasarkan *workload indicator staff need* (WISN) di Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali adalah 54 orang perawat, tenaga yang ada sebanyak 24 orang sehingga kekurangan 30 orang perawat.
3. Analisis kepuasan kerja perawat di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Negara Bali adalah sebagian besar menyatakan tidak puas. Ketidakpuasan perawat terhadap : 1) upah 16,7 % menyatakan sangat tidak puas dan 45,8% tidak puas, 2) kebijakan organisasi 16,7% menyatakan sangat tidak puas dan 45,8% tidak puas, 3) interaksi sosial 12,5% menyatakan sangat tidak puas dan 37,5% tidak puas, 4) tuntutan tugas 12,5% menyatakan sangat tidak puas dan 45,8% tidak puas, 5) otonomi/wewenang 20,8% menyatakan sangat tidak puas dan 54,2% tidak puas, 6) status profesional 4,2% menyatakan sangat tidak puas dan 33,3% tidak puas.
4. Analisis kebutuhan riil tenaga perawat dan kepuasan kerja perawat

menggunakan analisis konsep pareto, didapatkan hasil <20%, artinya untuk meningkatkan kepuasan kerja perawat perlu dilakukan penambahan tenaga perawat secara bertahap..

7.2 Saran

1. Rumah Sakit

- a. Metode penghitungan kebutuhan tenaga berdasarkan *workload indicator staff need* (WISN) perlu dipertimbangkan sebagai salah satu cara dalam penghitungan kebutuhan perawat maupun tenaga kesehatan lainnya
- b. Perlu ditinjau kembali keseimbangan antara beban kerja, jumlah klien dan jumlah tenaga berdasarkan unit kerja untuk meningkatkan kepuasan kerja perawat
- c. Perbaiki manajemen bangsal dan pemberdayaan Instalasi untuk pengaturan komposisi jumlah personil dan kegiatan disetiap *shift* jaga, serta mengkaji alokasi waktu kerja untuk setiap *shift*nya, dengan mempertimbangkan beban kerja yang tinggi
- d. Perlu dipikirkan penambahan jumlah tenaga keperawatan oleh SDM rumah sakit umum Negara secara bertahap untuk menyesuaikan beban kerja yang ada disetiap *shift* jaga di ruang Medikal Bedah dengan memperhatikan hasil penelitian ini.

2. Perawat

Untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu perawat hendaknya berfokus pada tugas pokok sebagai perawat yaitu memberikan

asuhan keperawatan kepada pasien

3. Penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini merupakan masukan dalam menentukan penelitian selanjutnya. Selanjutnya perlu dilakukan penelitian penghitungan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan WISN di unit kerja yang lain yang dihubungkan dengan kepuasan dari pasien,

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Acta, R.D.,(2009). *Penghitungan Kebutuhan Tenaga Perawat Di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya*. Skripsi. Tidak dipublikasikan. Univeristas Airlangga
- Aditama, T.Y.,(2004). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Indonesia,
- Argawal. (1994). *Organisasi dan Manajemen*, Jakarta: Rineka Cipta.
- As'ad, M. (2003). *Seri Ilmu Sumber Daya Manusia, Psikologi Industri*, Edisi keempat. Yogyakarta: Liberty.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Azwar, A.,(1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta, Binarupa Aksara,
- Arwani dan Supriyatno, H.,(2006), *Manajemen Bangsal Keperawatan*, Cetakan I, Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Departemen Kesehatan R.I.,(2005), *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*, Cetakan I, Dirjen Pelayanan Medik, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI (2004). *Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan Di Tingkat Propinsi, Kab/Kota Serta Rumah Sakit*. Depkes RI Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (1994). *Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Cetakan ketiga. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, (1988). *Standar Praktek Keperawatan Bagi Perawat Kesehatan*. Depkes RI Jakarta.
- Doengoes,M. E. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan dan Dokumentasi Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Douglas,L.M,(1992). *The Effective nurse,leader and manager*.St.Louis:The C.V. Mosby Company.

