



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PERBANDINGAN BEBAN KERJA PERAWAT
DI RUANG RAWAT INAP KELAS III DAN RUANG RAWAT
INAP KELAS UTAMA RSUD GAMBIRAN KOTA KEDIRI**

TESIS

**ENDAH TRI WIJAYANTI
NPM 1006833640**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JANUARI, 2013**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PERBANDINGAN BEBAN KERJA PERAWAT
DI RUANG RAWAT INAP KELAS III DAN RUANG RAWAT
INAP KELAS UTAMA RSUD GAMBIRAN KOTA KEDIRI**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan

**ENDAH TRI WIJAYANTI
NPM 1006833640**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JANUARI, 2013**

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia. *Endah, dan semua sumber baik atau tidak pun maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.*

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya. *Endah Tri Wijayanti*

Depok, 16 Januari 2013



Endah Tri Wijayanti

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

HALAMAN PENGESAHAN

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

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Endah Tri Wijayanti

NPM : 1006833640

Program Studi : Nama : Endah Tri Wijayanti

Peminatan : NPM : 1006833640

Fakultas : Tanda Tangan : 

Judul Tesis : Analisis Perbandingan Kelembagaan Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gantiran Kota Kediri

Tanggal : 16 Januari 2013

Tesis ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diampuni sebagai bagian dari persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dr. Ri. Puik Sri Hartadi, S.Kp., MARS

Pembimbing II : Ely Ariah, S.Kp., S.Kn.

Penguji : Rina Hartadi, S.Kn., M.Kep.

Pengaji : Dra. Setyowati, M.App.Sc., Ph.D

Ditetapkan : Depok

Tanggal : 16 Januari 2013


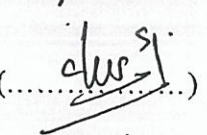
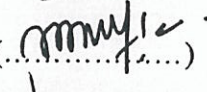

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Endah Tri Wijayanti
NPM : 1006833640
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Manajemen dan Kepemimpinan Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Analisis Perbandingan Beban Kerja Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri

Tesis ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian dari persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dr. Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS ()
Pembimbing II : Efy Afifah, S.Kp, M.Kes ()
Penguji : Rita Herawati, S.Kp.,M.Kep. ()
Penguji : Dra. Setyowati, M.App.Sc.,Ph.D ()
Ditetapkan : Depok
Tanggal : 16 Januari 2013

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa kami ucapkan kepada Allah Swt yang selalu memberikan kepada hambaNya jalan yang terbaik dan dengan segala pertolonganNya sehingga penulis bisa menyelesaikan tesis untuk memenuhi tugas mata ajar tesis. Tesis yang berjudul “Analisis Perbandingan Beban Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri” ini menjadi syarat yang harus ditempuh sebelum penulis melakukan penelitian pada tahap selanjutnya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini dapat tersusun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih dan dengan rasa hormat kepada berbagai pihak atas waktu yang telah diberikan kepada penulis, yaitu :

1. Dr. Rr. Tutik Sri Hariyati, MARS, selaku pembimbing pertama
2. Efy Afifah, S.Kp, M.Kes, selaku pembimbing kedua
3. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian
4. Rita Herawati, S.Kp.,M.Kep., yang telah menyediakan waktunya untuk peneliti dalam menyelesaikan tesis ini
5. Dra. Setyowati, M.App.,Sc.,Ph.D., yang telah memberikan banyak masukan demi kesempurnaan tesis ini
6. Direktur RSUD Gambiran yang telah memberikan ijin peneliti untuk melakukan penelitian
7. Kepala Diklat RSUD Gambiran beserta jajaran
8. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Gambiran beserta jajaran
9. Kepala Ruang Rawat Inap Kelas Utama dan Kelas III beserta perawat
10. Rekan satu angkatan genap 2010 peminatan Manajemen
11. Suami beserta keluarga besar yang selalu memberikan dukungan dan doa sehingga penulis dapat menyelesaikan tesisi ini

12. Rekan kerja di Prodi DIII Keperawatan Universitas Nusantara PGRI
Kediri

13. Serta berbagai pihak yang tidak bisa saya sebutkan yang tentunya
memberikan bantuan baik tenaga maupun waktu kepada peneliti

Atas bantuan dan curahan waktu dari pihak yang sudah disebutkan penulis di atas
sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Semoga Allah swt senantiasa
memberikan balasan limpahan rahmat dan keberkahan dalam kehidupan kita.
Semoga tesis ini bisa bermanfaat kepada penulis secara langsung dan berbagai
pihak yang mempunyai kepentingan dengan tesis ini.

Depok, 16 Januari 2013

Penulis



**HALAMAM PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Nomor : 927/12.F12.D/PDP.04.00/2012

01 November 2012

Lampiran

Perihal

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

Yth. Dire

Nama : Endah Tri Wijayanti

RSUD Gambiran Kota Kediri

AKH Y

NPM : 1006833640

Kediri

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Peminatan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tahun Pertama Magister Program Pendidikan

Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan

Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:

Jenis Karya : Tesis

Sdr. Endah Tri Wijayanti

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak bebas Royalti Noneksklusif (Non-Exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul Analisa Beban Kerja Perawat Di Ruang Dalam Kelas III dan Kelas Utama RSUD Gambiran Kediri beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti non eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/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.

Atas per... Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya. ... sampaikan terima kasih

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 16 Januari 2013

Yang menyatakan

Endah Tri Wijayanti

Terbitan Yth :

1. Dekan FIK UI
2. Manajer Pendidikan dan Riset
3. Ka. Diklat RSUD Gambiran Kota Kediri
4. Kabid Keperawatan RSUD Gambiran Kota Kediri
5. Ketua Komite Etik RSUD Gambiran Kota Kediri
6. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
7. Koordinator M A Tesis FIK-UI
8. Paritanggal

ABSTRAK

Nama : Endah Tri Wijayanti
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Analisis Perbandingan Beban Kerja Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri

Rumah sakit perlu mengelola beban kerja perawat secara seimbang supaya pelayanan keperawatan menjadi berkualitas. Penelitian ini merupakan penelitian dengan desain deskriptif komparatif yang bertujuan untuk mengetahui perbedaan beban kerja antara Ruang perawatan kelas III dengan ruang perawatan kelas Utama. Penelitian dilakukan dengan pendekatan work sampling selama 6 hari pengamatan di masing-masing ruangan. Pengambilan sampel secara accidental berjumlah 1311. Hasil menunjukkan bahwa rata-rata waktu kegiatan tidak langsung lebih lama jika dibandingkan dengan kegiatan tidak langsung, pendidikan kesehatan sangat jarang dilakukan perawat, dan secara statistik menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan beban kerja perawat di kelas III dan kelas Utama. Rekomendasi penelitian ini adalah pihak rumah sakit sebaiknya mengevaluasi kinerja perawat secara berkelanjutan serta penyediaan fasilitas memadai untuk menunjang kegiatan pelayanan keperawatan.

Kata kunci : Beban kerja perawat, aktivitas langsung, aktivitas tidak langsung

ABSTRACT

Name : Endah Tri Wijayanti
Study Program : Master of Nursing
Title : Comparative Analysis Workload Nurses In Third Class Ward and VIP class Ward in RSUD Gambiran Kediri

Workload of nursing in hospital must be managed to provide with qualified nursing care. This research is a comparative descriptive design. This research to find the differences of workload of nursing activity between third class ward and VIP class ward. The study was conducted with work sampling approach for 6 days observation in each ward. The results showed that time for non direct care activities more longer than direct care activities, health education was rarely implemented, and there was no significant differences the workload of nurses in third class ward with VIP class. Recommendations of this study is the hospital should evaluate sustainable of performance and the provision of adequate facilities to support the nursing service.

Keywords: Workload of nurses, direct nursing activities, non direct nursing activities

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN PLAGIARISME	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian	11
BAB 2 Tinjauan Pustaka.....	12
2.1 Organisasi Rumah Sakit.....	13
2.2 Pelayanan Keperawatan	15
2.3 Peran Perawat	16
2.4 Manajemen Asuhan Keperawatan	17
2.5 Beban Kerja	20
BAB 3 Kerangka Konsep dan Definisi Operasional.....	41
3.1 Kerangka Konsep	41
3.2 Hipotesis Penelitian	43
3.3 Definisi Operasional	43
BAB 4 Metodologi Penelitian.....	46
4.1 Desain Penelitian	46
4.2 Populasi dan Sampel	46
4.3 Tempat Penelitian	48
4.4 Waktu Penelitian	48
4.5 Etika Penelitian	48
4.6 Alat Pengumpulan Data	50
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	50

4.8 Analisa Data	53
BAB 5 Hasil Penelitian	54
5.1. Gambaran kegiatan Perawat di Ruang Rawat Kelas III dan Ruang Rawat Kelas Utama	54
5.2 Jumlah Kebutuhan Perawat di Ruang Rawat Kelas III dan Ruang Rawat Kelas Utama	58
5.3 Perbandingan Beban Kerja Antara Ruang Dalam Kelas III dan Ruang Dalam Kelas Utama	59
BAB 6 Pembahasan	61
6.1 Gambaran Aktivitas Asuhan keperawatan di Ruang Rawat Kelas III dan Ruang Rawat Kelas Utama.....	61
6.2 Kebutuhan Tenaga Perawat di Ruang Rawat Kelas III dan Ruang Rawat Kelas Utama	68
6.3 Perbandingan Beban Kerja Perawat di Ruang Rawat Kelas III dan Ruang Rawat Kelas Utama	69
6.4 Keterbatasan Penelitian	75
6.5 Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan	75
BAB 7 Kesimpulan	77
7.1 Simpulan	77
7.2 Saran	77

Daftar Pustaka

Lampiran

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Lama Waktu yang Dibutuhkan Pasien untuk Pendidikan Kesehatan dan Pengobatan Berdasarkan Kategori	24
tabel 2.2	Standar Sumber Daya Manusia Kesehatan di Rumah Sakit berdasarkan Permenkes	38
Tabel 3.1	Definisi Operasional	44
Tabel 5.1	Gambaran Kegiatan Perawat Pelaksana Setiap Shift Per Hari di Ruang Rawat Kelas III dan Ruang Rawat Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012	54
Tabel 5.2	Penggunaan Waktu Berdasarkan Kategori Kegiatan oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Pagi di Ruang Rawat Kelas III dan Ruang kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012.....	55
Tabel 5.3	Penggunaan Waktu Berdasarkan Kategori Kegiatan oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Sore di Ruang Rawat Kelas III dan Ruang kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012	56
Tabel 5.4	Penggunaan Waktu Berdasarkan Kategori Kegiatan oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Malam di Ruang Rawat Kelas III dan Ruang kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012	57
Tabel 5.5	Kebutuhan Tenaga Perawat di Ruang Irna Dalam Kelas III dan Ruang Dalam kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012	
Tabel 5.6	Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Langsung Oleh Perawat Pelaksana Pada shift Sore di Ruang Irna Dalam Kelas III dan Ruang Dalam kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012	
Tabel 5.7	Perbandingan Beban Kerja antara Ruang Rawat Kelas III dan Ruang Rawat Kelas Utama	59

DAFTAR SKEMA

Kerangka teori	40
Kerangka konsep.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Planning of Action penelitian di RSUD Gambiran Kota Kediri
- Lampiran 2 Permohonan ijin penelitian
- Lampiran 3 Keterangan lolos kaji etik
- Lampiran 4 Jawaban permohonan ijin penelitian
- Lampiran 5 Lembar *informed consent*
- Lampiran 6 Instrumen pengamatan kegiatan perawat
- Lampiran 7 Daftar kegiatan Perawat Pelaksana berdasarkan kategori kegiatan selama di ruangan selama pengamatan
- Lampiran 8 Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit pada era sekarang menghadapi tantangan baru. Rumah sakit dihadapkan pada masalah perkembangan mekanisme pasar yang mulai didominasi oleh organisasi bisnis dengan memberikan produk unggulan agar tetap eksis dalam persaingan. Perubahan manajemen yang lebih responsive terhadap perkembangan pasar mau tidak mau harus dilakukan oleh organisasi rumah sakit supaya mampu menghasilkan sebuah produk jasa yang berkualitas (Aditama, 2006). Namun perubahan terkadang harus terbentur masalah finansial yang tidak sedikit sehingga organisasi perlu mempertimbangkan efektif dan efisiensi sumber daya yang ada.

Hal senada juga diungkapkan oleh Hafizurrahman (2009), bahwa rumah sakit telah mengalami pergeseran dari organisasi sosial menjadi organisasi profit karena rumah sakit merupakan organisasi padat modal, padat karya, serta padat teknologi sehingga memerlukan biaya tinggi untuk menjamin keberlangsungannya. Harapannya dengan biaya yang tinggi tersebut sebuah organisasi dapat mengembangkan pelayanannya menjadi lebih baik.

Rumah sakit diharapkan mampu berbenah dalam meningkatkan pelayanan jasa kesehatan dengan berorientasi pada *customer care* dan *patient safety* serta meningkatkan akreditasi yang berstandar internasional. Oleh karena itu rumah sakit harus mampu menyiapkan *input* yang memadai meliputi sumber daya manusia dan infrastruktur yang sudah terstandarisasi, serta proses dengan menitikberatkan pada budaya pelayanan empati dan *customer care* (Hafizurrahman, 2009).

Sumber daya manusia merupakan komponen utama dalam penjualan produk jasa layanan kesehatan di rumah sakit. Sumber daya manusia tersebut meliputi tenaga medis, tenaga perawat, serta tenaga kesehatan penunjang lain. Sumber daya manusia terbesar di rumah sakit adalah sekitar 60% tenaga perawat sehingga dapat diasumsikan pelayanan keperawatan merupakan produk jasa terbesar dalam pelayanan rumah sakit (Sudarma, 2008).

Perawat merupakan faktor dominan dalam penjualan jasa pelayanan di rumah sakit sehingga sejauh mana kualitas pelayanan rumah sakit yang diberikan tergantung dari pelayanan unit keperawatan. Oleh karena itu perawat dituntut mampu menerapkan pengetahuan, keterampilan, serta pengalaman dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan kondisi yang berbeda-beda supaya pelayanan yang berkualitas tercapai (Hughes, 2008).

Hampir semua kegiatan pelayanan di rumah sakit memerlukan tenaga perawat baik tindakan preventif maupun promotif. Perawat berada bersama pasien selama 24 jam sehari dituntut dapat memberikan pelayanan yang berkualitas baik kepada pasien secara individu, keluarga, maupun kelompok. Tingginya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang bagus mendorong organisasi penghasil produk jasa harus mampu menciptakan pelayanan berkualitas. Oleh karena itu menjadi tanggung jawab pihak manajemen dalam merencanakan dan menciptakan pelayanan keperawatan yang memenuhi kebutuhan konsumen (Asmuji, 2012).

Pelayanan keperawatan yang berkualitas adalah pelayanan yang bisa memuaskan konsumen yang diukur dengan tingkat kepuasan. Interaksi antar manusia dimana dalam keseharian pelayanan banyak didominasi profesi perawat dengan pasien merupakan salah satu dimensi mutu kepuasan (Pohan, 2006). Tingkat kepuasan pasien akan meningkat jika perawat memberikan banyak waktu dengan pasien dalam kesehariannya. Jadi kepuasan akan sebanding dengan waktu yang digunakan antara perawat dan pasien dalam berinteraksi dalam kegiatan perawatan (Westbrook, Duffield, Li, Creswick, 2011).

Tuntutan pelayanan yang berkualitas dari konsumen memberikan dampak pada unit keperawatan untuk bekerja keras. Tuntutan konsumen tersebut, mau tidak

mau membuat perawat memikul tanggung jawab berat untuk memberikan asuhan keperawatan yang baik. Namun terkadang tanggung jawab yang berat tersebut bisa menyebabkan peningkatan tekanan pekerjaan dan beban kerja pada diri perawat (Hendrich, Chow, Skierczysnky, Lu, 2008).

Penghitungan rasio kebutuhan perawat yang lebih rendah dari jumlah pasien menjadi penyebab rendahnya kualitas pelayanan keperawatan. Jumlah yang tidak seimbang tersebut menyebabkan perawat mendapatkan beban pekerjaan berlebih. Dilaporkan bahwa hampir 40% perawat di rumah sakit Amerika mengalami kejenuhan yang melebihi ambang batas normal saat bekerja serta perasaan ketidakpuasan perawat cenderung meningkat sebesar 4 kali lebih banyak dari jumlahnya sehingga perawat memutuskan untuk keluar dari pekerjaannya (Aiken et al, 2002).

Beban kerja menurut Finkler dan Kovner (2000) adalah pengukuran aktivitas kerja pegawai pada suatu unit. Menurut *Canadian Nursing Advisory Committee* (2005) bahwa beban kerja didefinisikan sebagai sejumlah waktu yang dialokasikan kepada pasien yang didasarkan pada pelayanan keperawatan yang harus diberikan kepada pasien terkait apa yang mereka butuhkan dan apa yang mereka inginkan. Ilyas (2011) mendefinisikan beban kerja merupakan perbandingan antara jumlah tenaga kesehatan khususnya tenaga perawat dengan volume kerja yang harus diselesaikan pada suatu unit dalam jangka waktu tertentu. Beban kerja tenaga perawat yaitu melaksanakan pelayanan kesehatan keperawatan di suatu rumah sakit yang seharusnya berorientasi kepada tugas dan fungsinya.

Beban kerja dapat dikelola dengan menyeimbangkan jumlah perawat dengan pasien. Beban kerja selain dipengaruhi oleh jumlah pasien dan tingkat ketegantungan juga dipengaruhi oleh rata-rata hari rawat, pengukuran tindakan keperawatan langsung tindakan tidak langsung, serta pendidikan kesehatan (Gillies, 2000). Seorang perawat dengan berbagai tugas yang melekat pada dirinya tentunya hanya mampu melakukan kegiatan dengan waktu produktif optimum 80% karena sebagai manusia perawat juga memerlukan aktivitas penunjang lain selain pelayanan. Oleh karena itu pihak manajemen perlu mempertimbangkan

penambahan tenaga baru jika perawat telah menggunakan waktu produktif lebih dari 80% (Ilyas, 2011).

Menghitung kebutuhan beban kerja perawat bisa dilakukan dengan tehnik *time and motion study*, *work sampling*, serta mencatat kegiatan sehari-hari oleh perawat yang bersangkutan (*daily log*). Masing-masing metode mempunyai kelebihan dan kekurangan masing-masing. Semuanya menitikberatkan pada kegiatan yang dilakukan perawat dan waktu yang diperlukan untuk melakukannya (Ilyas, 2011).