- Fatima.S.(2002). *Analisis jumlah Tenaga Perawat Yang Dibutuhkan Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Dan Bedah RSUD Pasar Rebo Jakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan. Universitas Indonesia.
- Fredna,J.M.R.,(2009). *Analisis Beban Kerja Perawat Pelaksana untuk Mengevaluasi Kebutuhan Tenaga Perawat di Rumah Sakit Umum Prof.dr Kandou Manado*.Tesis.Tidak dipublikasikan.Universitas Indonesia
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing Management : A System Approach*. Edisi kedua.Philadelpia : W.B. Saunders
- Hadiati, S.(2001). *Manajemen Sumber Daya Manusia : Bahan Ajar Diklatpim Tingkat IV*. Jakarta :Lembaga Administrasi Negara-RI.
- Handoko, H (2000). *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Edisi 2.Yogyakarta : BPFE
- Hasibuan,M.S.P,(2007). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi Revisi.Jakarta:Bumi Aksara.
- Hariandja,M.T.E. (2002). *Pengadaan, Pengembangan, Pengkompensasian dan Peningkatan Produktivitas Pegawai*. Jakarta : PT. grasindo
- Haeruddin, (2003), *Perhitungan Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Beban Kerja dan Produktivitas di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kabupaten Baru Propinsi Sulawesi Selatan*. Tesis. Tidak dipublikasikan. Universitas Airlangga, Surabaya
- Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit. Teori Metoda dan Formula*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI. Jakarta.
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja : Teori, penilaian, dan penelitian*. Jakarta, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI.
- Jauhari. (2005). *Analisi Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Beban Kerja Di Rumah Sakit Pirngadi Medan*. Tesis. Tidak dipublikasikan. Universitas Sumatera Utara.
- Kuntoro A,(2010),*Buku Ajar manajemen keperawatan*.Yogyakarta:Mutia medika
- Kuntoro,(2009),*Dasar Filosofis Metodologi Penelitian*. Surabaya: Pustaka Melati
- Marzuki. (1999). *Metodologi riset*.Jakarta: Erlangga

- Marquis, B.L., and Huston., C.J., (1998), *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*, Philadelphia: Lippincot.
- Moenik. (2006). *Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan WISN di Balai Kesehatan Mata Surabaya Propinsi Jawa timur*. Tesis. Tidak dipublikasikan. Universitas Airlangga
- Marquis,B.L & Huston,(2010), *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Teori & Aplikasi*. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo S.,(2009), *Pengembangan Sumber Daya* . Jakarta:Rineka Cipta
- Nursalam, (2001), *Pendekatan Praktis Proses dan Dokumentasi Keperawatan. Konsep dan Praktik*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam & Pariani, (2001). *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta:Sagung seto
- Nursalam,(2007), *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*. Edisi II, Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam,(2008), *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan*. Edisi 2, jakarta: salemba Medika
- Nursalam & Efendy F. (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika
- Nursalam, (2011), *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*. Edisi II, Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta:Rineka Cipta.
- Mangkunegara, A.P. (2000). *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Pohan,I.,(2007). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*.Jakarta:EGC
- Potter & Perry.(2005).*Buku Ajar Fundamental Keperawatan*, Edisi 4,Jakarta: EGC
- Prihartono & Purwondoko, G (2006). *Pemetaan Kebutuhan Pegawai Dengan Pendekatan Pengukuran dan Analisis Beban Kerja*. PT. Inonesia Tower.
- Robbins .(2008). *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Salemba Empat

- Sabarguna& Sumarni (2004). *Sumber Daya Manusia Rumah Sakit*. Jakarta :
Konsorsium RS Islam Jateng
- Sastroasmoro.S.,(2002). *Dasar-dasar Metodologi penelitian*,Edisi ke 2.
Jakarta:Sagung Seto
- Shaw. S.(2007). *Nursing Leadership*. USA : Blackwell
- Shipp,P.J.(1998). *Workload Indicator of Staffing Need (WISN) : Manual
Implementation*. Boston,USA:Initiaves Inc
- Siagian, S. (2002). *Kiat Meningkatkan produktivitas Kerja*. Jakarta : PT Rineka
Cipta
- Sofyandi. (2008). *Manajemen Sumber Daya Manusia*,Yogyakarta:Graha Ilmu
- Suarli ,(2009). *Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta:
Erlangga
- Suwandi.(1992). *Analisis Kebutuhan Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit
Umum Bakti Yuda Depok*. Tesis. Tidak dipublikasikan. Universitas
Indonesia
- Stamps, P.L.(1997). *Nurses and Satisfaction : An Index For Measurement*.
Chicago,Minois : Health Administration Press
- Sukadarma.(2008).*Analisis Kebutuhan Tenaga Keperawatan Berdasarkan
Beban Kerja dan Waktu Kerja Efektif Di Instalasi Rawat Inap A
Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar*. Tesis. Tidak
dipublikasikan. Universitas Airlangga, Surabaya
- Supranto, J. (2006). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk
Menaikkan Pangsa Pasar*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Suyanto.(2009). *Mengenal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di
Rumah Sakit*. Yogyakarta: Mitra Cendekia
- Swanburg. (2000). *Pengantar Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan untuk
Perawat klinis*. Jakarta:EGC
- Tappen,RM;et.al.(1998). *Essentials Of Nursing and Management*. Philadelphia:
F.A. Davis Co
- Umar,H.(1998). *Riset Sumber Daya Manusia*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka
Utama
- Walgito, B. (2004). *Pengantar Psikologi umum*. Yogyakarta : Penerbit Andi