Beban kerja yang tinggi di rumah sakit berdampak pada rendahnya perhatian perawat terhadap keselamatan pasien (Prawitasari, 2009). Beban kerja yang tinggi akan menyebabkan perawat kelelahan. Kelelahan tersebut berdampak pada penurunan konsentrasi perawat yang jika terakumulasi menyebabkan penurunan penampilan kinerja (Tappen, 2004). Prayetni (2001) mengemukakan bahwa kelelahan perawat dalam bekerja mempunyai tahapan dan masing-masing tahapan akan menimbulkan gejala-gejala negatif seperti kebosanan, mengasingkan diri, bahkan muncul sinisme dan harga diri rendah pada diri perawat.

Hasil penelitian pada 36 rumah sakit di Amerika tentang bagaimana perawat ruang bedah menghabiskan waktunya dengan menggunakan tehnik *time and motion study* memberikan gambaran bahwa perawat di Amerika Serikat menggunakan waktu 77,7% untuk kegiatan praktek keperawatan, 12,6% untuk kegiatan non klinis, 6,6% untuk kegiatan tak berguna, dan 2,8% untuk kegiatan terkait unit. Penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa dari 77,7% waktu untuk kegiatan praktek keperawatan terpakai 35,3% untuk dokumentasi, 17,2% waktu untuk medikasi, serta 20,6% waktu untuk koordinasi dalam pelayanan. Ketiga hal utama tersebut sebaiknya menjadi target utama dalam peningkatan efisiensi pelayanan keperawatan sehingga dimungkinkan perlunya pengembangan teknologi, perbaikan proses kerja, serta desain organisasi untuk efisiensi waktu penunjang kegiatan pelayanan (Hendrich, Chow, Skierczysnky, Lu, 2008).

Hasil penelitian Tambunan (2002) tentang analisa beban kerja perawat di ruang MPKP RSCM Jakarta dengan tehnik *work sampling* menyebutkan kegiatan

keperawatan langsung (51,1%), kegiatan tidak langsung (22,5%), kegiatan pribadi produktif 15,5% dan pribadi non produktif 10,95%. Perawat shift pagi lebih banyak melakukan kegiatan tidak langsung, sedangkan perawat shift sore banyak melakukan kegiatan pribadi produktif, dan perawat shift malam banyak melakukan kegiatan pribadi non produktif.

Penelitian Susanto (2002) tentang analisis kegiatan keperawatan di Rumah Sakit Karya Medika Bekasi menggunakan tehnik *work sampling* menunjukkan tingginya aktivitas keperawatan langsung sebanyak 44,39% jika dibandingkan aktivitas tidak langsung 25,30% dan tindakan non keperawatan 29,91% sehingga perlunya tenaga administrasi tambahan atau kurir untuk melakukan tindakan selain keperawatan sebagai upaya peningkatan kualitas layanan keperawatan.

Hasil penelitian Robot (2009) dengan judul tentang bagaimana beban kerja perawat di Rumah Sakit Umum Prof. Dr. R. D. Kandou Manado menunjukkan hasil kegiatan keperawatan langsung 46,67% sedangkan kegiatan keperawatan tidak langsung 19,39% dan kegiatan lainnya 33,94%. Jika dibandingkan dengan waktu kerja produktif 80% hasil tersebut masih jauh dari standar yaitu 65,06%.

Analisa beban kerja perawat dengan metode *daily log* di instalasi rawat darurat RSUD Dr. Soetomo Surabaya menunjukkan bahwa perawat menghabiskan waktu produktif 5 jam 30 menit untuk shift pagi, 5 jam 49 menit untuk perawat shift sore, dan 6 jam 44 menit untuk shift malam. Kesimpulannya perawat di IRD mempunyai beban kerja normal, hanya saja pimpinan perlu memperhatikan perawat yang bekerja pada shift malam supaya tidak kelebihan beban kerja (Indriati, 2009).

Penghitungan beban kerja perawat sangat berpengaruh dalam penyusunan kebutuhan tenaga perawat di ruangan. Hasil penilaian beban kerja dapat digunakan oleh pihak manajemen untuk memperoleh informasi mengenai kebutuhan riil tenaga yang diperlukan sehingga tercipta efisiensi kinerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas pelayanan (Hermawan, 2011).

RSUD Gambiran Kota Kediri merupakan rumah sakit tipe B II yang sudah lulus akreditasi dengan 16 pelayanan. Rumah sakit Gambiran juga sudah ditetapkan

sebagai BLUD sejak tahun 2009 dan menjadi rumah sakit rujukan untuk wilayah Kediri dan sekitarnya. Pelayanan kesehatan RSUD Gambiran meliputi pelayanan gawat darurat selama 24 jam, 16 poliklinik, rawat inap dengan kapasitas 275 TT, instalasi bedah sentral serta layanan Hemodialisa.

Tenaga perawat sejumlah 308 orang dengan klasifikasi pendidikan S1 Keperawatan 27 orang, D3 Keperawatan sejumlah 183 orang, SPK 57 orang, D3 Kebidanan 53 orang, serta perawat dengan keahlian khusus sejumlah 5 orang. Penentuan jumlah tenaga perawat tersebut didasarkan pada ketetapan Badan Kepegawaian Negara tahun 2011 yang memberikan acuan kebutuhan tenaga perawat untuk rumah sakit dengan tipe B pendidikan adalah 464 perawat hanya saja baru bisa terpenuhi 308 perawat dan kekurangannya akan dipenuhi secara bertahap. Hanya saja dengan ketentuan jumlah tersebut tidak ditentukan terkait kualifikasi perawat yang diperlukan.

Data terkait indikator pelayanan di ruang rawat inap RSUD Gambiran tahun 2010 - 2011 menunjukkan BOR sebesar 70,38 dan 75,64 %; ALOS 4,16 dan 4,25. Data tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit masih mampu memberikan mutu pelayanan sesuai standar yang ditetapkan oleh Depkes.

Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan diperoleh hasil bahwa selama ini belum ada usaha untuk menghitung beban kerja perawat sehingga belum tahu pasti berapa waktu yang diperlukan untuk perawatan langsung dan tidak langsung. Namun Kepala Bidang Keperawatan mengakui jika perawat di RSUD Gambiran mengeluh merasa jenuh dan motivasi menurun akibat rutinitas harian. Hal tersebut juga didukung oleh Wijianti dan Lukitasari, mahasiswa manajemen yang melakukan residensi di RSUD Gambiran pada bulan Juni 2012 menyebutkan bahwa pasien belum merasa puas dengan pelayanan yang diberikan perawat akibat kurangnya *caring* perawat, sebagian besar perawat mengalami kejenuhan dalam bekerja, serta penurunan produktivitas perawat akibat beban kerja yang tinggi.

Kepala bidang keperawatan juga menyatakan bahwa metode asuhan yang secara resmi dipakai yaitu metode tim bisa berubah menjadi metode fungsional akibat

jumlah pasien yang begitu banyak mengingat RSUD Gambiran merupakan rumah sakit rujukan. Beliau mengakui jika mobilitas perawat saat shift di ruang rawat inap tinggi dan perawat kurang bisa menyelesaikan tugas sampai batas waktu yang diberikan.

Hasil wawancara dengan Kepala Ruang bahwa di Ruang Dalam kelas III RSUD Gambiran mempunyai kapasitas 45 TT dengan tenaga perawat yang tersedia di ruangan sekarang ini adalah 25 orang, 5 perawat dengan pendidikan Sarjana dan lainnya masih Diploma. Ruangan tersebut mempunyai ruangan HCU dengan kapasitas 6 TT dari 45 TT yang ada. Indikator mutu ruangan menunjukkan BOR sebesar 85,64%. Ruang Dalam merupakan ruang multi unit meliputi unit saraf, paru, interna, serta pasien dengan kondisi khusus. Karakteristik pasien yang beragam tersebut membuat perawat bekerja ekstra ditambah lagi dengan kondisi pasien yang di dominasi pasien saraf dengan tingkat ketergantungan total.

Hasil wawancara dengan Kepala Ruangan Ruang Dalam Kelas III bahwa penentuan tenaga tiap shift didasarkan pada tingkat ketergantungan pasien dimana kegiatan pagi hari banyak dilakukan tindakan lebih banyak dibandingkan sore dan malam hari. Metode asuhan yang digunakan adalah metode tim dengan modifikasi fungsional. Kegiatan perawat sangat kompleks terutama saat pagi hari meliputi kegiatan langsung dan tidak langsung. Kegiatan langsung meliputi memantau cairan infus, memberikan oksigen, memasang kateter, bahkan terkadang masih harus memindahkan pasien ke ruangan lain. Kegiatan tidak langsung perawat banyak melakukan kegiatan dokumentasi serta administrasi obat. Pendidikan kesehatan jarang dilakukan dan jika ada hanya sebentar. Kegiatan lain-lain perawat mengobrol di ruangan, makan, pergi ke keluar yang tidak terkait pekerjaan bahkan ada yang istirahat saat shift. Ruangan tersebut juga berfungsi sebagai tempat praktek mahasiswa sehingga perawat harus menyediakan waktu untuk melakukan bimbingan.

Hasil wawancara dengan 5 perawat mengakui 2 perawat merasa beban kerjanya tinggi saat shift sore dan malam ditambah lagi banyak keluarga pasien yang sering komplain saat sore dan malam hari. Sebagian perawat tersebut merasa beban kerjanya sedang karena sudah lama bekerja di ruangan tersebut sehingga sudah

terbiasa. Keluhan dari pihak pasien terkadang perawat bertutur kata yang kasar saat melayani mereka serta kurangnya informasi yang diperoleh terkait penyakitnya dari perawat sehingga harus menunggu penjelasan dari dokter saat visite. Keluhan memang beragam tergantung dari kondisi pasien.

Ruang Dalam Kelas Utama merupakan ruang perawatan penyakit dalam VIP. Ruangan tersebut mempunyai angka BOR 84,5% pada tahun 2011. Tempat tidur yang tersedia adalah 14 bed dengan jumlah perawat 14 orang sudah termasuk kepala ruang dan wakilnya. Pembagian shift didasarkan pada tingkat ketergantungan pasien dengan karakteristik pasien yang beragam. Hasil wawancara dengan beberapa perawat di Ruang Dalam Kelas Utama menyatakan tidak merasakan beban kerja yang tinggi karena memang sudah terbiasa dengan rutinitas harian.

Hasil observasi saat berada di ruangan tersebut tampak perawat melakukan aktivitas yang normal seperti melakukan kegiatan administrasi, dokumentasi, mengoplos obat, bercakap-cakap sesama perawat serta mendampingi dokter yang sedang visite. Perawat di ruangan ini tidak terbebani dengan aktivitas bimbingan mahasiswa tidak seperti di Ruang Dalam Kelas III karena memang tidak digunakan untuk tempat praktek.

Hasil penelitian terkait perbandingan beban kerja perawat di ruang kelas III dengan ruang VIP masing sangat jarang dilakukan. Sutarman (2000) dalam penelitiannya tentang perbandingan beban kerja tenaga perawat di ruang rawat inap khususnya ruang VIP dengan Bangsal Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna karena karakteristik pasien yang ditangani sama. Meskipun secara umum karakteristik penyakit pasien hampir sama namun terdapat faktor-faktor khusus yang bisa mempengaruhi beban kerja perawat diantara ruang VIP dan kelas III.

Fenomena yang ada bahwa pasien di ruang kelas utama mempunyai keinginan yang lebih dibandingkan pasien kelas III karena mampu membayar dengan biaya yang lebih tinggi sehingga perawat memberikan perhatian lebih. Hal tersebut akan berbeda jika perawat berada di ruang pelayanan kelas III meskipun tingkat

ketergantungan sama. Penelitian menurut Bobrow&Thomas (2008) menyatakan bahwa kamar pasien dengan single bed akan menurunkan kejadian yang tidak diharapkan dan mengurangi infeksi silang sehingga pada akhirnya dapat memperpendek waktu perawatan pasien karena akan mengurangi kegiatan perawat dibandingkan jika pasien terkena infeksi silang. Hal tersebut tentunya akan berbeda di ruang kelas III dimana pasien berada dengan banyak pasien lain dalam satu ruang. Hasil penelitian Ganap (2003) tentang faktor-faktor yang berhubungan dalam pemilihan ruang rawat VVIP, VIP dan Kelas 1 di Rumah Sakit Bakti Yudha Depok menunjukkan bahwa motivasi untuk mendapatkan pelayanan yang baik dari perawat dan dokter serta peralatan yang lengkap merupakan faktor utama yang mempengaruhi konsumen dalam memilih kelas VIP. Pasien terkadang mengeluhkan pelayanan perawat yang kurang care. Kepatuhan perawat terhadap jadwal dinas kurang optimal karena perawat kadang mengganti jadwal dinas.

1.2 Rumusan Masalah

Pelayanan keperawatan yang berkualitas membutuhkan perencanaan yang efektif dan efisien. Pelayanan berkualitas sangat terkait erat dengan pengelolaan unsur manajemen dengan menggunakan pendekatan manajemen yang baik. Dalam hal perencanaan ketenagaan memerlukan penyeimbangan antara jumlah tenaga dengan beban kerja riil. Penghitungan beban kerja riil tenaga perawat di ruangan akan membantu pihak manajemen untuk mengetahui berapa banyak waktu yang dihabiskan perawat untuk melakukan kegiatan asuhan keperawatan dan non keperawatan. Jika kegiatan non keperawatan lebih banyak dibandingkan kegiatan asuhan keperawatan memungkinkan terjadinya pelaksanaan fungsi manajemen yang kurang optimal. Pelaksanaan fungsi manajemen yang kurang optimal akan menyebabkan kinerja perawat kurang optimal sehingga tingkat produktivitas sesuai standar sulit tercapai. Gambaran masalah di lapangan bahwa pasien kurang merasakan kehadiran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, bahkan pasien menganggap pelayanan yang diberikan terkadang masih kurang dari harapan. Selain itu gambaran kinerja individu pada masing-masing ruangan sangat

beragam. Masih dijumpainya ketidakpatuhan dalam penjadwalan juga menggambarkan permasalahan dalam pelayanan. Ketidakpatuhan tersebut tentunya akan menurunkan kualitas kinerja. Padahal fenomena sekarang bahwa pasien lebih pandai dalam memberikan tuntutan kepada pemberi pelayanan. Kondisi tersebut jika tidak didukung dengan komitmen kinerja yang tinggi akan menyebabkan penurunan citra organisasi. Gambaran pasien di Ruang rawat inap kelas Utama dan Ruang rawat inap kelas III mempunyai karakteristik pasien yang berbeda sehingga memerlukan pendekatan yang berbeda pula. Tentunya perbedaan tersebut dapat memberikan pengaruh terhadap beban kerja yang berbeda pada perawat masing-masing ruangan. Berdasarkan analisa situasi di Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran yang sudah penulis paparkan sebelumnya perlu kiranya menjadi bahan penelitian tentang bagaimana perbandingan beban kerja perawat di Ruang rawat inap kelas III dan Ruang rawat inap kelas Utama Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran Kota Kediri ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan analisa perbandingan beban kerja perawat di Ruang Dalam Kelas III dan Ruang Dalam Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri

1.3.2 Tujuan Khusus penelitian ini adalah diidentifikasinya :

1.3.2.1 Kegiatan asuhan keperawatan ke pasien dan kegiatan non asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri

1.3.2.2 Kebutuhan jumlah tenaga perawat di Ruang Dalam Kelas III dan Ruang Dalam Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri

1.3.2.3 Perbandingan beban kerja di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran beban kerja perawat di Ruang Dalam Kelas III dan Ruang Dalam Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri sehingga bisa menjadi masukan bagi rumah sakit sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan yang efektif, efisien, dan berkualitas.

1.4.2 Manfaat bagi manajemen keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi manajemen rumah sakit terutama bagian bidang keperawatan untuk mengevaluasi kembali jumlah kebutuhan perawat dengan melihat kondisi nyata di lapangan.

1.4.3 Manfaat bagi Kepala Ruangan

Penelitian ini dapat memberikan gambaran kinerja perawat selama di ruangan sehingga kepala ruangan dapat mengevaluasi kembali perannya dalam supervisi di ruangan.

1.4.4 Manfaat bagi perawat pelaksana

Perawat dapat termotivasi untuk meningkatkan kinerja selama berada di ruangan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas.

1.4.5 Manfaat bagi pendidikan dan ilmu keperawatan

Penelitian ini akan meningkatkan pengetahuan peneliti terkait beban kerja perawat serta harapannya perawat di ruangan akan mengetahui tentang alokasi kebutuhan tenaga mereka sendiri.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Organisasi rumah sakit pada saat ini telah menghadapi berbagai tantangan. Rumah sakit dituntut tidak hanya memberikan pelayanan untuk sekedar mengobati penyakit tetapi juga memberikan pelayanan yang berkualitas dan melebihi harapan dari konsumen. Pelayanan yang berkualitas harus didukung oleh sumber daya yang memadai meliputi *man, money, material, method, machine* yang memadai (Hasibuan, 2007). Oleh karena itu tidaklah salah jika rumah sakit merupakan organisasi padat karya, padat modal, padat teknologi, serta kompleksnya permasalahan yang bisa muncul (Aditama, 2003).

Sumber daya tersebut harus dikelola dengan baik menggunakan pendekatan manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengawasan untuk mencapai tujuan demi sebuah kepuasan konsumen akan pelayanan yang berkualitas (Marquis&Huston, 2012). Perawat merupakan sumber daya manusia terbesar dalam sebuah organisasi rumah sakit dan menjadi komponen utama penunjang pelayanan yang berkualitas. Perawat harus diatur secara efektif dan efisien mungkin supaya mampu memberikan pelayanan berkualitas.

Pelayanan berkualitas akan terpenuhi jika perawat yang mempunyai waktu lebih lama bersama pasien dapat memberikan pelayanan yang memang dibutuhkan oleh pasien. Kebutuhan pasien terhadap tindakan perawatan akan menentukan jumlah beban kerja perawat. Beban kerja perawat tersebut tentunya harus dikelola dengan baik agar tercipta pelayanan yang terstandar aman bagi pasien. Pada bab ini akan dibahas tentang organisasi rumah sakit, peran perawat sebagai bagian terbesar rumah sakit, beban kerja perawat, serta penghitungan kebutuhan perawat yang sesuai.

2.1 Klasifikasi Rumah Sakit di Indonesia

Sub bab ini akan membahas tentang pengertian rumah sakit dan fungsinya, klasifikasi rumah sakit, struktur organisasi, kebutuhan tenaga keperawatan yang diperlukan berdasarkan klasifikasinya, dan kebijakan mengenai pembagian kelas pelayanan di rumah sakit.

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit menurut Undang-Undang nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit adalah sebuah institusi pemberi pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Berdasarkan Permenkes nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 bahwa rumah sakit adalah sebuah fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan untuk memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang meliputi tindakan observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera dan melahirkan.

Rumah sakit dituntut mampu memberikan pelayanan rawat jalan, rawat inap, serta kondisi kedaruratan untuk memenuhi tuntutan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang bagi orang yang membutuhkan dengan tindakan yang bisa dipertanggungjawabkan serta menjadi pusat riset bagi pengembangan ilmu pengetahuan kesehatan. Oleh karena itu rumah sakit mempunyai fungsi yang harus dijalankan secara professional dalam hal memberikan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan dengan pelayanan kesehatan tingkat sekunder dan tersier, meningkatkan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan rumah sakit, mengembangkan penelitian berbasis *evidence based* serta peningkatan penggunaan teknologi untuk meningkatkan pelayanan berkualitas, serta pemberian layanan administrasi (Depkes, 2006).

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit di Indonesia

Melihat kemampuan rumah sakit yang berbeda-beda berdasarkan tugas, fungsi, kemampuan pelayanan kesehatan, administrasi dan manajemen, serta kapasitas sumber daya organisasi yang dimiliki dapat dibuat klasifikasi rumah sakit menjadi

rumah sakit tipe A, tipe B pendidikan, tipe B non pendidikan, tipe C, dan tipe D. Rumah sakit tipe A dan B dapat digunakan sebagai instansi pelayanan serta tempat pendidikan dan penelitian bagi profesi kesehatan.

Terdapat dua jenis kepemilikan rumah sakit pemerintah, yaitu rumah sakit milik pemerintah pusat dan rumah sakit milik pemerintah provinsi dan kabupaten atau kota (Rumah Sakit Umum Daerah atau RSUD). Perbedaan kepemilikan berpengaruh pada gaya manajemen rumah sakit. Rumah sakit pemerintah cenderung mengacu pada Departemen Kesehatan sedangkan rumah sakit daerah mengacu pada kebijakan pimpinan daerah dan lembaga perwakilan masyarakat daerah. Secara teknis rumah sakit daerah berada dibawah koordinasi Departemen Kesehatan, namun untuk pembinaan kerumahtanggaan berada dibawah Departemen Dalam Negeri (Depdagri) (Sulastomo, 2007).

2.1.3 Struktur Organisasi Rumah Sakit di Indonesia

Rumah sakit menurut UU No. 44 tahun 2009 pasal 33 tentang pengorganisasian rumah sakit menerangkan bahwa masing-masing rumah sakit harus mempunyai organisasi yang efektif, efisien, serta akuntabel. Struktur organisasi rumah sakit minimal terdiri dari Kepala Rumah Sakit, unsure pelayanan medis, unsure keperawatan, unsure penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksainternal, serta administrasi umum dan keuangan (Ilyas, 2011).

Susunan organisasi rumah sakit berbeda-beda didasarkan pada klasifikasinya. Rumah sakit tipe A dan B pendidikan masing-masing dipimpin oleh Direktur Utama yang membawahi 4 direktorat untuk tipe A dan 3 direktorat untuk tipe B pendidikan. Masing-masing direktorat tipe A dan B membawahi 3 bidang dimana setiap bidang akan mengkoordinasi 3 seksi dibawahnya. Seksi tersebut akan mengatur 3 subbagian yang menjadi bawahannya. Rumah sakit tipe C dan D dipimpin oleh seorang direktur. Rumah sakit tipe C paling banyak mempunyai satu bidang dan satu bagian. Masing-masing bidang tersebut membawahi tiga seksi dan setiap bagian membawahi paling banyak tiga sub bagian (Depkes, 2006).

2.2 Pelayanan Keperawatan

American Nursing Association (ANA, 2000) mendefinisikan keperawatan merupakan proses penetapan diagnosis dan penanganan respon manusia terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial. Berdasarkan SK KEPMENKES RI NO 1239/MENKES/SK/XI/2001 seseorang telah mendapat pengakuan menjadi perawat jika telah lulus dan mendapatkan ijazah sebagai perawat dari pendidikan keperawatan.

Keperawatan adalah sebuah proses perawatan, komitmen, serta dedikasi dari personal untuk melakukan fungsi memberikan pelayanan kesehatan pada semua orang. Dalam kenyatannya definisi keperawatan banyak dipengaruhi oleh penilaian sosial (Craven dan Hirnle, 2000).

Keperawatan meliputi pemberian tindakan perawatan baik dilakukan secara autonomi maupun kolaborasi multidisiplin yang diberikan kepada individu dengan berbagai usia, keluarga, dan komunitas dalam semua kondisi sehat dan sakit. Tindakan keperawatan meliputi tindakan promotif, preventif, perawatan saat sakit, cacat, dan meninggal. Peran keperawatan juga meliputi advokasi, menciptakan lingkungan yang aman, melakukan riset, berpartisipasi aktif dalam pembuatan kebijakan kesehatan, manajemen sistem kesehatan, serta pendidikan kesehatan (ICN, 2010).

Indonesia sendiri juga telah merumuskan keperawatan sebagai profesi sejak diselenggarakannya lokakarya nasional keperawatan pada tahun 1983. Keperawatan didefinisikan sebagai bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang meliputi aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual yang bersifat komprehensif ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit, mencakup siklus hidup manusia untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Hutahaean, 2010).

2.3 Peran perawat

Keperawatan merupakan profesi yang multiaspek sehingga banyak orang maupun organisasi yang menjelaskan definisinya. Namun dari semua definisi pada intinya keperawatan selalu berkaitan dengan hal yang baik seperti perawatan, pendidikan, advokasi, memberikan dukungan kepada orang lain, memelihara, berpikir kreatif dan kritis, mempunyai sensitifitas (Craven dan Hirnle, 2000).

Peran seorang perawat merupakan hasil penilaian nilai sosial yang melekat pada suatu profesi. Masyarakat menganggap perawat mempunyai kewajiban dalam memberikan pelayanan jasa keperawatan. Pelayanan tersebut tercermin dalam pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Asuhan tersebut bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat yang mengalami gangguan status kesehatan pada dirinya (Swansburg dan Swansburg, 2002).

Peran merupakan harapan orang lain terhadap tingkah laku yang dimunculkan pada diri seseorang yang mempunyai kedudukan dalam suatu lingkungan. Peran perawat sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial yang muncul baik dari intern profesi keperawatan maupun dari luar profesi keperawatan (Hutahaean, 2010).

Swansburg dan Swansburg (2002) mengungkapkan bahwa peran perawat telah berkembang tidak hanya sebagai perawat di sebelah tempat tidur pasien saja akan tetapi peran perawat sebagai *caregiver* dan integrator. Perawat sebagai *caregiver* lebih mengarah kepada pelayanan keperawatan dasar meliputi pemberian asuhan mandiri, memberikan kenyamanan, pendidikan kesehatan, monitoring kondisi pasien, serta tindakan terapeutik. Perawat sebagai integrator mempunyai peranan untuk melakukan kerjasama dan koordinasi multidisiplin dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Peran perawat menurut ICN (2010) bahwa perawat mempunyai multiperan dalam memberikan tindakan keperawatan meliputi educator, advocator, researcher, koordinator, serta mampu berperan dalam dunia politik sehingga mampu menciptakan kebijakan dalam bidang kesehatan. Menurut Benner (2001) untuk

menjadi seorang perawat juga dituntut untuk mempunyai kemampuan dalam manajemen dan menjadi agen perubahan, serta mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Peran perawat tidak bisa berjalan tanpa adanya fungsi. Fungsi adalah suatu pekerjaan yang harus dilakukan sebagai akibat dari peran yang melekat pada dirinya. Fungsi akan menunjang keberhasilan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Oleh karena itu untuk mencapai hal tersebut seorang perawat tidak bisa melakukan fungsi secara mandiri akan tetapi juga membutuhkan kerjasama dengan tim lain.

Kozier (2008) mengemukakan 3 (tiga) fungsi perawat yaitu : fungsi keperawatan mandiri (independen), fungsi keperawatan ketergantungan (dependen), dan fungsi keperawatan kolaboratif (interdependen). Fungsi keperawatan mandiri dilaksanakan perawat atas dasar inisiatif perawat dengan dasar pengetahuan dan keterampilan yang sudah dimiliki. Fungsi dependen merupakan fungsi dimana perawat dalam melakukan tindakan didasarkan atas instruksi atau advise dari tim lain yang biasanya dari tim medis. Fungsi kolaboratif menekankan pada kerjasama perawat dengan tim lain dalam memberikan tindakan ataupun perawatan kepada klien.

Pelaksanaan berbagai fungsi oleh perawat harus ditunjang dengan kemampuan klinis, pengetahuan, ketrampilan, serta rasa tanggung jawab yang tinggi dalam melaksanakan tindakan kepada pasien. Berbagai ketrampilan tersebut harus tercermin dalam setiap rangkaian tindakan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Hutahaean, 2010).

2.4 Manajemen Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit

Manajemen asuhan keperawatan di rumah sakit menggunakan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah sebuah rangkaian pemikiran dengan pendekatan *problem solving* dalam menyelesaikan masalah yang didasari ilmu

pengetahuan, skill, dan kemampuan interpersonal untuk memenuhi kebutuhan pasien melalui tindakan keperawatan (Perry dan Potter, 2009). Proses keperawatan terdiri dari berbagai tahapan, yaitu :

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang kondisi klien. data yang menjadi fokus perawat adalah data primer dan sekunder. Data primer bersumber dari pasien sendiri dan data sekunder dapat digali dari keluarga pasien maupun tenaga kesehatan yang lain (Potter dan Perry, 2009).

Pada tahap pengkajian perawat memainkan fungsi kolaboratif dengan pihak medis. Perawat melakukan analisa klinis tentang kondisi klien yang berhubungan dengan masalah medis, dan kemudian mengikuti aktivitas medis yang telah didelegasikan oleh dokter. Peran mandiri menuntut perawat untuk mengkaji secara akurat dengan tehnik pengkajian yang benar dalam mengkaji kebutuhan perawatan pasien (Potter dan Perry, 2009).

2.4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan keputusan klinis perawat mengenai kondisi pasien dari hasil pengkajian perawat yang berfokus pada respon actual atau potensial terhadap masalah kesehatan pasien (Potter dan Perry, 2009). Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan yang aktual maupun potensial (NANDA International, 2007).

Diagnosa keperawatan mempunyai karakteristik berfokus pada respon pasien terhadap penyakit, berorientasi pada kebutuhan individu, berubah dari waktu ke waktu, diagnosa keperawatan berfungsi melengkapi diagnosa medis (Suarli dan Bahtiar, 2012).

2.4.3 Perencanaan

Perencanaan adalah proses keperawatan yang meliputi penetapan tujuan, kriteria hasil, rencana intervensi, serta rasional dari tindakan yang akan diberikan. Intervensi adalah mengkomunikasikan tindakan yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien. intervensi perawat harus memodifikasi pemenuhan kebutuhan khusus pasien dengan kemampuan mandiri pasien (Moorhouse, Townsend, Doengoes, 2007). Pada umumnya tahap perencanaan dibuat dalam bentuk format dengan kolom-kolom untuk masing-masing item. Intervensi keperawatan menurut Harkreader, Hogan, Thobaben (2007) meliputi banyak bentuk, seperti :

- a. Perawatan langsung
- b. Pendidikan kesehatan
- c. Konseling
- d. Koordinasi dengan tim lain
- e. Kolaborasi
- f. Promosi kesehatan
- g. Pencegahan penyakit
- h. Tindakan rehabilitative

2.4.4 Implementasi

Tahap ini dimulai setelah perencanaan disusun oleh perawat. Perawat bersama dengan pasien melakukan tahapan perencanaan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tindakan keperawatan bisa dilakukan oleh pasien sendiri, oleh perawat secara mandiri, atau dengan bekerjasama dengan disiplin ilmu lain (Potter dan Perry, 2009).

2.4.5 Tahap evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang dari rencana keperawatan yang telah dibuat. Penilaian perkembangan pasien dilakukan melalui proses observasi, interaksi, dan pemeriksaan oleh perawat, pasien, keluarga pasien, serta dari tim kesehatan lain (Hutahaean, 2010).

Seandainya tidak terjadi perubahan maka perawat harus mengkaji ulang tahapan rencana keperawatan. Meskipun evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir

akan tetapi tidak harus selalu berhenti di situ karena ada proses pengkajian ulang, perencanaan kembali, dan dievaluasi lagi. Oleh karena itu proses keperawatan merupakan sebuah siklus untuk mencapai tujuan akhir kesehatan yang optimal dari pasien (Potter dan Perry, 2009).

Berbagai peran yang melekat pada diri perawat yang ditampilkan melalui proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sehari-hari dapat memunculkan berbagai aktivitas baik secara langsung maupun tidak langsung yang berhubungan dengan pasien. Aktivitas tersebut dapat diakumulasi dalam satuan beban kerja. Penghitungan beban kerja perawat selama di ruangan dapat menjamin penggunaan efisiensi waktu dan biaya dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan.

2.5 Beban Kerja Perawat

Beban kerja menurut UU Menpan tahun 2004 adalah sejumlah kegiatan atau target pekerjaan yang harus diselesaikan seorang pegawai dalam satuan unit tertentu. Menurut keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 81/MENKES/SK/2004 bahwa beban kerja adalah volume waktu yang diperlukan tenaga untuk menyelesaikan tiap-tiap kegiatan pokok terkait fungsinya. Rata-rata waktu tersebut akan dibandingkan dengan waktu yang tersedia sehingga menjadi standar beban kerja yang dihitung untuk satuan 1 tahun.

Menurut Huber (2000) bahwa seberapa besar penggunaan waktu menjadi dasar dalam menentukan beban kerja. Beban kerja seorang perawat akan dipengaruhi oleh dua variabel, yaitu jumlah pasien per hari dan jumlah jam asuhan keperawatan yang diperlukan pasien per hari.

Kecenderungan suatu organisasi sekarang ini jika ditanya tentang beban kerja sangat tinggi tanpa didasarkan dalam penghitungan yang pasti, hanya didasarkan pada asumsi kesibukan harian atau banyaknya tugas yang tidak terselesaikan. Memperkirakan beban kerja perawat bukanlah pekerjaan mudah karena sangat

dipengaruhi oleh kondisi pasien dalam hal variasi jumlah dan jenis pasien per satuan waktu (Ilyas, 2011).

Manajer dalam menentukan beban kerja personilnya harus mengetahui beberapa komponen yang mempengaruhi besarnya. Berdasarkan literatur beban kerja perawat dipengaruhi oleh :

2.5.1 Jumlah pasien per hari

Jumlah pasien di rumah sakit dalam periode tertentu ditampilkan dalam data BOR. Semakin banyak pasien yang masuk semakin tinggi tingkat BOR. Semakin banyak jumlah pasien dalam suatu ruangan akan meningkatkan intensitas interaksi perawat dengan tiap pasien. Interaksi yang sering akan meningkatkan beban kerja perawat di suatu ruangan (Ilyas, 2011). Al Kandari & Thomas (2008) dalam penelitiannya terkait faktor-faktor yang menyebabkan munculnya kesalahan yang dilakukan oleh perawat salah satunya disebabkan oleh jumlah pasien yang berlebih sehingga bisa meningkatkan aktivitas perawat.

2.5.2 Kondisi pasien

Kondisi pasien diterjemahkan dalam tingkat ketergantungan yang ditinjau dari jumlah dan kompleksitas kebutuhan perawatan mereka. Tingkat ketergantungan tersebut akan mempengaruhi jumlah intervensi pelayanan yang diperlukan oleh pasien sehingga berdampak pada intensitas pekerjaan yang harus dilakukan oleh perawat (Myny, 2011).

Johnson dalam Swansburg dan Swansburg (2002) membagi tingkat ketergantungan pasien yang didasarkan pada kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari, status kesehatan secara umum, kebutuhan akan pendidikan kesehatan, serta kebutuhan perawatan dan pengobatan. Berikut ini tingkat ketergantungan pasien :

2.5.2.1 Kategori 1 (*self care*)

- a. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan minum sendiri dengan bantuan sedikit, melakukan *personal hygiene* sendiri, mampu pergi ke kamar mandi sendiri, dan mampu mengatur posisi sendiri untuk mencari kenyamanan
- b. Pasien mempunyai status kesehatan baik sehingga membutuhkan prosedur perawatan yang minimal, prosedur yang sederhana, tindakan operasi minor
- c. Pasien mampu menerima pendidikan kesehatan dari perawat serta mempunyai emosi yang stabil, pasien mampu mengenali waktu, tempat, dan orang tiap shift.
- d. Perawatan dan pengobatan hanya minimal atau bahkan tidak memerlukan sama sekali.

2.5.2.2 Kategori 2 (*minimal care*)

- a. Pasien membutuhkan sedikit bantuan dalam menyiapkan makan minum, mengambil peralatan makan tapi mampu makan sendiri. pasien membutuhkan sedikit bantuan dalam merapikan diri, membutuhkan bantuan pergi ke kamar mandi atau menggunakan pot urinal, serta sedikit bantuan dalam memperbaiki posisi untuk mendapatkan kenyamanan.
- b. Pasien menunjukkan gejala ringan dalam penyakitnya, membutuhkan monitoring tanda vital, pemantauan urin deteksi diabetic, memerlukan terapi infuse.
- c. Pasien membutuhkan pendidikan dan dukungan emosi selama 5 – 10 menit. Pasien mengalami kebingungan ringan, bertindak kasar, gelisah tapi bisa dikontrol dengan medikasi, serta perlu restrain.
- d. Pasien membutuhkan perawatan dan medikasi selama 20-30 menit setiap shift. Memerlukan pemeriksaan tanda-tanda vital setiap 4 jam serta evaluasi sebelum dan sesudah prosedur serta observasi status mental tiap 2 jam.

2.5.2.3 Kategori 3 (*moderate care*)

- a. Pasien tidak mampu makan minum sendiri hanya saja masih bisa mengunyah, tidak bisa merawat dirinya sendiri. pasien memerlukan pot urinal yang bisa

dipindah. Pasien membutuhkan bantuan satu orang untuk merubah posisi supaya merasa nyaman.

- b. Kesehatan secara umum menunjukkan gejala akut, membutuhkan evaluasi fisiologis dan emosional setiap 2 jam. Pasien memerlukan monitoring terapi cairan setiap 1 jam.
- c. Pasien membutuhkan pendidikan kesehatan dan dukungan emosional yang intensive selama 10-30 menit. Pasien sangat gelisah, kasar, disorientasi dan menolak pendidikan dari perawat. Pasien membutuhkan pemantauan lebih dari 2 shift, evaluasi tanda-tanda vital kurang dari 4 jam
- d. Perawatan dan Pengobatan memerlukan waktu 30-60 menit setiap shift dan perlu monitoring setiap 4 jam dari gejala alergi. Pasien perlu pemantauan status mental tiap 1 jam.