Wexley, K.N. (2005). *Developing and training human resources in Organization*. Oxford : University Press,

.....,(2004)

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 81/MENKES/SK/I/2004, *Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota Serta rumah Sakit*

.....,(2010)

Peraturan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010, *Klasifikasi Rumah Sakit*

LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 59132:
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, April 2011

Nomor : 169 /H3.1.12/PPd/2010
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan bantuan pertimbangan etik penelitian
 Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.
 Ketua Komite Medik
 RSU Negara Bali
 di –

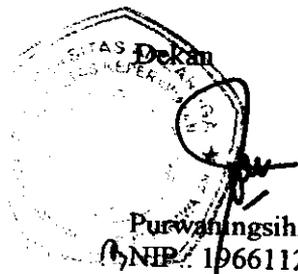
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa program studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan pertimbangan etik penelitian kepada mahasiswa kami di bawah ini. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Ni Luh Ade Kusuma Ernawati, S.Kep.Ns
 NIM : 010947028
 Judul Penelitian : *Perencanaan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan Worklod Indicator Staff Need (WISN) untuk meningkatkan Kepuasan kerja perawat di Ruang rawat inap RSU Negara Bali*
 Tempat : RSU Negara Bali

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.


 Purwaningsih, SKp.M.Kes
 NIP. 196611212000032001



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBRANA
RUMAH SAKIT UMUM NEGARA

Jalan Wijaya Kusuma No. 17 Negara
 Telp. (0365) 41006, 42821 FAX (62365) 41006
 E-Mail rsunegarabali@yahoo.com



KOMITE ETIK
KETERANGAN KELAIKAN PENELITIAN
(ETHICAL CLEARANCE)

Nomor : 440/336/RSU.N/2011 -

Komite Etik Rumah Sakit Umum Negara Bali, setelah mempelajari dan mengkaji seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian yang berjudul :

“PERENCANAAN KEBUTUHAN TENAGA PERAWAT BERDASARKAN WORKLOAD INDICATOR STAFF NEED (WISN) UNTUK MENINGKATKAN KEPUASAN KERJA PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP RSU NEGARA BALI”

Peneliti : Ni Luh Ade Kusuma Ernawati, S. Kep, Ns
 Tempat Penelitian : Rumah Sakit Umum Negara Bali

DINYATAKAN LAIK ETIK

Negara, 29 April 2011
 An. Direktur RSU Negara
 Komite Etik Rumah Sakit Umum Negara
 Ketua,

dr. I Gusti Putu Ardana, Sp.S
 NIP: 19601212 198901 1 002



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 591325
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Nomor : 168 /H3.1.12/PPd/2011
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKP Unair

Surabaya, 15 April 2011

Kepada Yth.
 Kepala Kantor Kesbangpol dan Linmas
 Kab. Jembrana
 di –
 Negara Prop.Bali

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Ni Luh Ade Kusuma Ernawati, S.Kep.Ns
 NIM : 010947028
 Judul Penelitian : Perencanaan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan
Worklod Indicator Staff Need (WISN) untuk meningkatkan
 Kepuasan kerja perawat di Ruang rawat inap RSU Negara
 Bali
 Tempat : RSU Negara Bali

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

 Purwaningsih, SKp.M.Kes
 NIP/ 196611212000032001

Tembusan:
 1. Bupati Jembrana di Negara
 2. Direktur RSU Negara Bali



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBRANA
KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
 Jalan Surapati Nomor 1 Telpn No. 41210 Negara

Kepada :