2.5.2.4 Kategori 4 (semi total)

- a. Pasien tidak dapat makan sendiri dan tidak dapat mengunyah sehingga memerlukan sonde. Pasien mutlak membutuhkan bantuan dari perawat dalam kegiatan *personal hygiene*. Memerlukan bantuan 2 orang untuk perubahan posisi
- b. Kondisi umum tampak berat menunjukkan kondisi akut seperti perdarahan, gangguan pernafasan akut, sehingga membutuhkan pemeriksaan kondisi kesadaran dan tanda-tanda vital lebih sering setiap 2 jam
- c. Perawat membutuhkan waktu lebih lama dari 30 menit setiap shift dalam memberikan pendidikan kesehatan dan dukungan emosional. Pasien gelisah, disorientasi, kasar dan tidak bisa dikontrol dengan obat.
- d. Pengobatan dan tindakan memerlukan waktu lebih dari 60 menit setiap shift. Treatment yang diberikan memerlukan kerjasama 2 orang dan memerlukan pemantauan status mental lebih sering dalam 1 jam.

2.5.2.5 Kategori 5 (*Intensive care*)

Pasien dalam kategori ini memerlukan pemantauan khusus setiap shift dengan 1 orang perawat yang total menanganinya. Adapun alokasi waktu yang diperlukan

oleh masing-masing kategori pasien dalam pemberian kegiatan langsung oleh perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Lama waktu yang dibutuhkan pasien untuk pendidikan kesehatan dan memberikan informasi tentang pengobatan berdasarkan kategori

No	Keterangan	Kebutuhan waktu tiap shift		Jumlah
		Pendidikan kesehatan	Pengobatan	
I	Kategori mandiri	Asumsi 10 menit	Sekitar 10 menit	20 menit
II	Kategori minimal	5-10 menit	20-30 menit	40 menit
III	Kategori moderat	10-30 menit	30-60 menit	90 menit
IV	Kategori semi total	>30 menit (sekitar 50 menit)	>60 menit (perkiraan 80 menit)	130 menit
V	Kategori total	ICU	ICU	

Sumber : Swansburg dan Swansburg, 2002

Kategori tingkat ketergantungan pasien menurut Depkes (2005) meliputi :

- a. Asuhan keperawatan minimal, dengan kriteria :
 - 1) Kebersihan diri, mandi, dan ganti pakaian dilakukan sendiri
 - 2) Makan dan minum dilakukan sendiri
 - 3) Ambulasi dengan pengawasan
 - 4) Observasi tanda-tanda vital setiap *shift*
 - 5) Pengobatan minimal
 - 6) Status psikologis stabil
- b. Asuhan keperawatan sedang, dengan kriteria :
 - 1) Kebersihan diri dibantu
 - 2) Makan dan minum dibantu
 - 3) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
 - 4) Ambulasi dibantu
 - 5) Pengobatan lebih dari satu kali
- c. Asuhan keperawatan agak berat, dengan kriteria

- 1) Sebagian besar aktivitas dibantu
 - 2) Observasi tanda-tanda vital setiap 2-4 jam sekali
 - 3) Terpasang *folley cateter*
 - 4) *Intake* dan *output* dicatat
 - 5) Terpasang infuse
 - 6) Pengobatan lebih dari sekali
 - 7) Persiapan pengobatan memerlukan prosedur
- d. Asuhan keperawatan maksimal, dengan kriteria :
- 1) Segala aktivitas diberikan oleh perawat
 - 2) Posisi diatur
 - 3) Observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam
 - 4) Makan memerlukan NGT
 - 5) Terapi intravena
 - 6) Penggunaan *suction*
 - 7) Gelisah

Klasifikasi tingkat ketergantungan pasien berdasarkan teori Orem “*Self Care Deficit*” meliputi *minimal care*, *partial care*, dan *total care* (Asmuji, 2012).

Berikut ini penjelasan masing-masing kriteria :

- a. Pasien dengan *minimal care* dengan kriteria :
- 1) Pasien mandiri hampir tidak memerlukan bantuan:
 - a) Naik turun tempat tidur mandiri
 - b) Ambulasi dan berjalan sendiri
 - c) Makan dan minum sendiri
 - d) Mandi sendiri atau sebagian dengan bantuan
 - e) Mampu berpakaian dan berdandan dengan sedikit bantuan
 - 2) Status psikologis stabil
 - 3) Pasien dirawat untuk prosedur diagnostic
 - 4) Operasi ringan
- b. Pasien dengan *partial care* mempunyai kriteria
- 1) Pasien memerlukan bantuan perawat sebagian

- a) Naik turun tempat tidur dengan bantuan satu orang
 - b) Ambulasi dan berjalan butuh bantuan
 - c) Makan dan minum disuapi
 - d) Mandi butuh bantuan
 - e) Berpakaian dan berdandan dengan bantuan
 - f) BAK dan BAB butuh bantuan (di tempat tidur/kamar mandi)
- 2) Post operasi minor (24 jam)
 - 3) Melewati fase akut dari post operasi mayor
 - 4) Fase awal dari penyembuhan
 - 5) Observasi tanda vital setiap 4 jam
 - 6) Gangguan emosional ringan

c. *Total care* mempunyai kriteria :

- 1) Pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawatan yang lebih lama :
 - a) Butuh dua orang atau lebih untuk mobilisasi
 - b) Butuh latihan pasif
 - c) Kebutuhan nutrisi dan cairan lewat parenteral atau NGT
 - d) Dimandikan dan kebersihan mulut
 - e) Berpakaian dan berdandan dibantu sepenuhnya
 - f) Inkontinensia, terpasang kateter
- 2) 24 jam post operasi mayor
- 3) Pasien tidak sadar
- 4) Keadaan pasien tidak stabil
- 5) Observasi tanda vital kurang dari 4 jam
- 6) Perawat luka bakar
- 7) Perawatan kolostomi
- 8) Terpasang alat bantu nafas
- 9) Terpasang WSD
- 10) Irigasi kandung kemih terus menerus
- 11) Terpasang traksi
- 12) Fraktur atau pasca operasi tulang belakang/leher

13) Gangguan emosional berat, bingung, dan disorientasi

Semakin tinggi tingkat ketergantungan pasien menyebabkan semakin banyak tindakan perawatan yang harus diberikan perawat kepada pasien tersebut. Jumlah tindakan perawatan tersebut tentunya akan berdampak pada lamanya waktu perawatan.

2.5.3 Lama waktu tindakan

Tingkat ketergantungan pasien akan mempengaruhi berapa lama perawat berinteraksi dengan pasien. Semakin tinggi tingkat ketergantungan menyebabkan semakin banyak tindakan perawat. Akumulasi tindakan keperawatan pada pasien berdampak pada lama waktu yang harus dialokasikan perawat kepada pasien tersebut. Selain itu lebih banyak pasien yang harus ditangani perawat menyebabkan lebih besar beban kerja perawat tersebut (Finkler dan Kovner, 2000).

2.5.4 Kebutuhan tindakan perawatan pasien

Perawat dalam memberikan pelayanannya kepada pasien seringkali melibatkan keberadaan pasien. Namun ada kalanya perawat harus mengurus keperluan administratif tanpa perlu menghadirkan pasien. Williams, Harris, Stokes (2009) dalam risetnya tentang *Work Sampling : a quantitative analysis of nursing activity of nursing activity in neuro rehabilitation setting* menyebutkan aktivitas keperawatan meliputi 3 jenis tindakan, yaitu :

2.5.4.1 Tindakan perawatan langsung

Tindakan perawatan langsung melibatkan pasien untuk berinteraksi dalam pelayanan (Potter dan Perry, 2009). Perawat melakukan pengkajian, memelihara kesehatan fisik pasien, pemberian terapi terintegrasi, dukungan terhadap lingkungan, serta kehadiran perawat selama 24 jam (Williams, Harris, Stokes, 2009). Menurut Tambunan (2002) kegiatan langsung perawat meliputi :

- a. Pemeriksaan kondisi pasien
 - 1) Pemeriksaan pasien baru (anamnesa)
 - 2) Observasi keadaan umum pasien melalui ronde ruangan

- 3) Memeriksa keseimbangan cairan, seperti mengatur tetesan infuse
 - 4) Melakukan pemantauan nadi, suhu, frekuensi nafas, serta tekanan darah
- b. Tindakan dan prosedur seperti memberikan suntikan, memberikan obat, memberikan oksigen, melatih batuk efektif, melatih nafas dalam, memasang *nasopharyngeal tube*, *suction*, memberikan kompres hangat atau dingin, rawat luka, memperbaiki posisi tidur, memasang infuse, memasang kateter, mengambil spesimen pada pasien untuk keperluan lab, tranfusi darah, kubah lambung, EKG, membantu dokter memasang WSD, perawatan WSD, mengganti kolostomi, mempersiapkan pasien untuk operasi, merawat pasien yang meninggal.
- c. Nutrisi dan eliminasi
- 1) Memberikan makanan dan minuman peroral
 - 2) Memberikan makanan cair per NGT
 - 3) Membantu pasien BAB dan BAK
 - 4) Membantu pasien muntah
- d. Kebersihan lingkungan
- 1) Membersihkan tempat tidur pasien
 - 2) Mengganti baju pasien
 - 3) Memandikan pasien
 - 4) Membantu pasien membersihkan gigi dan mulut
 - 5) Menyisir rambut, mencuci, memotong kuku
- e. Transportasi pasien
- 1) Mempersiapkan dan mengantar pasien untuk konsultasi ke bagian lain
 - 2) Memindahkan pasien ke ruangan lain atau rumah sakit lain

2.5.4.2 Tindakan perawatan tidak langsung

Merupakan kegiatan keperawatan yang tidak melibatkan pasien secara langsung akan tetapi berfungsi sebagai penunjang pelayanan. Perawatan tidak langsung

seperti kegiatan membuat perencanaan keperawatan, konferensi kasus, ronde keperawatan dan koordinasi dengan tim kesehatan lain, menyiapkan peralatan seperti persiapan rawat luka atau menyiapkan obat pasien (Williams, Harris, Stokes, 2009).

2.5.4.3 Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan oleh perawat akan memberikan arahan kepada pasien tentang prosedur-prosedur yang bisa dilakukan oleh pasien saat pulang dari rumah sakit. Pendidikan kesehatan tiap-tiap pasien akan berbeda tergantung kasusnya, begitu juga dalam hal pendidikan pasien akan mempengaruhi seberapa jauh kualitas pendidikan kesehatan yang harus diberikan oleh perawat. Lama pemberian pendidikan kesehatan adalah bervariasi tergantung tingkat ketergantungan pasien (Swansburg dan Swansburg, 2002). Satu lembaga menemukan waktu yang diperlukan perawat untuk memberikan pengajaran dan dukungan psikologis adalah 14,5 menit (Gillies, 2000).

2.5.4.4 Kegiatan lainnya

Kegiatan ini meliputi kegiatan non produktif seperti mengobrol, menonton televisi, membaca koran atau buku, menerima telepon, menerima tamu. Kegiatan pribadi juga termasuk kategori kegiatan lainnya karena hanya berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pribadi seperti kebutuhan ke kamar mandi, makan, minum, sholat.

Perawat sebagai manajer ditingkat unit dituntut mampu mengelola proses manajemen asuhan yang diberikan kepada pasien. Pemilihan manajemen asuhan harus disesuaikan dengan ketersediaan perawat, tingkat ketergantungan pasien, serta kerumitan tugas yang harus diselesaikan perawat. Penggunaan manajemen asuhan keperawatan yang tepat akan memberikan pengaruh dalam pemanfaatan sumber daya manusia, fisk, serta penggunaan waktu. Metode asuhan juga menentukan sejauh mana perawat mempunyai otonomi dan mengembangkan pemikiran kritis dalam melakukan tindakan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada pasien.

2.5.5 Metode pemberian asuhan

Manajemen pemberian asuhan dengan menerapkan metode sesuai teori akan membantu perawat dalam mengatur waktu yang ada sehingga dapat tercipta penggunaan sumber daya yang efektif dan efisien. Terdapat 5 metode manajemen asuhan pasien yang terkenal yang bisa diaplikasikan di organisasi layanan kesehatan. Kelima model tersebut telah mengalami modifikasi saat ini sehingga sulit untuk menentukan metode versi original. Berikut ini berbagai metode asuhan keperawatan kepada pasien yang terkenal yaitu :

2.5.5.1 Metode asuhan total

Metode ini disebut juga metode kasus dan merupakan metode tertua (Yoder-Wise, 2011). Metode ini populer pada abad 19 yang dikenal juga sebagai metode penugasan. Metode mengharuskan perawat mengemban tanggung jawab total untuk memenuhi kebutuhan pasien selama jam kerja. Metode asuhan ini memberikan otonomi dan tanggung jawab yang tinggi pada diri perawat. Tugas yang diemban tidak membutuhkan sebuah perencanaan. Pasien setiap shift ditangani oleh seorang perawat dan pada pergantian shift akan ditangani oleh perawat yang berbeda (Marquis&Huston, 2012).

Kelemahan metode ini adalah memungkinkan penanganan asuhan keperawatan yang berbeda dari ketiga perawat yang menanganinya sehingga pasien bisa mengalami kebingungan. Selain itu perawat yang menangani pasien harus mempunyai kualifikasi yang seimbang di setiap shift sehingga memungkinkan keberlangsungan penanganan (Yoder-Wise, 2011). Metode ini tidaklah murah karena memerlukan perawat yang sudah mempunyai kualifikasi jika sebuah organisasi berpikir akan kualitas (Marquis dan Houston, 2010). Keuntungan menggunakan metode kasus adalah bahwa beberapa perawat merasakan kepuasan karena tidak adanya delegasi tugas dari perawat yang lain karena masing-masing mempunyai tugas yang sama sehingga tidak memerlukan supervisi dari lainnya (Tiedeman dan Lookinland, 2011).

2.5.5.2 Metode fungsional

Metode fungsional berkembang pada masa perang dunia II, dimana pada saat itu kebutuhan akan pelayanan keperawatan sangat tinggi. Metode ini memungkinkan pasien ditangani oleh beberapa perawat dengan tugas yang berbeda-beda yang dipimpin oleh satu orang perawat. Setiap perawat diberikan satu atau beberapa tugas yang berbeda dengan perawat lain (Arwani, 2006). Manajemen fungsional tidak berorientasi pada keseluruhan hasil akhir yang memuaskan pasien karena dikerjakan oleh perawat yang berbeda-beda. Keperawatan fungsional dapat menimbulkan kepuasan kerja yang rendah bagi perawat yang bersangkutan karena perawat hanya mahir melakukan pekerjaan tertentu dan menghambat perawat untuk berpikir kritis.

Keuntungan menggunakan metode ini adalah efisiensi waktu sehingga tugas cepat selesai karena telah dibebankan pada masing-masing perawat yang berbeda. Perawat hanya perlu mahir melakukan tugas yang telah diberikan padanya. Metode fungsional juga tidak membutuhkan perawat RN dalam jumlah yang banyak karena perawat RN berfungsi sebagai pemimpin dan dibantu oleh perawat lain dengan kualifikasi yang lebih rendah sebagai anggota tim. Kelemahan metode ini adalah perawat menjadi kurang sensitive dengan rangkaian proses keperawatan karena asuhan yang terfragmen-fragmen dan mengabaikan kebutuhan prioritas pasien. Perawat terkesan hanya bertanggung jawab atas tugas yang diembannya sehingga kalau sudah selesai tidak peduli pada pekerjaan lain (Marquis dan Houston, 2010).

Metode ini memang memungkinkan tugas cepat selesai akan tetapi pasien bukanlah sebuah benda mati yang tinggal menunggu pemberian. Pasien akan menilai semua proses pelayanan secara detail sehingga kepuasan bukan terletak pada selesainya suatu tindakan yang terfragmen-fragmen tetapi terletak pada rangkaian proses yang dikemas dalam hubungan interpersonal yang baik (Huber,

2000). Metode ini sesuai digunakan pada ruang emergency dan situasi bencana darurat (Yoder-Wise, 2011).

2.5.5.3 Metode tim

Metode tim adalah sekumpulan perawat yang melakukan kerjasama dalam satu tim dalam memberikan asuhan pada sekelompok pasien dibawah arahan perawat professional (Huber, 2000). Perawat professional bertindak sebagai ketua tim bertugas membantu anggota tim yang terdiri dari perawat pelaksana, memberikan asuhan langsung kepada pasien, penyuluhan, serta koordinasi terkait aktivitas pasien (Sitorus dan Yulia, 2006).

Metode tim memungkinkan perawat pelaksana mengembangkan kemampuan yang mereka miliki karena anggota kelompok diberikan otonomi sebanyak mungkin. Hanya saja perlunya kemampuan komunikasi dan koordinasi yang baik serta disiplin diri dari masing-masing anggota.

Keuntungan menggunakan metode tim jika dibandingkan metode fungsional adalah meningkatnya kepuasan pasien, adanya wewenang pengambilan keputusan pada level yang rendah, serta efektivitas biaya pada sebuah organisasi sebagai dampak dari perbandingan antara perawat yang belum terlisensi dengan yang sudah terlisensi. Kelemahannya adalah perlunya seorang ketua tim yang mempunyai kemampuan komunikasi yang bagus, delegasi, kemampuan menangani konflik, mempunyai ketrampilan klinis, serta mempunyai kemampuan dalam mengambil keputusan. Ketua tim harus sensitive dengan kondisi pasien serta perhatian terhadap kondisi anggota timnya dalam memberikan perawatan langsung (Moore, 2004).

2.5.5.4 Manajemen primer

Metode keperawatan primer muncul pada tahun 1960 yang menggunakan beberapa konsep dari manajemen total. Metode ini memerlukan seorang perawat yang mempunyai keahlian dan bertanggung jawab selama 24 jam terhadap kondisi pasien yang ditanganinya. Saat perawat primer tidak berada di rumah sakit,

perawat pelaksana memberikan asuhan yang sudah disusun oleh perawat primer (Sitorus dan Yulia, 2006).

Kelebihan metode ini adalah pasien dapat terlayani dengan asuhan bermutu tinggi. Bagi perawat sendiri akan tercapai kepuasan kerja tinggi karena dapat mengembangkan ketrampilan dalam pemberian asuhan keperawatan. Meskipun tercapai kepuasan kerja yang tinggi pada diri perawat metode ini sulit diterapkan karena membutuhkan perawat yang mempunyai kemampuan bagus karena harus mengemban tanggung jawab yang tinggi (Marquis dan Houston, 2012).

Meskipun metode perawat primer membutuhkan lebih banyak staf yang profesional, bukan berarti membutuhkan banyak biaya. Perawatan yang dikelola oleh perawat profesional akan mengurangi peluang terjadinya penundaan terapi karena mempunyai otonomi dan wewenang penuh, memperbaiki kolaborasi, serta membangun hubungan klien dengan perawat (Marquis dan Houston, 2012).

2.5.5.5 Manajemen Kasus

Model ini mulai diperkenalkan pada tahun 1900 oleh para pekerja sosial dan perawat komunitas. Manajemen kasus keperawatan menekankan pada penggunaan biaya yang seefektif mungkin namun tetap menjaga kualitas pelayanan (Potter&Perry, 2009). Pemberi pelayanan tidak hanya dari perawat tapi juga dari berbagai instansi kesehatan lain yang bekerja bersama-sama melayani kebutuhan pasien. Keunikan metode ini adalah petugas kesehatan menjadi sebagai bagian dari kelompok kolaborasi yang melihat pasien pada kasus tertentu dengan memperhitungkan kualitas manajemen serta efisiensi biaya.

Perawat sebagai manajer dituntut untuk mampu menjaga kualitas pelayanan dan memastikan biaya perawatan seefektif mungkin karena berkaitan dengan ketentuan diagnose *diagnosis related group* (DRG). Selain itu perawat dalam model ini juga dituntut untuk mampu berkomunikasi dan bekerja sama dengan tim lainnya (Marquis&Huston, 2012).

2.5.6 Penghitungan Beban Kerja

Penghitungan beban kerja tenaga dapat dilakukan dengan 3 tehnik, yaitu :

2.5.6.1 *Time and motion study*

Penelitian dengan tehnik *time and motion study* dapat digunakan untuk mengevaluasi tingkat kualitas suatu pelatihan atau pendidikan bersertifikat keahlian. Tehnik ini menghitung secara kualitas kegiatan yang dilakukan tenaga perawat. Pengamat mengikuti dan melakukan pengamatan secara cermat tentang kegiatan yang dilakukan seorang tenaga sehingga akan memperoleh sejauh mana kualitas kerja dan berapa lama waktu yang diperlukan untuk melakukan suatu kegiatan (Ilyas, 2011).

Observer yang mengamati diharapkan mempunyai kualifikasi yang baik karena akan menilai kualitas kegiatan yang akan diamati. Jika tidak tentunya hasil penilaian akan berbeda. Perawat yang akan diobservasi juga sudah mempunyai kualifikasi perawat mahir sehingga idealnya satu observer mengamati satu subyek perawat untuk diamati dan sebagai konsekuensinya jumlah sampel dalam pengamatan ini tidak bisa banyak. Penentuan sampel dilakukan dengan tehnik *purposive sampling* (Ilyas, 2011).

2.5.6.2 *Work sampling*

Tehnik ini pertama kali digunakan pertama kali oleh Tippett pada tahun 1935 untuk memperoleh gambaran tentang perindustrian tekstile di Inggris. Pada perkembangannya metode ini secara luas dipakai dalam dunia kesehatan terutama sebuah organisasi untuk mengetahui beban kerja yang ada (Amp, Westbrook, Creswick, Mallock, 2007).

Tehnik work sampling merupakan variasi *time and motion study* (Swansburg dan Swansburg, 2002). Pada tehnik *work sampling* terdapat observer yang melakukan

pengamatan terhadap kegiatan yang dilakukan perawat. Kegiatan yang diamati oleh observer meliputi :

- a. Kegiatan yang dilakukan oleh perawat saat jam kerja
- b. Keterkaitan kegiatan yang dilakukan perawat apakah sesuai dengan tugas dan fungsinya
- c. Proporsi waktu yang digunakan oleh perawat antara kegiatan langsung, tidak langsung, dan pendidikan kesehatan

Langkah-langkah dalam tehnik *work sampling* adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti menentukan perawat yang akan diamati kegiatannya.
- b. Penentuan jumlah perawat yang akan diamati. Jika jumlahnya sangat banyak peneliti perlu melakukan penghitungan sampel.
- c. Peneliti membuat formulir yang berisi daftar kegiatan yang dikategorikan menjadi kegiatan langsung, tidak langsung yang berkaitan dengan fungsi keperawatan.
- d. Peneliti memberikan pelatihan terhadap tenaga pelaksana untuk membantu pengamatan karena tidak mungkin pengamatan akan dilakukan sendiri. setiap tenaga pelaksana mengamati 5-8 perawat yang sedang bertugas saat itu.
- e. Pengamatan aktivitas perawat dilakukan selama 2 - 15 menit tergantung karakteristik pekerjaan. Semakin banyak jenis kegiatan yang diamati semakin pendek waktu pengamatan. Semakin pendek durasi pengamatan setiap kegiatan akan semakin banyak sampel kegiatan yang diamati sehingga penelitian menjadi lebih akurat.

Kegiatan pengamatan akan berlangsung selama 24 jam sehingga setiap shift membutuhkan tenaga pelaksana yang banyak. Pengamatan bisa dilaksanakan antara 5-8 hari berdasarkan Ilyas (2011) serta hasil penelitian yang dilakukan oleh Westbrook dkk pada tahun 2005 dan 2006 dan dilakukan penelitian ulang pada tahun 2008 di sejumlah rumah sakit Sydney. Waktu pengamatan dapat dilakukan dalam rentang 5-15 menit. Semakin pendek waktu pengamatan akan semakin banyak kegiatan yang diamati (Ilyas, 2011).

2.5.6.3 *Daily Log*

Tehnik ini menekankan pada kejujuran individu perawat untuk mencatat sendiri semua kegiatan yang dilakukannya selama jam kerja. Tehnik ini menurut para ahli lebih mudah dan murah jika dibandingkan dengan tehnik sebelumnya hanya saja menuntut kejujuran perawat saat menuliskannya. Pendekatan dengan tehnik *Daily Log* dengan memberikan instrument untuk diisi oleh perawat terkait jenis kegiatan, waktu, dan lama kegiatan mulai awal shift sampai jam shift berakhir. Kelemahan dari metode ini adalah resiko terjadinya manipulasi dalam pelaporan karena ketidakjujuran perawat sehingga bisa berimbas pada hasil akhir (Ilyas, 2011).

Jumlah pasien dengan tingkat ketergantungan yang beragam pada suatu ruangan membutuhkan kesesuaian tenaga yang memadai. Aiken et al (2010) menyatakan bahwa beban kerja tinggi pada diri perawat dapat menyebabkan peningkatan angka kematian, kejenuhan, serta ketidakpuasan dalam bekerja. Oleh karena perlu penghitungan tenaga perawat sehingga dapat menemukan rasio yang tepat antara perawat dan pasien dengan harapan tercipta pelayanan efektif dan efisien yang berkualitas.

2.5.7 Analisa Kebutuhan Perawat

Penghitungan kebutuhan tenaga perawat dipengaruhi oleh beberapa komponen yang meliputi : tingkat BOR, sensus harian, produktivitas, jumlah tempat tidur, jam kerja, jumlah hari libur (Ilyas, 2011). Berbagai formula yang bisa digunakan untuk menghitung kebutuhan tenaga perawat dikemukakan di bawah ini :

2.5.7.1 Formula *Gillies*

$$\text{Tenaga Perawat (TP)} = \frac{A \times B \times 365}{(365 - C) \times \text{jam kerja/hari}}$$

Keterangan :

A = jam perawatan yang diperlukan pasien selama 24 jam

B = sensus harian (BOR x jumlah tempat tidur)

C = jumlah hari libur dalam setahun

365 adalah jumlah hari kerja setahun

Jam kerja per hari selama 6 jam

2.5.9.2 Formula Ilyas

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{A \times B \times 365}{255 \times \text{jam kerja/hari}}$$

Keterangan :

A = jam perawatan/24 jam

B = sensus harian (BOR x jumlah tempat tidur)

365 = jumlah hari kerja selama setahun

255 = hari kerja efektif perawat/tahun diperoleh dari (365- (12 hari libur nasional+ hari libur cuti tahunan) x $\frac{3}{4}$)

Indeks $\frac{3}{4}$ merupakan hasil identifikasi karakteristik jadwal perawat di rumah sakit pemerintah Indonesia. Indeks tersebut mempunyai arti dari 4 hari kerja efektif, perawat mendapat libur satu hari.

2.5.9.3 Formula Rasio

Formula ini dikembangkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan dasar Permenkes No. 262/Menkes/Per/VII/1979. Formula ini dapat digunakan pada kondisi dimana kemampuan dan sumber daya dalam perencanaan terbatas serta jenis, tipe, dan volume pelayanan kesehatan yang relative stabil (Ilyas, 2011). Berikut ini adalah rasio tempat tidur dengan personilnya :

Tabel 2.2 Standar Sumber Daya Manusia Kesehatan di Rumah Sakit berdasarkan Permenkes No. 262/Menkes/Per/VII/1979.

Tipe RS	TM/TT	TPP/TT	TNPP/TT	TNONP/TT
A dan B	1/(4-7)	(3-4)/2	1/3	1/1
C	1/9	1/1	1/5	¾
D	1/15	½	1/6	2/3

Sumber : Depkes, 2010

2.5.9.4 Metode Lokakarya Keperawatan

Metode perhitungan tenaga perawat pelaksana menurut Lokakarya Keperawatan 1989 didasarkan pada jumlah jam perawatan perhari yang diperlukan oleh pasien, tingkat BOR, jumlah tempat tidur, rata-rata pasien perhari, jumlah pasien efektif, serta jumlah jam kerja perawat perhari.

$$\text{Tenaga perawat} = \frac{\{A \times 52 \times 7 (TT \times BOR)\} + 25\%}{41 \text{ minggu} \times 40 \text{ jam}}$$

Keterangan :

A = jumlah jam perawatan per hari

BOR = *Bed Occupation Rate*

2.5.9.5 Kebutuhan tenaga perawat berdasarkan tingkat ketergantungan pasien (Depkes 2005)

Pasien diklasifikasikan dalam beberapa kategori yang didasarkan pada kebutuhan terhadap asuhan keperawatan meliputi:

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

Menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan harus mengetahui jumlah jam perawatan diruangan dibagi jam efektif perawat. Penghitungan jumlah tersebut perlu memperhatikan faktor koreksi dengan *loss day* dan kegiatan *non nursing job*.

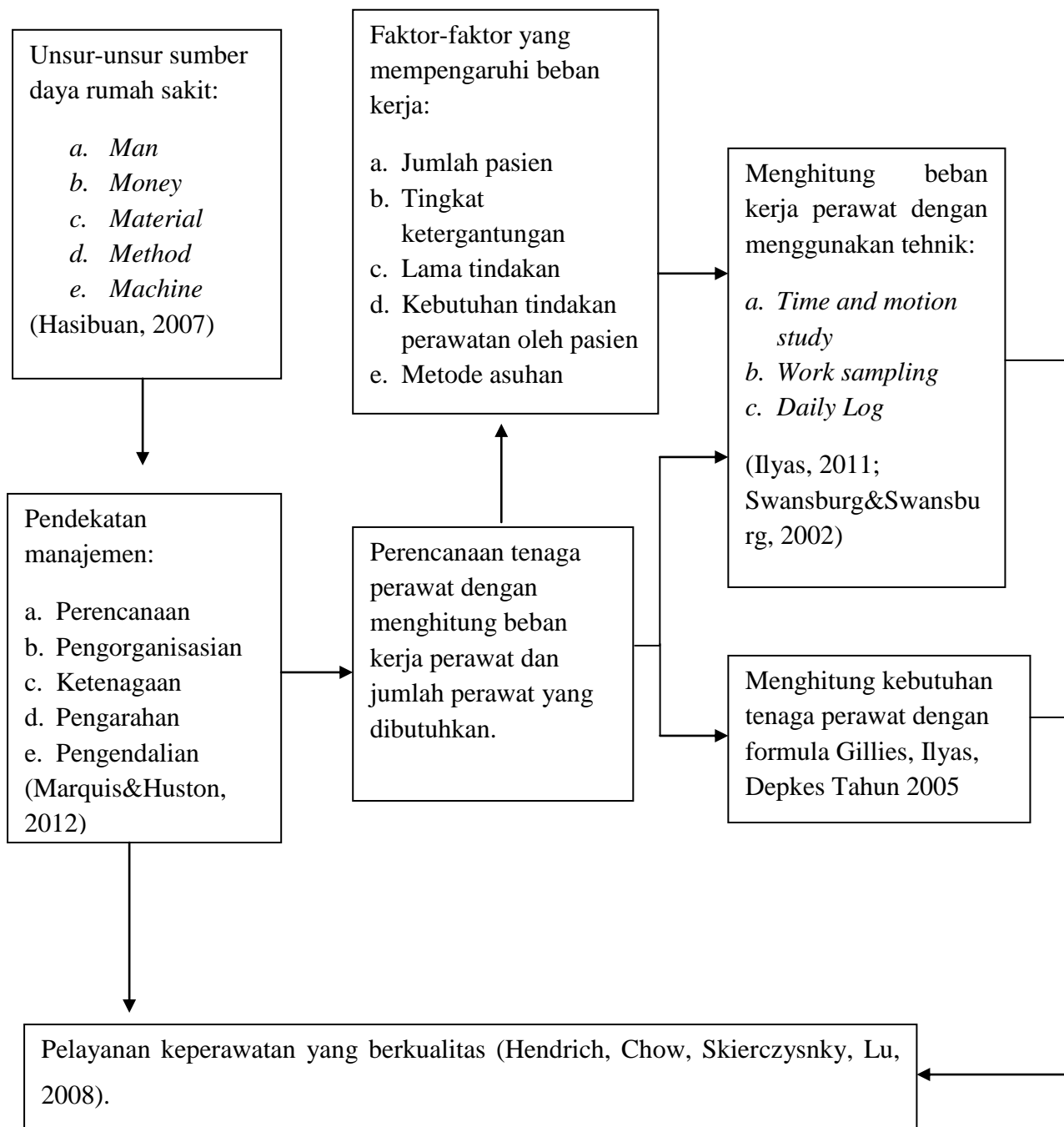
$$\frac{\text{Hari Minggu dalam setahun} + \text{cuti} + \text{hari besar} \times \text{loss day (12,5)}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}}$$

Kegiatan non keperawatan seperti membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, mencuci piring saat jam kerja diperkirakan menghabiskan waktu sebanyak 25% dari jam pelayanan keperawatan.

$$\frac{\text{Jumlah tenaga perawat} + \text{loss day} \times 25}{100}$$

KERANGKA TEORI

Kerangka teori dapat dilihat pada skema 2.1



BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Bidang manajemen keperawatan mempunyai wewenang dalam menentukan jumlah kebutuhan tenaga perawat. Pihak manajemen harus menyadari bahwa penentuan jumlah kebutuhan perawat mempunyai keterkaitan dengan sejumlah pekerjaan yang harus dilakukan oleh perawat dalam suatu unit. Sejumlah pekerjaan tersebut akan dihitung sebagai beban kerja perawat. Beban kerja perawat dipengaruhi oleh jumlah pasien dalam suatu unit, tingkat ketergantungan pasien, jenis tindakan yang diberikan perawat berdasar ketergantungan pasien, lama tindakan perawat yang tentunya juga berkaitan dengan jenis ketergantungan pasien, serta metode asuhan keperawatan yang digunakan. Penghitungan beban kerja mempunyai keterkaitan erat dengan aktivitas di suatu unit. Aktivitas perawat di ruangan dapat dikategorikan menjadi :

3.1.1 Aktivitas keperawatan langsung

Tindakan perawatan langsung melibatkan keikutsertaan pasien dalam pelayanan. Perawat melakukan pengkajian memelihara kesehatan fisik pasien, pemberian terapi terintegrasi, komunikasi langsung dengan pasien terkait kebutuhan fisik, psikologi, dan spiritual pasien.

3.1.2 Aktivitas keperawatan tidak langsung

Merupakan kegiatan keperawatan yang tidak melibatkan pasien secara langsung akan tetapi berfungsi sebagai penunjang pelayanan. Perawatan tidak langsung seperti kegiatan membuat perencanaan keperawatan, konferensi kasus, ronde keperawatan dan koordinasi dengan tim kesehatan lain, menyiapkan peralatan seperti persiapan rawat luka atau menyiapkan obat pasien.

3.1.3 Aktivitas pendidikan kesehatan

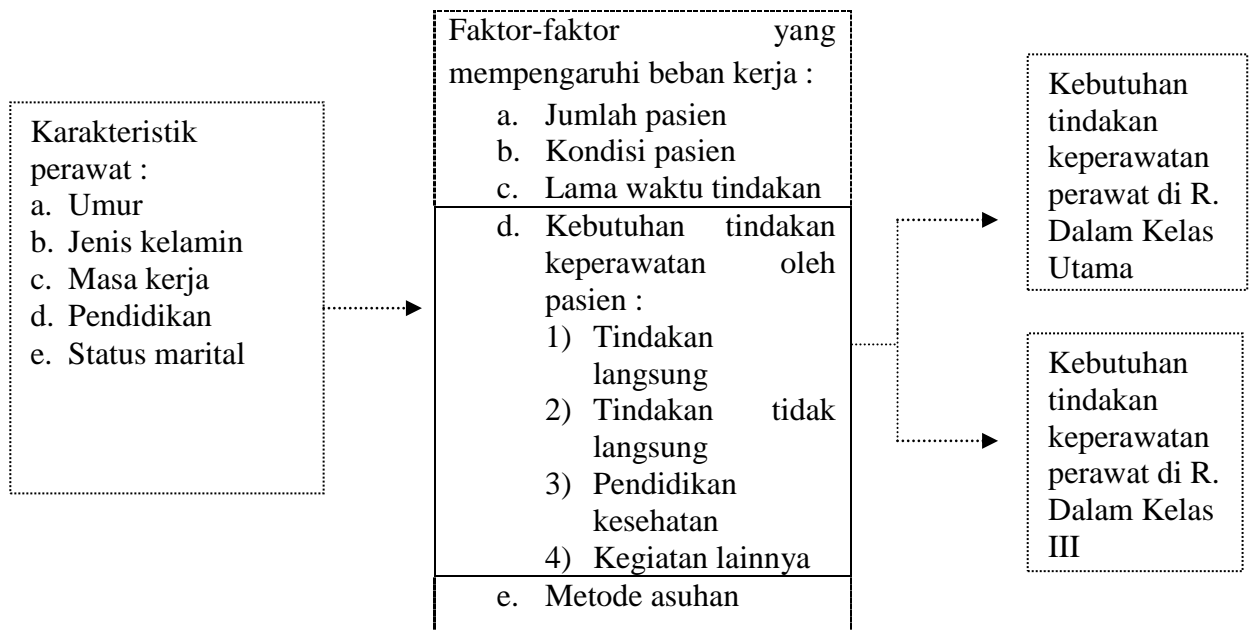
Pendidikan kesehatan oleh perawat akan memberikan arahan kepada pasien tentang prosedur-prosedur yang bisa dilakukan oleh pasien saat pulang dari rumah sakit. Pendidikan kesehatan tiap-tiap pasien akan berbeda tergantung kasusnya, begitu juga dalam hal pendidikan pasien akan mempengaruhi seberapa jauh kualitas pendidikan kesehatan yang harus diberikan oleh perawat. Lama pemberian pendidikan kesehatan adalah bervariasi tergantung tingkat ketergantungan pasien.