Nomor : 070 / 35 / KBPPM/2011.
 Lampiran : -
 Perihal : Rekomendasi

Yth. *Direktur Rumah Sakit Umum Negara*
 Di -
Negara

1 Dasar :

Berdasarkan Surat dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Program Studi Megister Keperawatan Nomor 168 / H.3.1.12/PPd/2011 Tanggal 15 April 2011 Perihal Ijin Melakukan Penelitian

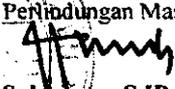
2. Setelah mempelajari rencana kegiatan yang diajukan dan berdasarkan Peraturan Gubernur Bali Nomor 10 Tahun 2005 tanggal 9 Mei 2005 tentang Rekomendasi / Ijin Penelitian, Survey KKL/KN, Study Banding, Kerbaksos, PKL, Pengabdian Masyarakat bagi Mahasiswa/ Dosen, Instansi Pemerintah/Swasta dan Orang Asing, maka dapat diberikan Rekomendasi / Ijin kepada :

Nama : Ni Luh Ade Kusuma Ernawati, S.Kep.Ns.
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Alamat : Jalan Rajawali No.35 Negara
 Bidang/Judul : Perencanaan Kebutuhan tenaga Perawat berdasarkan Worklod Indicator Staf Need (WISN) Untuk meningkatkan Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSU Negara Bali
 lokasi : Di Rumah Sakit Umum Negara
 Jumlah Peserta : 1 (satu) orang
 Lamanya : Satu Bulan Dari (tgl 1 Mei s/d 30 Mei 2011)

3 Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

- a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Dinas / Badan / Kantor / Bagian di Lingkungan Pemkab. Jembrana atau pejabat yang ditunjuk.
- b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/judul dimaksud, apabila melanggar ketentuan akan dicabut Rekomendasi/Ijin dan menghentikan segala kegiatannya.
- c. *Mentaati sesuai ketentuan Perundang – undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.*
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi/Ijin ini telah berakhir, sedangkan kegiatan pelaksanaan belum selesai, maka perpanjangan Rekomendasi / Ijin agar diajukan kepada Instansi pemohon.
- e. Menyerahkan 2 (dua) buah hasil kegiatan kepada Pemda Jembrana. melalui Ketua Bappeda Kabupaten Jembrana 1 (satu) buah dan Kepala Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Jembrana 1 (satu) buah.

Negara, 18 April 2011

An. Bupati Jembrana
 Kepala Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan
 Perlindungan Masyarakat Kabupaten Jembrana.

 Suharna, S.IP. M.Si
 Penata Tk. I
 NIP. 19691231 199009 1 002

Tembusan disampaikan Kepada Yth.

1. Bupati Jembrana di Negara (sebagai laporan);
2. Sekretaris Daerah Kabupaten Jembrana di Negara (sebagai Laporan);
3. Camat Negara di Negara. (untuk dibantu);
4. Yang bersangkutan ;
5. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBRANA
RUMAH SAKIT UMUM NEGARA

Jalan Wijaya Kusuma No. 17 Negara
 Telp. (0365) 41006, 42821 FAX (62365) 41006
 E-Mail rsunegarabali@yahoo.com



SURAT KETERANGAN

Nomor : 440/349/RSU.N/2011

Yang bertanda tangan dibawah ini, Direktur Rumah Sakit Umum Negara dengan ini menerangkan :

Nama : Ni Luh Ade Kusuma Ernawati, S.Kep.Ns
 Pekerjaan : Mahasiswi
 Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Program Studi Magister Keperawatan
 Judul Penelitian : **Perencanaan Kebutuhan Tenaga Perawat berdasarkan Worklod Indicator Staf Need (WINS) Untuk Meningkatkan Kepuasan Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Negara Bali**

bahwa yang bersangkutan memang benar telah melakukan kegiatan penelitian di Rumah Sakit Umum Negara dari tanggal 1 Mei s/d 30 Mei 2011.