3.1.4 Aktivitas lainnya

Kegiatan keperawatan yang tidak berkaitan dengan pelayanan kepada pasien meliputi kegiatan pribadi seperti kebutuhan ke kamar mandi, makan, minum dan kegiatan non produktif seperti berbicara dengan rekan selain masalah pasien, mengobrol tidak terkait pekerjaan, serta menerima telepon.

Pengamatan dilakukan dengan pendekatan *work sampling* yang dimulai dari jam 07.00 pagi sampai jam 07.00 pagi berikutnya di masing-masing ruangan tempat penelitian. Pengamatan dilakukan dengan mengamati aktivitas yang dilakukan oleh perawat setiap shift dengan metode *work sampling*.

Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian



keterangan : diteliti
 tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H₀ : ada perbedaan beban kerja antara Ruang rawat inap kelas Utama dengan Ruang Dalam Kelas III

H₁ : tidak terdapat perbedaan beban kerja antara Ruang rawat inap kelas Utama dengan Ruang Dalam Kelas III

3.3 Definisi operasional

Definisi operasional berguna untuk menyamakan pemahaman terkait variabel yang menjadi obyek dalam penelitian. Definisi operasional masing-masing variabel adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara pengukuran	Hasil ukur	Skala
Kegiatan asuhan keperawatan ke pasien	Kegiatan yang dilakukan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien yang meliputi kegiatan langsung, kegiatan tidak langsung, dan pendidikan kesehatan	Alat ukur: lembar observasi kegiatan perawat, stopwatch Cara pengukuran: menghitung jumlah waktu yang diperlukan perawat dalam melakukan kegiatan langsung, tidak langsung, dan pendidikan kesehatan setiap 15 menit	Jumlah dalam menit	Rasio
a. Kegiatan langsung	Jumlah waktu yang dibutuhkan perawat dalam memberikan kegiatan perawatan yang melibatkan interaksi antara perawat dan pasien seperti memasang infuse, memberikan obat, memasang kanul oksigen.	Alat ukur: lembar observasi kegiatan perawat, stopwatch Cara pengukuran: menghitung jumlah waktu yang diperlukan perawat dalam melakukan kegiatan langsung setiap 15 menit	Jumlah dalam menit	Rasio
b. Kegiatan langsung tidak	Jumlah waktu yang dibutuhkan perawat dalam memberikan kegiatan perawatan terkait pasien namun tidak melibatkan interaksi antara perawat dan pasien, seperti konsultasi ke dokter, menyiapkan obat, dokumentasi.	Alat ukur: lembar observasi kegiatan perawat, stopwatch Cara pengukuran: menghitung jumlah waktu yang diperlukan perawat dalam melakukan kegiatan tidak langsung setiap 15 menit	Jumlah dalam menit	Rasio
c. Pendidikan kesehatan	Jumlah jam yang diperlukan perawat dalam memberikan penjelasan terkait kondisi pasien baik berupa kondisi penyakitnya, prosedur yang akan diterima, cara menggunakan suntikan insulin	Alat ukur: lembar observasi kegiatan perawat, stopwatch Cara pengukuran: menghitung jumlah waktu yang diperlukan perawat	Jumlah dalam menit	Rasio

			dalam melakukan pendidikan kesehatan setiap 15 menit		
Kegiatan non asuhan keperawatan ke pasien		Kegiatan perawat yang tidak terkait pelayanan kepada pasien meliputi kegiatan pribadi dan non produktif	Alat ukur: lembar observasi kegiatan perawat, stopwatch	Jumlah dalam menit	Rasio
			Cara pengukuran: menghitung jumlah waktu yang diperlukan perawat dalam melakukan kegiatan pribadi dan non produktif setiap 15 menit		
a. Kegiatan pribadi		Jumlah waktu yang dihabiskan perawat untuk melakukan kegiatan untuk memenuhi kebutuhan ADL dan tidak terkait dengan kegiatan perawatan terhadap pasien, contohnya makan minum, ke kamar mandi, ganti baju dinas, sholat.	Alat ukur: lembar observasi kegiatan perawat, stopwatch	Jumlah dalam menit	Rasio
			Cara pengukuran: menghitung jumlah waktu yang diperlukan perawat dalam melakukan kegiatan pribadi dan non produktif setiap 15 menit		
b. Kegiatan produktif	non	Jumlah waktu yang dihabiskan perawat untuk melakukan kegiatan yang tidak terkait kegiatan perawatan terhadap pasien, contoh kegiatan non produktif seperti mengobrol, pergi belanja, tidur, nonton TV.	Alat ukur: lembar observasi kegiatan perawat, stopwatch		
			Cara pengukuran: menghitung jumlah waktu yang diperlukan perawat dalam melakukan kegiatan pribadi dan non produktif setiap 15 menit		
Beban kerja		Jumlah akumulasi waktu untuk melakukan semua kegiatan langsung, tidak langsung, dan pendidikan kesehatan dalam sebuah ruangan di rumah sakit	Alat ukur: lembar observasi kegiatan perawat, stopwatch	Jumlah dalam menit	Rasio
			Cara pengukuran: menghitung jumlah waktu yang		

diperlukan perawat dalam melakukan kegiatan langsung tidak langsung, dan pendidikan kesehatan di masing-masing ruangan

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif komparatif dengan menggunakan pendekatan metode *work sampling* yang bertujuan untuk mengamati semua kegiatan perawat dalam sebuah unit selama 24 jam. Kegiatan perawat yang diamati meliputi asuhan keperawatan ke pasien meliputi kegiatan langsung, kegiatan tidak langsung, pendidikan kesehatan, dan kegiatan non asuhan keperawatan yang meliputi kegiatan non produktif dan kegiatan pribadi .

4.2 Populasi dan sampel

Populasi adalah keseluruhan obyek atau subyek yang menjadi pusat penelitian (Arikunto, 2002). Populasi sampel dalam penelitian ini adalah semua kegiatan perawat di setiap shift pada masing-masing Ruang Kelas III dan Ruang Kelas Utama yang diamati secara *accidental* pada saat pengamatan. Setelah dilakukan pengamatan diperoleh 1311 sampel kegiatan selama 6 hari pada dua ruang tempat observasi. Meskipun yang diamati kegiatan perawat namun perawat sebagai subyek yang melakukan kegiatan harus memenuhi kriteria inklusi. Adapun kriteria inklusi perawat yang diobservasi dalam penelitian ini adalah:

- a. Bertugas sebagai perawat pelaksana
- b. Bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian
- c. Mempunyai latar belakang minimal D3 Keperawatan
- d. Tidak sedang masa orientasi kerja di ruangan yang akan diteliti,
- e. Tidak sedang cuti hamil/melahirkan/cuti tahunan
- f. Tidak sedang mengikuti pelatihan

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah: perawat yang tiba-tiba sakit sehingga tidak masuk saat akan dilakukan pengamatan, perawat yang tiba-tiba dipindah ruangan serta sedang libur.

Waktu pengamatan dapat dilakukan dalam rentang 5-8 hari (Yaslis, 2011). Penelitian sebelumnya dengan tehnik yang sama pernah dilakukan oleh Susanto (2002) juga melakukan selama 6 hari kerja, Robot (2009) selama 5 hari, serta Stevanie (2012) melakukan pengamatan selama 6 hari kerja. Peneliti memutuskan untuk melakukan penelitian selama 6 hari kerja yaitu hari Senin sampai dengan hari Sabtu.

Jumlah perawat yang diamati kegiatannya tiap shift dilakukan dengan *purposive sampling*, dimana untuk kelas utama pengamatan dilakukan pada perawat pelaksana yang masuk pada setiap shift, sedangkan untuk kelas III jumlah perawat yang diamati setiap shift nya disamakan dengan kelas Utama untuk memudahkan dalam melakukan perbandingan. Jumlah perawat di kelas Utama yang menjadi subyek pengamatan adalah sejumlah 12 orang, sedangkan di kelas III sejumlah 25 orang. Perawat kelas Utama yang memenuhi kriteria inklusi adalah 11 orang, sedangkan di kelas III 20 orang.

Jumlah perawat yang bertugas pada shift pagi di kelas III rata-rata 8 orang sehingga diambil secara random sejumlah 4 orang, kemudian dari 4 orang tersebut dipilih lagi secara random untuk menentukan urutan pengamatan tanpa diketahui oleh perawat. Selama pengamatan terdapat 4 orang perawat yang drop out karena tidak terpilih dalam pengocokan.

Pengukuran beban kerja dilakukan dengan mengamati kegiatan perawat selama 24 jam dengan tehnik *work sampling*, yaitu mengamati kegiatan perawat setiap 15 menit dari awal shift sampai dengan perawat pulang. Pada shift pagi di kelas III shift pagi dimulai dari jam 07.30-14.30, shift sore mulai jam 14.30-20.00, dan shift malam mulai jam 20.00-07.30. Kondisi berbeda di kelas Utama shift pagi mulai jam 07.00-14.00, shift sore mulai jam 14.00-20.00, sedangkan shift malam mulai jam 20.00-07.00.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Gambiran Kota Kediri karena di rumah sakit tersebut belum pernah dilakukan pengukuran beban kerja oleh pihak manajemen, sehingga sangat berguna untuk mengetahui seberapa besar beban kerja perawat dan penyesuaian kebutuhan tenaga perawat. Selain itu dari hasil residensi diperoleh bahwa perawat merasakan kejenuhan dan beban kerja yang tinggi sehingga produktivitas menurun.

Penelitian dilakukan pada dua ruangan yang berbeda yaitu Ruang Sedap Malam yang merupakan Ruang rawat inap penyakit dalam Kelas III dan Ruang Mawar merupakan Ruang rawat inap penyakit dalam Kelas Utama. Kedua ruangan tersebut mempunyai tingkat BOR diatas 84% sehingga bisa mewakili ruangan lain sebagai tempat penelitian. Peneliti juga tertarik melakukan penelitian terkait beban kerja sehingga dapat digunakan sebagai data awal oleh pihak rumah sakit dalam melihat perbedaan aktivitas perawat selama di kedua ruangan tersebut.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai pada tanggal 12 Nopember sampai dengan 8 Desember 2012.

4.5 Etika Penelitian

Penelitian dalam keperawatan tidak hanya menonjolkan segi pengetahuan saja tapi juga menitikberatkan pada nilai kejujuran (Grove dan Burns, 2009). Etika dalam penelitian merujuk pada penggunaan nilai-nilai etis dalam menjalankan proses penelitian, mulai dari pembuatan proposal sampai dengan publikasi hasil penelitian (Notoadmojo, 2010). Prinsip- prinsip yang harus dipegang oleh seorang peneliti meliputi :

4.5.1 Menghormati harkat dan martabat manusia

Penelitian yang akan dilakukan memerlukan *informed consent* dari perawat yang akan diamati akivitasnya selama jam kerja. *Informed consent* akan disampaikan

sebelum dimulai penelitian dan saat pengamatan dimulai perawat yang telah menyetujui untuk diamati aktivitasnya tidak akan dimintai *informed consent* dengan harapan untuk menjaga keabsahan data. Namun jika sebelum penelitian perawat menolak untuk menandatangani *informed consent*, maka peneliti tidak menyertakan perawat dalam penelitiannya karena merupakan hak perawat untuk menolak berpartisipasi dalam penelitian. Perawat yang diamati aktivitasnya akan diberi kode untuk memudahkan peneliti supaya tidak terjadi tumpang tindih serta merahasiakan subyek yang bersangkutan.

4.5.2 Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian

Perawat yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian tidak akan disebarluaskan kepada umum dan hanya ditulis dalam bentuk kode yang hanya diketahui oleh peneliti di lembar observasi. Data yang diperoleh murni untuk kegiatan penelitian saja dan lembar observasi akan dihancurkan oleh peneliti setelah dirasa tidak dibutuhkan lagi.

4.5.3 Keadilan dan keterbukaan

Perawat berhak untuk ikut ataupun tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian. Perawat di masing-masing ruangan mempunyai kesempatan yang sama untuk diamati aktivitasnya. Peneliti dalam melakukan penelitiannya akan selalu terbuka dalam proses pelaksanaan penelitian. Peneliti akan memberikan penjelasan kepada perawat sebelum melakukan penelitian terkait proses pelaksanaan penelitian di kedua ruangan yaitu Ruang Dalam Kelas Utama dan Ruang Dalam Kelas III dengan lembar penjelasan penelitian serta memberikan jawaban jika ada pertanyaan dari perawat terkait penelitian.

4.5.4 Mempertimbangkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan

Penelitian ini memberikan keuntungan bagi pihak rumah sakit karena bisa menjadi kajian awal dalam menghitung beban perawat di ruangan. Penelitian yang dilakukan didasarkan pada ilmu pengetahuan yang sudah ada baik dari buku maupun jurnal penelitian sejenis.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan oleh peneliti adalah lembar observasi untuk mengamati kegiatan perawat apakah termasuk kegiatan asuhan keperawatan atau non asuhan keperawatan serta durasi waktu berlangsungnya masing-masing kegiatan. Lembar observasi berisikan kode perawat yang diamati, kode observer, tanggal pengamatan, ruangan yang diamati, serta shift berlangsung. Lembar observasi merupakan formulir *work sampling* yang didalamnya terdapat pencatatan kegiatan perawat dan lama kegiatan tersebut berlangsung. Formulir tersebut telah banyak dipakai pada penelitian sebelumnya namun telah dimodifikasi oleh peneliti. Format lembar observasi dapat dilihat di lampiran. alat pengumpul data yang lain adalah stopwatch untuk menghitung lama kegiatan perawat.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dimulai dengan pengajuan kelayakan uji etik kepada komite etik FIK UI setelah lulus dari uji proposal. Setelah lolos dari uji etik, peneliti mengajukan surat persetujuan penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan sepengetahuan dari pembimbing dan KPS FIK-UI pascasarjana untuk disampaikan kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Gombak Kota Kediri dengan tembusan kepada Kepala Bidang Keperawatan dan Diklat Keperawatan.

Setelah peneliti mendapatkan ijin dari Direktur Rumah Sakit, peneliti berkoordinasi dengan kepala ruangan Ruang rawat inap kelas Utama dan Ruang rawat inap kelas III yang menjadi tempat penelitian dan memberikan penjelasan terkait proses penelitian yang dilakukan. Sebelum berlanjut ke penelitian, peneliti meminta *informed consent* kepada para perawat di masing-masing ruangan.

Peneliti melibatkan tenaga dari luar rumah sakit sebagai observer untuk membantu dalam pelaksanaan pengamatan yang akan dilakukan selama 6 hari di dua ruang yang berbeda. Jumlah observer pembantu adalah 2 orang, sehingga total observer adalah 3 orang termasuk peneliti. Pengambilan observer di luar rumah sakit dimaksudkan untuk menghilangkan kepentingan internal supaya tidak

mempengaruhi hasil penelitian. Kriteria observer yang dilibatkan dalam penelitian adalah:

- a. Tidak bekerja di RSUD Gambiran Kota Kediri
- b. Bersedia menjadi observer
- c. Menggunakan baju perawat saat penelitian
- d. Hadir saat proses menyamakan persepsi
- e. Mempunyai persepsi yang sama dengan peneliti

Sebelum melakukan penelitian para observer dan peneliti melakukan persamaan persepsi terkait jenis kegiatan supaya tidak menemukan masalah dalam pelaksanaan. Proses menyamakan persepsi ini didahului dengan pemberian penjelasan penelitian kepada para observer terlebih dahulu kemudian diikuti melalui proses tanya jawab mengingat observer belum terpapar materi beban kerja. Setelah observer memahami maksud peneliti, peneliti dan observer melakukan latihan bersama langsung di ruangan rumah sakit untuk mengamati kegiatan perawat yang nantinya dituliskan pada lembar observasi. Jika observer dan peneliti belum mempunyai persamaan persepsi maka dilakukan pengulangan sampai terjadi persamaan persepsi. Persamaan persepsi diuji dengan uji Kappa dengan hasil $k > 0.75$ sehingga dapat disimpulkan antara peneliti dan observer telah terjadi kesamaan persepsi yang kuat.

Peneliti ikut serta dalam penelitian sebagai observer. Peneliti bebas masuk di berbagai shift namun dengan proporsi yang sama antara shift pagi, siang, maupun malam. Setiap shift terdapat 1 orang observer sehingga diperlukan 3 observer setiap harinya yang masing-masing bertugas pada satu shift.

Proses pengamatan kegiatan perawat dimulai setelah mendapat *informed consent* dari perawat. Perawat yang telah memberikan *informed consent* didata dan dicocokkan dengan daftar dinas. Perawat yang sudah menyetujui kemudian di pilih secara random untuk diamati aktivitasnya dan ditulis dengan kode pada lembar observasi sebelum pengamatan sesuai dengan jadwal shiftnya. Hal tersebut untuk memudahkan observer dan peneliti saat pelaksanaan pengamatan sehingga tidak perlu melakukan random di awal tiap shift. Jadi peneliti dan observer sudah

tidak melakukan pengocokan saat memulai pengamatan karena sudah dikocok di awal setelah dibuat daftar perawat yang bersedia menjadi responden. Terdapat 4 perawat yang diamati kegiatannya pada shift pagi di kelas Utama, 2 perawat di shift sore, dan 2 perawat di shift malam. Perawat yang diamati di kelas III pada pagi hari disesuaikan jumlahnya dengan jumlah perawat yang diamati di kelas Utama supaya seimbang yaitu 4 orang yang diambil secara random. Begitu juga pada shift sore dan malam jumlah perawat yang diamati disesuaikan dengan kelas Utama yaitu 2 orang dan dipilih secara random sebelum pengamatan. Namun pada saat penelitian terdapat perawat yang tidak sesuai dengan jadwal dinas sehingga dilakukan pengocokan ulang pada perawat yang masuk sebelum dilakukan pengamatan sehingga terjadi keadilan bagi masing-masing perawat. Perawat yang diamati tidak mengetahui jika dirinya diamati oleh observer maupun peneliti.

Perawat yang mendapat kesempatan diamati pada shift pagi mulai dari jam 07.00 sampai 14.00, begitu juga berikutnya perawat yang mendapat pengamatan pada shift nya masing-masing diamati mulai dari jam awal shift sampai shift berakhir. Pengamatan kegiatan tiap perawat menggunakan teknik pengambilan sampel secara *purposive* dengan menetapkan batas pengamatan interval setiap 15 menit untuk setiap pengamatan masing-masing perawat.

Adapun langkah-langkah pengamatan adalah sebagai berikut :

- a. Perawat yang mendapat kesempatan pertama dari hasil pengocokan diamati selama 15 menit. Dalam 15 menit tersebut peneliti mengamati semua kegiatan yang dilakukan perawat secara berurutan untuk dimasukkan dalam kategori kegiatan langsung atau kegiatan lainnya. Setelah 15 menit berakhir peneliti pindah ke perawat berikutnya yang mendapat giliran untuk dilakukan pengamatan kedua.
- b. Perawat yang mendapat giliran pengamatan kedua setelah pengocokan diamati kegiatannya secara berurutan selama 15 menit, begitu seterusnya sampai perawat yang diamati pada setiap shift selesai dan kembali pada perawat yang pertama kali diamati sampai shift berakhir.

4.8 Analisa Data

Tahap pertama yang dilakukan oleh peneliti setelah pengumpulan data adalah *editing* data, yaitu memeriksa kembali hasil pengamatan oleh observer dan klarifikasi dengan observer lain jika terjadi sesuatu yang meragukan. Data yang terkumpul dari hasil pengamatan dipilah-pilah berdasarkan kegiatan langsung, tidak langsung, pendidikan kesehatan, serta kegiatan pribadi, dan non produktif. *Coding* dilakukan dengan mengubah huruf menjadi angka pada data yang diperlukan.

Tahap selanjutnya yaitu *scoring*, menjumlahkan nilai atau angka dari data yang diperoleh untuk mempermudah analisa. Setelah semua data terkumpul kemudian peneliti melakukan *entry* data ke program *SPSS* untuk mencari analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat meliputi mean, median, dan standar deviasi untuk data numerik. Jumlah lama kegiatan perawat dijumlahkan berdasarkan jenisnya yaitu kegiatan langsung, tidak langsung, pendidikan kesehatan, kegiatan pribadi dan kegiatan non produktif. Proses tersebut berlaku baik untuk ruang kelas maupun ruangan bangsal. Setelah dijumlahkan kemudian dituangkan dalam bentuk tabel untuk memudahkan dalam melakukan perbandingan beban kerja kedua ruangan tersebut.

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui perbedaan antara beban kerja perawat antara Ruang Kelas Utama dengan Ruang Kelas III dengan tingkat kepercayaan 95%, kemudian dibuat kesimpulan dengan membandingkan nilai p hasil penghitungan dengan nilai alpha 0,05. Hasil dikatakan bermakna jika $p \leq 0,05$.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menampilkan hasil penelitian yang telah dilakukan selama 6 hari di dua ruangan yang berbeda yaitu Ruang rawat inap kelas III dengan Ruang rawat inap kelas Utama. Hasil meliputi gambaran beban kerja perawat pelaksana masing-masing ruangan tempat penelitian yang terdiri dari lama waktu kegiatan langsung, tidak langsung, pendidikan kesehatan, dan kegiatan lainnya, serta perbandingan beban kerja antara Ruang rawat inap kelas III dengan Ruang rawat inap kelas Utama.

5.1 Gambaran Kegiatan Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama.

Tabel 5.1 Rata-Rata Waktu Kegiatan Perawat Pelaksana Setiap Shift Per Hari di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012 (n=1311)

Aktivitas Perawat (dalam menit)									
Asuhan keperawatan					Non asuhan keperawatan				
KL		KTL		P		KP		KNP	
I	III	I	III	I	III	I	III	I	III
116.74	149.7	272.75	261.6	15.83	13.7	76.14	81.54	710.6	569.9

Keterangan

I : kelas Utama

III : kelas III

KL : Kegiatan Langsung

KTL : Kegiatan Tidak Langsung

P : Pendidikan Kesehatan

KP : Kegiatan Pribadi

KNP : Kegiatan Non produktif

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa selama 6 hari pengamatan di kelas I menunjukkan rata-rata waktu asuhan non keperawatan untuk kegiatan non produktif lebih lama dibandingkan kegiatan keperawatan yang lain yaitu selama 710.6 menit atau 11 jam 50 menit, sedangkan kegiatan pendidikan kesehatan merupakan kegiatan yang paling sedikit dilakukan yaitu selama 15.83 menit. Kegiatan perawat di kelas III juga lebih didominasi asuhan non keperawatan untuk kegiatan non produktif selama 569.9 menit atau 9 jam 49 menit, dengan kegiatan pendidikan kesehatan merupakan kegiatan yang paling sedikit waktunya yaitu selama 13.7 menit.

Tampak bahwa kegiatan langsung, serta kegiatan pribadi perawat di kelas III lebih tinggi jika dibandingkan di kelas I, sedangkan kegiatan tidak langsung, non produktif dan pendidikan kesehatan lebih tinggi di kelas I dibandingkan kelas III. Kegiatan langsung di kelas III lebih tinggi karena jumlah pasien lebih banyak jika dibandingkan kelas I, sedangkan kegiatan tidak langsung kelas I lebih tinggi dibandingkan kelas III karena perawat di kelas III lebih banyak melakukan kegiatan langsung daripada tidak langsung. begitu juga pendidikan kesehatan lebih banyak di kelas I karena karakteristik pasien di kelas I lebih sering bertanya tentang kondisinya jika dibandingkan pasien di kelas III. Kegiatan pendidikan kesehatan merupakan kegiatan yang paling sedikit dilakukan di kedua ruangan tersebut. Kegiatan non produktif lebih lama di kelas I karena jumlah pasien yang lebih sedikit serta kondisi tingkat ketergantungan yang berbeda dengan kelas III yang lebih beragam, sehingga perawat di kelas I lebih banyak melakukan kegiatan non produktif jika dibandingkan perawat di kelas III. Namun secara umum perbedaan waktu antara kelas I dan III untuk masing-masing kategori kegiatan tidak terlalu banyak.

Penghitungan secara terperinci alokasi waktu yang digunakan untuk masing-masing kategori kegiatan pada shift pagi pada kedua ruangan dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.2 Rata-rata Penggunaan Waktu Berdasarkan Kategori Kegiatan oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Pagi di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kategori Kegiatan	Rata-rata/hari (dalam menit)	
	I	III
Asuhan keperawatan ke pasien		
Kegiatan Langsung	52.66	59.69
Tidak Langsung	110.8	110.7
Pendidikan Kesehatan	4.7	5.25
Total	168.16	175.64
Asuhan non keperawatan ke pasien		
Kegiatan Pribadi	15.35	18.13
Kegiatan Non produktif	46.3	42.73
Total	61.65	60.86

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa rata-rata waktu kegiatan asuhan keperawatan ke pasien untuk kegiatan tidak langsung di kelas III dan kelas I merupakan kegiatan paling lama dilakukan jika dibandingkan kegiatan perawat yang lainnya dengan rata-rata waktu yang sama yaitu waktu 1 jam 50 menit. Kegiatan pendidikan kesehatan di kedua ruangan merupakan kegiatan paling jarang dilakukan oleh perawat dengan waktu 5.25 menit di kelas III dan 4.74 menit di kelas I. Kegiatan asuhan keperawatan ke pasien di kelas III lebih lama jika dibandingkan di kelas I, sedangkan kegiatan non asuhan keperawatan di kelas I lebih lama jika dibandingkan kelas III. Berdasarkan hasil tersebut juga tampak bahwa perawat pada shift pagi di kedua ruangan perawatan tersebut lebih banyak menghabiskan waktunya untuk kegiatan asuhan keperawatan dibandingkan kegiatan non asuhan keperawatan.

Penggunaan waktu oleh perawat pelaksana di kedua ruangan pada shift sore juga akan diperinci dalam tabel di bawah ini :

Tabel 5.3 Penggunaan Waktu Berdasarkan Kategori Kegiatan oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Sore di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gombiran Kota Kediri Nopember 2012

Kategori Kegiatan	Rata-rata/hari (dalam menit)	
	I	III
Asuhan keperawatan ke pasien		
Kegiatan Langsung	32.47	33.56
Tidak Langsung	89.50	74.32
Pendidikan Kesehatan	4.61	5.51
Total	126.58	113.39
Asuhan non keperawatan ke pasien		
Kegiatan Pribadi	26.07	22.66
Kegiatan Non produktif	46.30	67.21
Total	72.37	89.87

Hasil pengamatan pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa pada shift sore asuhan keperawatan ke pasien untuk kegiatan tidak langsung merupakan kegiatan yang paling lama dilakukan oleh perawat di kedua ruangan dengan rata-rata 1 jam 14 menit di kelas III dan 1 jam 29 menit di kelas I, sedangkan pendidikan kesehatan merupakan kegiatan yang paling jarang dilakukan oleh perawat dengan rata-rata

5.51 menit di kelas III dan 4.61 menit di kelas I. Rata-rata waktu asuhan keperawatan di kelas I lebih tinggi jika dibandingkan di kelas III.

Tampak juga bahwa rata-rata waktu kegiatan tidak langsung perawat di kelas I lebih lama jika dibandingkan dengan rata-rata waktu kegiatan tidak langsung di kelas III. Hasil tersebut juga menunjukkan bahwa kegiatan asuhan keperawatan pada shift sore lebih lama jika dibandingkan kegiatan non asuhan keperawatan.

Pengamatan kegiatan perawat pelaksana pada shift malam di kedua ruangan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4 Penggunaan Waktu Berdasarkan Kategori Kegiatan oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Malam di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kategori Kegiatan	Rata-rata per hari (dalam menit)	
	I	III
Asuhan keperawatan ke pasien		
Kegiatan Langsung	31.6	56.46
Tidak Langsung	72.46	76.60
Pendidikan Kesehatan	6.49	2.94
Total	110.55	136
Asuhan non keperawatan ke pasien		
Kegiatan Pribadi	34.7	40.76
Kegiatan Non produktif	571.87	459.98
Total	606.57	500.74

Berdasarkan tabel 5.4 bahwa kegiatan non asuhan keperawatan pada shift malam di kedua ruangan merupakan kegiatan yang paling lama dilakukan perawat dibandingkan kegiatan asuhan keperawatan ke pasien dengan rata-rata 7 jam 40 menit di kelas III dan 9 jam 32 menit di kelas I. Tampak kegiatan non produktif di kelas I lebih lama jika dibandingkan dengan kegiatan non produktif di kelas III. Kegiatan asuhan keperawatan di kelas III lebih lama dibandingkan asuhan keperawatan di kelas I. Kegiatan pendidikan kesehatan merupakan kegiatan yang paling sedikit dilakukan perawat di kedua ruangan dengan rata-rata waktu 2.94 menit di kelas III dan 6.49 menit di kelas I. Kesimpulannya bahwa pada shift malam perawat di kedua ruangan lebih banyak menghabiskan waktunya untuk

kegiatan non asuhan keperawatan dan pendidikan kesehatan masih menjadi kegiatan yang paling jarang dilakukan oleh perawat.

5.2 Jumlah Kebutuhan Perawat Di Ruang rawat inap kelas III dan Ruang Dalam rawat inap kelas Utama

Jumlah kebutuhan tenaga perawat dapat dihitung dengan berbagai formula. Pada penghitungan ini akan didasarkan pada standar penghitungan tenaga keperawatan berdasarkan Depkes (2002). Penghitungan juga didasarkan pada tingkat ketergantungan pasien yang meliputi tingkat ketergantungan minimal, ketergantungan parsial, ketergantungan agak berat, dan ketergantungan maksimal. Adapun penghitungan jumlah perawat di Ruang Dalam Kelas III adalah sebagai berikut :

Tabel 5.5 Kebutuhan Tenaga Perawat di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Berdasarkan Teori Depkes (2005) Bulan Nopember 2012

Kategori	Rata-rata Σ pasien/hari		Σ jam rawat/ Hari	Σ jam rawat/hari		Σ kebutuhan tenaga perawat	
	III	I		III	I	III	I
Minimal	12	5	2	24	10		
Parsial	23	7	3.08	70.84	21.56		
Agak berat	6	1	4.15	24.9	4.15		
Maksimal	-	-	-	-	-		
Jumlah	41	13		119.74	35.71	24	8

Penghitungan kebutuhan tersebut didasarkan pada jam kerja efektif 7 jam. Loss day diperhitungkan dengan jumlah hari Minggu dalam setahun adalah 52 hari, cuti tahunan sebanyak 12 kali, dan 14 hari besar dalam setahun. Faktor koreksi untuk pekerjaan administrasi yang seharusnya dikerjakan oleh tenaga administrasi kadang-kadang dilakukan oleh perawat dengan prosentase 10%. Berdasarkan faktor-faktor tersebut maka jumlah kebutuhan perawat di kelas III adalah 24 perawat dan di kelas I sejumlah 8 perawat. Jumlah kebutuhan pada kelas III lebih banyak karena jumlah rata-rata pasien lebih banyak. Ruang Ina Dalam Kelas III mempunyai kapasitas 44 tempat tidur berbeda jauh dengan kapasitas kelas Utama yang hanya 14 tempat tidur. Hasil pengamatan selama 6 hari menunjukkan tingkat

BOR yang cukup tinggi di kedua ruangan yaitu 93.18% di kelas III dan 92.85% di kelas Utama. Berdasarkan penghitungan tersebut terdapat kesesuaian jumlah perawat antara teori dengan kenyataan di ruangan kelas III, dimana tenaga yang tersedia adalah 25 perawat sedangkan di kelas Utama terjadi kelebihan perawat sejumlah 4 orang dari kondisi riil sebanyak 12 perawat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi kekurangan tenaga di ruang kelas III maupun kelas I.

5.3 Perbandingan Beban Kerja antara Ruang Rawat Inap Kelas III dengan Ruang Rawat Inap Kelas I

Beban kerja sangat dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah lama waktu yang diperlukan untuk kegiatan perawatan. Tabel di bawah ini akan menampilkan hasil penelitian tentang perbandingan masing-masing kegiatan asuhan keperawatan serta beban kerja masing-masing ruangan tempat penelitian.

Tabel 5.6 Analisa Perbandingan Waktu Kegiatan Asuhan Keperawatan dan Non Asuhan keperawatan antara Ruang Rawat Inap Kelas III dengan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Bulan Nopember 2012

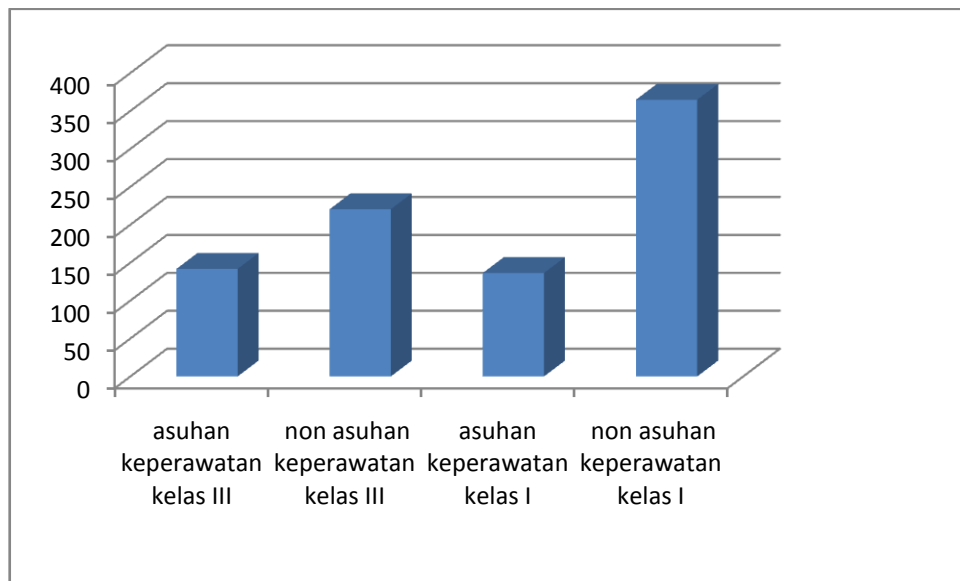
Kategori Kegiatan	Mean	95%CI	p
Kegiatan Asuhan keperawatan			
Kegiatan langsung			
Kelas III	49.90	(37.01 – 52.62)	0.154
Kelas I	39.74		
Kegiatan tidak langsung			
Kelas III	87.2	(50.72-76.21)	0.0001
Kelas I	90.23		
Pendidikan Kesehatan			
Kelas III	4.57	(3.31-6.52)	0.835
Kelas I	5.28		
Kegiatan Non asuhan keperawatan			
Kegiatan Pribadi			
Kelas III	30.36	(25.06-34.01)	0.704
Kelas I	28.71		
Kegiatan Non Produktif			
Kelas III	189.97	(131.11-287.32)	0.704
Kelas I	228.46		
Kegiatan asuhan keperawatan			
Kelas III	141.67	(-38.20-27.45)	0.742
Kelas I	136.30		
Kegiatan non asuhan keperawatan			
Kelas III	220.33	(158.76-318.74)	0.537
Kelas I	364.76		

**bermakna pada $\alpha : 0.05$*

Hasil analisa penghitungan waktu kegiatan keperawatan pada tabel 5.6 menunjukkan kegiatan tidak langsung perawat pelaksana di Ruang rawat inap kelas I adalah 90.23 menit lebih lama jika dibandingkan dengan kegiatan tidak langsung perawat pelaksana di Ruang rawat inap kelas III yang hanya berlangsung selama 87.2 menit. Hasil uji statistik diperoleh $p < 0.05$, sehingga bisa disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan lama waktu kegiatan tidak langsung perawat pelaksana antara Ruang rawat inap kelas III dengan Ruang rawat inap kelas Utama.

Hasil analisa perbandingan rata-rata kegiatan langsung, pendidikan kesehatan, kegiatan pribadi, serta non produktif perawat pelaksana antara Ruang rawat inap kelas III dengan Ruang rawat inap kelas Utama tidak berbeda secara signifikan dengan $p > 0.05$. Begitu juga asuhan keperawatan antara dua ruangan tersebut

menunjukkan hasil bahwa rata-rata kegiatan asuhan keperawatan di Ruang rawat inap kelas III selama 136.30 menit atau 2 jam 16 menit, sedangkan di Ruang rawat inap kelas Utama sebesar 136.30 atau 2 jam 16 menit. Hasil uji statistik diperoleh $p > 0.05$, sehingga bisa disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan kegiatan asuhan keperawatan perawat pelaksana antara Ruang rawat inap kelas III dengan Ruang rawat inap kelas Utama.