Demikian surat keterangan ini disampaikan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Negara, 1 Agustus 2011
 M Direktur RSUD Negara

dr. Made Dwipayana, MPPM
 NIP. 196501181990031007

Lampiran 6

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

**ANALISIS KEBUTUHAN RIIL TENAGA PERAWAT BERDASARKAN
WORKLOAD INDICATOR STAFF NEED (WISN) DAN KEPUASAN
KERJA PERAWAT DI RUANG MEDIKAL BEDAH
RUMAH SAKIT UMUM NEGARA BALI**

OLEH

NI LUH ADE KUSUMA ERNAWATI

Saya adalah mahasiswa program studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Program studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan penelitian ini adalah untuk merencanakan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan WISN untuk meningkatkan kepuasan kerja perawat di Ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Umum Negara Bali.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Kami mengharapkan tanggapan / jawaban yang saudara berikan sesuai dengan pendapat saudara sendiri tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Kami menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi Bapak/Ibu/ saudara dalam penelitian ini bersifat volunter (bebas), saudara bebas untuk ikut atau tanpa adanya sanksi apapun. Jika Bapak/Ibu/ saudara bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, silakan Bapak/Ibu/ saudara menandatangani kolom dibawah ini.

Atas bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu/saudara menjadi responden dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Tandatangan :
Tanggal :
No. Responden :

Lampiran 7**KUESIONER DATA DEMOGRAFI TENAGA PERAWAT DI RUANG
RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM NEGARA BALI**

Petunjuk pengisian :

1. Pertanyaan berikut adalah mengenai data pribadi dan data terkait dengan pekerjaan saudara.
2. Isilah jawaban pada tempat yang telah disediakan dengan memberi tanda (√)

Tanggal :

No.responden :diisi oleh peneliti

Ruangan :

1 Pendidikan terakhir :

1. SPK
2. D III Keperawatan
3. S1 Keperawatan
4. Ners

2 Jenis kelamin :

1. Laki-laki
2. Perempuan

3 Umur

1. 20 – 30 tahun
2. 31 – 40 tahun
3. 41 – 50 tahun
4. > 50 tahun

5 Status perkawinan

1. Kawin
2. Belum kawin
3. Janda / duda

- 5 **Status kepegawaian :**
 1. PNS
 2. CPNS
 3. Pegawai kontrak
 4. Pegawai honor daerah

- 6 **Pengalaman kerja sebagai perawat :**
 1. < 1 tahun
 2. 1 – 5 tahun
 3. 6 – 10 tahun
 4. > 10 tahun

- 7 **Pengalaman kerja sebagai perawat :**
 1. < 1 tahun
 2. 1 – 5 tahun
 3. 6 – 10 tahun
 4. > 10 tahun

- 8 **Golongan kepegawaian**
 1. II a – II d
 2. IIIa - III d
 3. IVa - IV d

Lampiran 8**LEMBAR OBSERVASI
KEGIATAN PERAWAT**

Nama Responden :..... Tanggal :.....

Kode Responden :..... Ruangan :.....

Shift :..... Jumlah Pasien :.....

Jumlah TT :.....

Pagi : 07.30 – 13.30 wita) (Sore : 13.30 – 19.30 wita) (Malam : 19.30 – 07.30 wita**A. Tindakan Keperawatan Langsung**

NO	Jenis Tindakan	Waktu			Keterangan
		Mulai	Selesai	Total	
I	Observasi				
	1. Tanda-tanda vital				
	2. Status neurologis				
	3. Jaringan kulit				
	4. Timbang BB				
	5. Intake dan output				
	6. Tanda-tanda asites, edema				
	7. Tanda-tanda infeksi				
	8. Tanda-tanda perdarahan				
	9. Adanya plebitis				
II	Intervensi				
	1. Melakukan pengkajian fisik, membuat diagnosis, kriteria hasil dan perencanaan				
	2. Melakukan evaluasi rencana				

	tindakan dan tindakan keperawatan				
	3. Memberikan makan : a. Oral b. Enteral c. Parenteral				
	4. Melakukan perawatan luka				
	5. Pengaturan posisi : a. Tidur b. Duduk				
	6. Memandikan pasien : a. Parsial b. Self care c. Total				
	7. Membantu berpakaian dan berdandan				
	8. <i>Oral hygiene</i>				
	9. <i>Vulva hygiene</i>				
	10. Melakukan ROM a. Aktif b. Pasif				
	11. Membantu BAB : a. Langsung b. Enema				
	12. Membantu BAK : a. Langsung b. Pispot				
	13. Memberikan teknik distraksi				

	dan relaksasi				
	14. Memenuhi kebutuhan tidur dan istirahat				
	15. Menyiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik				
	16. Transportasi klien : a. Dalam satu unit b. Ke unit lain				
	17. Mengatur tempat tidur				
	18. Membantu pernafasan dalam dan batuk efektif				
	19. Dokumentasi proses keperawatan				
III	Kolaborasi				
	1. Melakukan diskusi dengan tenaga kesehatan lain tentang perawatan klien				
	2. Pemberian oksigen				
	3. Memasang kateter				
	4. Memasang NGT				
	5. Menyiapkan spesimen (sputum, darah, feses, urine)				
	6. Pemasangan infus				
	7. Melepas infus				
	8. Melaksanakan transfusi darah				
	9. Menyimpan dan mengatur obat, menyiapkan obat.				

	10. Memberikan obat : oral, rektal, suppositoria, topikal				
	11. Memberikan obat injeksi				
	12. Melakukan EKG				
	13. Dll.				
IV	Pendidikan Kesehatan				
	1. Informasi secara umum tentang kondisi kesehatan				
	2. Prosedur tindakan				
	3. Mengajarkan koping				
	4. Promosi dan preventif masalah kesehatan				

B. Tindakan Keperawatan Tidak Langsung

No	Jenis Tindakan	Waktu (menit)			Keterangan
		Mulai	Selesai	Total	
1	Membuat rincian biaya perawatan				
2	Menulis permintaan kereta jenasah				
3	Menulis laporan kematian				
4	Menyiapkan pasien yang akan pulang				
5	Menyiapkan alat				
6	Merapikan ruangan pasien				
7	Membuat laporan jaga				
8	Melakukan Surveilans infeksi nosocomial				
9	Melakukan operan pergantian shief				
10	Melengkapi dan merapikan rekam medis pasien				
11	Memasukkan data pasien ke sistem billing				
12	Melengkapi dan merapikan rekam medis pasien				
13	Memasukkan data pasien ke sistem billing				
	Total Keperawatan tidak langsung				

C. Tindakan Non Keperawatan

No	Jenis Tindakan	Waktu (menit)			Keterangan
		Mulai	Selesai	Total	
1	Membuat rincian perawatan				
2	Membuat resep				
3	Mengambil & mengirim obat ke apotik				
4	Mengambil & mengirim hasil rontgen				
5	Mengambil & mengirim hasil laboratoriu				
6	Sholat				
7	Mandi				
8	Makan/minum				
9	Ganti baju				
10	Duduk di nurse station				
11	Gosok gigi				
12	Ke toilet				
13	Nonton tv				
14	Ijin berobat				
15	Ke koperasi				
16	Telpon pribadi				
17	Baca koran/majalah				
18	Telpon pribadi				
19	Baca koran/majalah				
20	Datang terlambat				
21	Pulang lebih awal				
22	Mengobrol				

Lampiran 10**PEDOMAN KEGIATAN KEPERAWATAN****TINDAKAN KEPERAWATAN LANGSUNG**

NO	Jenis Tindakan
I	Observasi
	10. Tanda-tanda vital
	11. Status neurologis
	12. Jaringan kulit
	13. Timbang BB
	14. Intake dan output
	15. Tanda-tanda asites, edema
	16. Tanda-tanda infeksi
	17. Tanda-tanda perdarahan
	18. Adanya plebitis
II	Intervensi
	20. Melakukan pengkajian fisik
	21. Melakukan evaluasi rencana tindakan dan tindakan keperawatan
	22. Memberikan makan : d. Oral e. Enteral f. Parenteral
	23. Melakukan perawatan luka
	24. Pengaturan posisi : c. Tidur d. Duduk
	25. Memandikan pasien : d. Parsial e. Self care f. Total
	26. Membantu berpakaian dan berdandan
	27. <i>Oral hygiene</i>
	28. <i>Vulva hygiene</i>
	29. Melakukan ROM c. Aktif d. Pasif
	30. Membantu BAB : c. Langsung d. Enema
	31. Membantu BAK : c. Langsung d. Pispot
	32. Memberikan teknik distraksi dan relaksasi
	33. Memenuhi kebutuhan tidur dan istirahat
	34. Menyiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik
	35. Transportasi klien : c. Dalam satu unit d. Ke unit lain
	36. Mengatur tempat tidur

	37. Membantu pernafasan dalam dan batuk efektif
III	Kolaborasi
	1. Melakukan diskusi dengan tenaga kesehatan lain tentang perawatan klien
	2. Pemberian oksigen
	3. Memasang kateter
	4. Memasang NGT
	5. Menyiapkan spesimen (sputum, darah, feses, urine)
	6. Pemasangan infus
	7. Melepas infus
	8. Melaksanakan transfusi darah
	9. Menyimpan dan mengatur obat, menyiapkan obat.
	10. Memberikan obat : oral, rektal, suppositoria, topikal
	11. Memberikan obat injeksi
	12. Melakukan EKG
	13. Dll.
IV	Pendidikan Kesehatan
	1. Informasi secara umum tentang kondisi kesehatan
	2. Prosedur tindakan
	3. Mengajarkan coping
	4. Promosi dan preventif masalah kesehatan

TINDAKAN KEPERAWATAN TIDAK LANGSUNG

No	Jenis Tindakan
1	Mendokumentasikan hasil pengkajian
2	Membuat diagnosa keperawatan
3	Membuat rencana keperawatan
4	Mendokumentasikan hasil /evaluasi
5	Menulis permintaan kereta jenasah
6	Menulis laporan kematian
7	Menyiapkan pasien yang akan pulang
8	Menyiapkan alat
9	Merapikan ruangan pasien
10	Membuat laporan jaga
11	Membaca laporan jaga
12	Melakukan Surveilen infeksi nosokomial
13	Melakukan operan pergantian shief
14	Melengkapi dan merapikan rekam medis pasien
15	Memasukkan data pasien ke sistem billing
16	Melengkapi dan merapikan rekam medis pasien
17	Memasukkan data pasien ke sistem billing
18	Merapikan obat/alat-alat
19	Mengikuti pre & post conference
20	Mengikuti diskusi keperawatan
21	Mengikuti kegiatan ilmiah
22	Mempersiapkan tempat tidur
23	Mengikuti visit dokter
24	Menyiapkan darah untuk transfusi
25	Menyiapkan air mandi
26	Serah terima alat tenun
27	Memasukkan data laboratorium
28	Memasukkan data visite dokter

Lampiran 11**INSTRUMENT KEPUASAN KERJA PERAWAT**

Tanggal Penelitian :

Kode Responden :

Jawablah pernyataan dengan memberikan tanda centang (✓) pada kolom pilihan sesuai pilihan anda

No	PERNYATAAN	STP	TP	CP	P	SP	Kode
1.	Jumlah gaji yang diterima dibandingkan pekerjaan yang saudara lakukan						
2.	Sistem penggajian yang dilakukan institusi tempat saudara bekerja						
3.	Jumlah gaji yang diterima dibandingkan pendidikan saudara						
4.	Pemberian insentif tambahan atas suatu prestasi atau kerja ekstra						
5.	Tersedianya peralatan dan perlengkapan yang mendukung pekerjaan						
6.	Tersedianya fasilitas penunjang seperti kamar mandi, tempat parkir dan kantin						
7.	Kondisi ruangan kerja terutama berkaitan dengan ventilasi udara, kebersihan dan kebisingan						
8.	Adanya jaminan atas kesehatan/keselamatan kerja						
9.	Perhatian institusi rumah sakit terhadap saudara						
10.	Hubungan antar karyawan dalam kelompok kerja						
11.	Kemampuan dalam bekerjasama antar karyawan						
12.	Sikap teman – teman sekerja terhadap saudara						
13.	Kesesuaian antara pekerjaan dan latar belakang pendidikan saudara						
14.	Kemampuan dalam menggunakan waktu bekerja dengan penugasan yang diberikan						
15.	Kemampuan supervisi/pengawas dalam membuat keputusan						
16.	Perlakuan atasan selama saya bekerja disini						
17.	Kebebasan melakukan suatu metode sendiri dalam menyelesaikan pekerjaan						

18.	Kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan atau pendidikan tambahan						
19.	Kesempatan untuk mendapat posisi yang lebih tinggi						
20.	Kesempatan untuk membuat suatu prestasi dan mendapatkan kenaikan pangkat						

Keterangan :

STP : Sangat Tidak Puas

TP : Tidak Puas

CP : Cukup Puas

P : Puas

SP : Sangat Puas

Lampiran 12

Frequency Table Kepuasan Kerja Perawat**Jumlah gaji yang diterima**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	4	16,7	16,7	16,7
	tidak puas	13	54,2	54,2	70,8
	cukup puas	5	20,8	20,8	91,7
	puas	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Sistem penggajian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	4	16,7	16,7	16,7
	tidak puas	9	37,5	37,5	54,2
	cukup puas	8	33,3	33,3	87,5
	puas	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Jumlah gaji yang diterima

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	3	12,5	12,5	12,5
	tidak puas	9	37,5	37,5	50,0
	cukup puas	9	37,5	37,5	87,5
	puas	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Pemberian insentif tambahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	6	25,0	25,0	25,0
	tidak puas	13	54,2	54,2	79,2
	cukup puas	5	20,8	20,8	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Tersedianya peralatan dan perlengkapan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	6	25,0	25,0	25,0
	tidak puas	13	54,2	54,2	79,2
	cukup puas	5	20,8	20,8	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Tersedianya fasilitas penunjang

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	3	12,5	12,5	12,5
	tidak puas	15	62,5	62,5	75,0
	cukup puas	6	25,0	25,0	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

kondisi ruangan kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	4	16,7	16,7	16,7
	tidak puas	13	54,2	54,2	70,8
	cukup puas	5	20,8	20,8	91,7
	puas	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Jaminan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	4	16,7	16,7	16,7
	tidak puas	9	37,5	37,5	54,2
	cukup puas	8	33,3	33,3	87,5
	puas	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Perhatian institusi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	3	12,5	12,5	12,5
	tidak puas	8	33,3	33,3	45,8
	cukup puas	10	41,7	41,7	87,5
	puas	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

hubungan antr karyawan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	6	25,0	25,0	25,0
	tidak puas	13	54,2	54,2	79,2
	cukup puas	5	20,8	20,8	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Kemampuan bekerjasama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak puas	8	33,3	33,3	33,3
	cukup puas	13	54,2	54,2	87,5
	puas	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Sikap teman-teman

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	3	12,5	12,5	12,5
	tidak puas	12	50,0	50,0	62,5
	cukup puas	7	29,2	29,2	91,7
	puas	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Kesesuaian antara pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	4	16,7	16,7	16,7
	tidak puas	10	41,7	41,7	58,3
	cukup puas	10	41,7	41,7	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Kemampuan menggunakan waktu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	3	12,5	12,5	12,5
	tidak puas	8	33,3	33,3	45,8
	cukup puas	10	41,7	41,7	87,5
	puas	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Kemampuan supervisi dalam keputusan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak puas	3	12,5	12,5	12,5
	cukup puas	15	62,5	62,5	75,0
	puas	6	25,0	25,0	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Perlakuan atasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	3	12,5	12,5	12,5
	tidak puas	17	70,8	70,8	83,3
	cukup puas	4	16,7	16,7	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Kebebasan melakukan metode sendiri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak puas	5	20,8	20,8	20,8
	cukup puas	13	54,2	54,2	75,0
	puas	6	25,0	25,0	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Kesempatan meningkatkan kemampuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	2	8,3	8,3	8,3
	tidak puas	10	41,7	41,7	50,0
	cukup puas	9	37,5	37,5	87,5
	puas	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Kesempatan mendapatkan posisi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak puas	6	25,0	25,0	25,0
	cukup puas	13	54,2	54,2	79,2
	puas	5	20,8	20,8	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Kesempatan membuat prestasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak puas	7	29,2	29,2	29,2
	cukup puas	17	70,8	70,8	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Lampiran 13

Frequency Table Kepuasan Kerja Perawat Masing-masing Komponen**kepuasan kerja dilihat dari faktor upah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	4	16,7	16,7	16,7
	tidak puas	11	45,8	45,8	62,5
	cukup puas	7	29,2	29,2	91,7
	puas	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

kepuasan kerja dilihat dari faktor kebijakan organisasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	4	16,7	16,7	16,7
	tidak puas	11	45,8	45,8	62,5
	cukup puas	7	29,2	29,2	91,7
	puas	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

kepuasan kerja dilihat dari faktor interaksi sosial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	3	12,5	12,5	12,5
	tidak puas	9	37,5	37,5	50,0
	cukup puas	11	45,8	45,8	95,8
	puas	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

kepuasan kerja dilihat dari tuntutan tugas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	3	12,5	12,5	12,5
	tidak puas	11	45,8	45,8	58,3
	cukup puas	9	37,5	37,5	95,8
	puas	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

kepuasan kerja dilihat dari otonomi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	5	20,8	20,8	20,8
	tidak puas	13	54,2	54,2	75,0
	cukup puas	6	25,0	25,0	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

kepuasan kerja dilihat dari status profesional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sangat tidak puas	1	4,2	4,2	4,2
	tidak puas	8	33,3	33,3	37,5
	cukup puas	13	54,2	54,2	91,7
	puas	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	