Gambar 5.1

Berdasarkan gambar 5.1 tampak bahwa kegiatan non asuhan keperawatan kelas III lebih tinggi jika dibandingkan kegiatan asuhan keperawatan, begitu juga kegiatan non asuhan keperawatan di kelas I lebih tinggi jika dibandingkan kegiatan asuhan keperawatan.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan memberikan penjelasan terkait hasil penelitian yang telah dilakukan dengan pembahasan sesuai dengan tujuan dari penelitian ini. Pembahasan dilakukan dengan melakukan analisa terkait hasil penelitian, selain itu juga membandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya serta telaah literatur pada yang sudah dipaparkan pada tinjauan pustaka. Penelitian yang telah dilakukan harapannya memberikan implikasi bagi pelayanan asuhan keperawatan di rumah sakit, meskipun pihak rumah sakit mempunyai kebijakan sendiri dalam merumuskan peraturan. Peneliti menyadari sepenuhnya keterbatasan penelitian yang dilakukan yang tentunya dapat mempengaruhi hasil penelitian.

6.1 Gambaran Aktivitas Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama

Hasil pengamatan selama 6 hari di dua ruangan yang berbeda menunjukkan bahwa rata-rata waktu asuhan keperawatan ke pasien di kelas III lebih lama jika dibandingkan di kelas Utama. Kategori aktivitas keperawatan untuk kegiatan langsung perawat pelaksana di kelas III rata-rata per hari lebih tinggi jika dibandingkan rata-rata lama kegiatan langsung di kelas Utama meskipun tidak berbeda secara signifikan.

Kondisi tersebut bisa dijelaskan karena di kelas III karakteristik pasien lebih kompleks jika dibandingkan kelas Utama apalagi di kelas III terdapat ruang HCU untuk pasien dengan perhatian tinggi. BOR ruang kelas III pada saat pengamatan adalah 93.18% di kelas III dengan kapasitas 44 bed dan 92.85% di kelas Utama dengan kapasitas 14 bed. Meskipun tingkat BOR tidak jauh berbeda namun kondisi ketergantungan pasien yang berbeda antara kedua ruangan menyebabkan kegiatan perawatan yang berbeda.

Kegiatan langsung perawat di kelas utama lebih sedikit jika dibandingkan kelas III karena jumlah perawat yang ada di ruang tersebut melebihi 4 orang dari jumlah penghitungan berdasarkan rumus Depkes tahun 2005. Kondisi tersebut berdampak pada in efisiensi antara jumlah kegiatan asuhan keperawatan dengan jumlah perawat yang diperlukan. Kegiatan keperawatan yang semestinya bisa ditangani dengan perawat yang lebih sedikit menjadi terbagi dengan jumlah perawat yang berlebih. Jumlah perawat berlebih menyebabkan masing-masing perawat melakukan sedikit tindakan langsung karena beban tugas dibagi bersama.

Jam perawatan selama diruangan dipengaruhi oleh jumlah pasien per hari yang ditunjukkan dengan BOR (Ilyas, 2011). Jumlah pasien yang berlebih bisa menyebabkan peningkatan aktivitas keperawatan (Al Kandari dan Thomas, 2008). Semakin banyak pasien akan meningkatkan jumlah interaksi perawat dengan pasien untuk memberikan pelayanan kepada pasien.

Selain jumlah pasien, kondisi pasien yang diterjemahkan dalam tingkat ketergantungan pasien menyebabkan semakin kompleks kebutuhan perawatan. Tingkat ketergantungan yang beragam akan berdampak pada keragaman intervensi perawat sehingga intensitas pekerjaan akan meningkat (Myny, 2011).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan asuhan keperawatan perawat ke pasien pada shift pagi lebih lama jika dibandingkan kegiatan non asuhan keperawatan. Kondisi tersebut didukung bahwa pada shift pagi banyak dilakukan tindakan dan prosedur ke pasien. Selain itu pada pagi hari banyak dokter melakukan visite sehingga juga ikut menambah kegiatan kolaborasi perawat.

Penelitian Fredna (2009) menyebutkan bahwa pada pagi hari kegiatan ke pasien lebih banyak dibandingkan kegiatan lainnya. Namun pada shift sore dan malam kegiatan asuhan keperawatan menjadi lebih sedikit jika dibandingkan shift pagi. Kondisi tersebut disebabkan karena pada umumnya kegiatan pada shift sore merupakan kegiatan lanjutan dari shift pagi, sehingga pada sore dan malam hari perawat tinggal melakukan pemantauan.

Hasil penelitian Tambunan (2002) tentang beban kerja perawat di RSCM bahwa pada pagi hari perawat banyak melakukan tindakan ke pasien dibandingkan

kegiatan pribadi produktif dan non produktif. Hasil senada juga diungkapkan oleh Susanto (2002) tentang beban kerja perawat di Rumah Sakit Medika Bekasi bahwa pada shift pagi perawat lebih banyak melakukan kegiatan tindakan dan prosedur, sehingga perawat lebih banyak melakukan tindakan ke pasien.

Kegiatan asuhan keperawatan pada shift malam lebih sedikit jika dibandingkan kegiatan non asuhan keperawatan. Perawat lebih banyak melakukan kegiatan non produktif dibandingkan kegiatan asuhan keperawatan ke pasien. Hasil senada juga diungkapkan Tambunan (2002) bahwa pada malam hari perawat banyak melakukan kegiatan non produktif. Robot (2009) juga menyatakan bahwa kegiatan non produktif lebih banyak dilakukan perawat pada malam hari dibandingkan kegiatan langsung dan tidak langsung.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa manajemen waktu perawat pada shift malam lebih banyak melakukan tugas yang tidak terkait asuhan keperawatan kepada pasien. Padahal menurut Gillies (2000) bahwa kegiatan pribadi adalah sebesar 13% dari waktu jam kerja perawat. Namun pada kenyataannya kegiatan non asuhan keperawatan lebih banyak dibandingkan asuhan keperawatan. Tentunya tugas perawat tidak hanya terakumulasi pada pagi hari akan tetapi juga sore dan malam hari karena kondisi pasien bisa berubah dari waktu ke waktu.

Kegiatan tidak langsung perawat di kelas Utama lebih lama jika dibandingkan kelas III. Hal tersebut bisa dijelaskan bila perawat di kelas Utama lebih sedikit melakukan kegiatan langsung sehingga waktunya lebih banyak dialokasikan untuk melakukan kegiatan tidak langsung. Tingkat ketergantungan pasien di kelas Utama lebih stabil jika dibandingkan kelas III. Kondisi tersebut berpengaruh pada kegiatan yang diberikan oleh perawat. Namun secara umum rata-rata waktu kegiatan tidak langsung di kelas Utama dan kelas III lebih banyak jika dibandingkan waktu untuk kegiatan langsung. Kegiatan tidak langsung perawat baik di kelas III maupun kelas Utama berdasarkan hasil pengamatan didominasi tindakan dokumentasi perawat serta kegiatan menyiapkan obat.

Trisna (2007) menyebutkan bahwa kegiatan tidak langsung merupakan tindakan terbanyak jika dibandingkan kegiatan langsung. Bahkan hasil penelitian pada 36

rumah sakit di luar negeri menunjukkan bahwa kegiatan dokumentasi merupakan kegiatan terbesar yang dilakukan oleh perawat (Hendrich et al, 2008).

Furaker (2009) menyatakan bahwa kegiatan langsung yang dilakukan oleh perawat saat berada di rumah sakit hanya menghabiskan waktu sebesar 38% dibandingkan kegiatan tidak langsung sebesar 49% yang terdiri dari dokumentasi dan administrasi 25%, istirahat dan, ronde di ruangan 6%, kegiatan pembelajaran 3%, laporan 15%, dan sisanya keperluan pribadi 13%. Tampak bahwa kegiatan dokumentasi lebih mendominasi pada kegiatan tidak langsung.

Padahal jika melihat jumlah pasien yang banyak dengan tingkat BOR yang tinggi serta tingkat ketergantungan yang beragam idealnya akan meningkatkan lama interaksi antara perawat dengan pasien. Myny (2011) menegaskan bahwa tingkat ketergantungan pasien yang beragam akan berpengaruh pada jumlah intervensi yang diperlukan oleh pasien. Kegiatan pencatatan yang begitu banyak tentunya akan menyita waktu jam pelayanan yang seharusnya bisa dilakukan untuk kegiatan langsung.

Dokumentasi yang dilakukan perawat meliputi pendokumentasian lembar askep, penulisan status pasien di *medical record* ditambah lagi pelaporan di buku operan, penulisan terapi obat yang dicatat pada buku sendiri dan harus dicatat setiap harinya. Belum lagi pencatatan barang habis pakai pasien serta kebutuhan administrasi pasien asuransi Jamkesda atau Askes yang tentunya tidak sedikit jumlahnya.

Dokumentasi merupakan kewajiban perawat untuk mencegah terhadap kemungkinan adanya gugatan dari pihak pasien yang akhir-akhir ini pasien lebih banyak terpapar dengan informasi. Banyaknya yang harus ditulis oleh perawat dapat menyebabkan kejenuhan sehingga terkadang karena bosan menulis, lembar asuhan keperawatan dibiarkan kosong. Hasil penelitian Chung dkk (2006) tentang evaluasi kegiatan keperawatan yang menggunakan media elektronik untuk mencatat di rumah sakit Korea menunjukkan bahwa dengan penggunaan bantuan media dokumentasi elektronik dapat meningkatkan jumlah aktivitas langsung kepada pasien. Dokumentasi manual hanya akan menyibukkan perawat untuk

berada dibelakang meja daripada bersama pasien. Bahkan dengan menggunakan teknologi koordinasi dengan bagian lain menjadi lebih cepat dan terjadi peningkatan kegiatan perawat dalam memberikan penjelasan dan konseling kepada pasien (Chung, 2003).

Goveia (2009) melaporkan bahwa penggunaan teknologi elektronik dalam kegiatan keperawatan akan memberikan keuntungan kepada pasien dan perawat, terutama dalam hal transfer informasi pasien, patient safety, dan menghemat waktu. Namun penggunaan teknologi tidak mungkin bisa langsung diimplementasikan oleh rumah sakit karena perlu kajian dulu, akan tetapi penyederhanaan teknik dokumentasi sehingga tidak terjadi pencatatan yang berganda oleh perawat sebaiknya mulai dipikirkan.

Rata-rata waktu untuk kegiatan langsung seharusnya lebih lama jika dibandingkan kegiatan tidak langsung. Menurut Gillies (2000) bahwa rata-rata waktu yang diperlukan untuk kegiatan langsung pada tingkat ketergantungan pasien adalah 4-5 jam per pasien lebih lama jika dibandingkan waktu kegiatan tidak langsung yang hanya 1 jam.

Kegiatan tidak langsung menurut Gillies (2000) membutuhkan waktu yang relative sama meskipun tingkat ketergantungan pasien berbeda. Hasil penelitian menemukan bahwa rata-rata waktu untuk kegiatan tidak langsung selama 38 menit/pasien/hari, akan tetapi menurut Wolf kegiatan tidak langsung membutuhkan waktu selama 60 menit. Survey nasional menemukan waktu untuk kegiatan tidak langsung di ruang dalam dan bedah adalah 17% dari jam perawatan. Namun tentunya waktu tersebut perlu dikaji ulang jika ingin di terapkan di dalam negeri, mengingat sistem pelayanan di rumah sakit Indonesia belum maksimal dalam menggunakan teknologi (Zimmerman dan Pollyberber, 2002).

Peran perawat meliputi banyak hal tidak hanya peran interdependen tapi juga peran independen. Swansburg dan Swansburg (2002) menyatakan bahwa perawat mempunyai peran sebagai *caregiver* dan *integrator*. Perawat sebagai *caregiver* dituntut mampu memberikan pelayanan mandiri, memberikan kenyamanan,

pendidikan kesehatan, observasi keadaan pasien. peran *integrator* menuntut perawat untuk mampu berkolaborasi dengan disiplin ilmu lain.

Hasil penelitian Wahyudi (2010) tentang persepsi perawat terhadap profesi keperawatan, kemampuan, dan motivasi kerja terhadap kinerja perawat pelaksana di RSUD dr. Slamet Garut menunjukkan bahwa sebagian besar perawat mempunyai persepsi yang kurang baik terhadap karakteristik profesi, sehingga kondisi tersebut membuat perawat tidak mampu mengenali nilai-nilai profesional keperawatan. Ketidakmampuan dalam mengenali nilai-nilai profesional menyebabkan perawat tidak mampu mewujudkan aktivitas keperawatan sehingga lebih banyak melakukan aktivitas intruksional dan kolaboratif.

Nilai-nilai profesional meliputi nilai intelektual yang tercermin dalam *knowledge* perawat, pendidikan yang berkelanjutan, dan penggunaan pengetahuan dalam berpikir kritis. Nilai komitmen moral meliputi *beneficence*, adil kepada semua pasien, serta *fidelity*. Perawat yang memegang nilai-nilai profesional akan memiliki otonomi, kendali, serta tanggung gugat dalam tindakannya (Kusnanto, 2004).

Keliat (2006) menjelaskan bahwa nilai-nilai profesional mempunyai keterkaitan erat dengan faktor-faktor pendekatan manajemen yang profesional. Pendekatan manajemen merupakan pelaksanaan segala aktivitas profesional yang didasarkan pada fungsi manajemen. Tanpa manajemen yang baik menyebabkan sebuah kegiatan tidak berjalan dengan optimal. Faktor pemberian *reward* terhadap perilaku yang positif juga ikut mempengaruhi pelaksanaan aktivitas profesional. *Reward* dapat mendorong perawat untuk lebih giat melakukan aktivitas profesional. Faktor kemampuan intelektual, *skill*, serta kemampuan berkolaborasi juga mempengaruhi pelaksanaan praktek profesional (Kusnanto, 2004).

Namun perilaku profesional tidak mungkin muncul dengan sendirinya pada diri perawat karena sikap profesional merupakan hasil dari proses belajar. Perawat merupakan bagian dari sistem yang menjadi obyek dalam pengaturannya. Pada

tahap perencanaan pihak sumber daya manusia perlu melakukan seleksi terhadap calon perawat yang diperlukan. Manajemen sumber daya manusia perlu mengenali kemampuan bekerja sama dalam tim pada calon perawat, karena kegiatan keperawatan merupakan kegiatan yang melibatkan lebih dari 1 orang. Calon perawat juga harus mempunyai kemauan dalam belajar sehingga selalu mengetahui hal-hal yang baru terkait pengetahuan, dan mempunyai pandangan yang positif terhadap fungsi kehidupan. Hal tersebut penting karena perawat akan bekerja menggunakan *caring* daripada *cure* (Morrison dan Burnard, 2008).

Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan yang paling sedikit dilakukan oleh perawat baik di kelas III maupun kelas Utama. Rata-rata waktu pendidikan kesehatan oleh perawat di kelas Utama lebih lama jika dibandingkan di kelas III. Karakteristik pasien di kelas Utama yang lebih sering bertanya tentang kondisi penyakitnya jika dibandingkan pasien di kelas III.

Perawat kurang memberikan pendidikan kepada pasien jika keluarga pasien tidak menanyakan kondisi keluarganya yang sakit. Di samping itu karakteristik pasien yang sebagian besar dengan asuransi Jamkesda atau Jamkesmas dengan tingkat pendidikan yang rendah mempunyai kecenderungan tidak berani bertanya kepada perawat. Kondisi di lapangan bahwa perawat di ruangan belum menggunakan format *discharge planning* bagi pasien yang pulang setelah perawatan di rumah sakit selesai. Tampak bahwa pasien lebih sering bertanya tentang kondisi penyakit pasien daripada bagaimana cara perawatan yang berkelanjutan.

Menurut Gillies (2000) bahwa pendidikan kesehatan merupakan tindakan keperawatan yang memerlukan waktu sekitar 15 menit per pasien per hari. Padahal pendidikan kesehatan merupakan kegiatan mandiri perawat yang merupakan implementasi dari peran perawat sebagai *educator*. Namun kenyatannya perawat lebih senang melakukan tindakan kolaborasi terkait pemberian obat kepada pasien jika dibandingkan memberikan pendidikan kesehatan. Padahal perawat mempunyai berbagai macam peran, yaitu peran *educator*, *advocator*, peneliti, koordinator (ICN, 2010). Perawat tampaknya kurang memainkan perannya sebagai *educator* pasien sehingga pasien lebih cenderung percaya kepada dokter untuk segera menyembuhkan penyakitnya.

Pendidikan kesehatan memang sangat tergantung dari tingkat ketergantungan pasien, sehingga perawat dituntut untuk lebih peka mengetahui pendidikan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Menurut Swansburg dan Swansburg (2002) untuk pasien dengan kategori mandiri dan minimal memerlukan waktu untuk pendidikan kesehatan selama 5-10 menit. Sedangkan pasien dengan ketergantungan lebih akan membutuhkan waktu lebih lama.

Menurut Kozier (2008) bahwa dalam diri perawat melekat 3 fungsi dalam melaksanakan perannya yaitu : fungsi keperawatan mandiri (independen), fungsi keperawatan ketergantungan (dependen), dan fungsi keperawatan kolaboratif (interdependen). Fungsi keperawatan mandiri dilaksanakan perawat atas dasar inisiatif perawat dengan dasar pengetahuan dan keterampilan yang sudah dimiliki. Fungsi dependen merupakan fungsi dimana perawat dalam melakukan tindakan didasarkan atas instruksi atau advise dari tim lain yang biasanya dari tim medis. Fungsi kolaboratif menekankan pada kerjasama perawat dengan tim lain dalam memberikan tindakan ataupun perawatan kepada klien.

Pelaksanaan berbagai fungsi oleh perawat harus ditunjang dengan kemampuan klinis, pengetahuan, ketrampilan, serta rasa tanggung jawab yang tinggi dalam melaksanakan tindakan kepada pasien. Masyarakat menganggap perawat mempunyai kewajiban dalam memberikan pelayanan jasa keperawatan. Pelayanan tersebut tercermin dalam pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Swansburg dan Swansburg, 2002).

6.2 Kebutuhan Tenaga Perawat di Ruang dalam kelas III dan Ruang Dalam kelas Utama

Berdasarkan penghitungan kebutuhan tenaga menurut formula Depkes tahun 2005 sudah sesuai dengan jumlah riil perawat yang ada. Namun dengan tercukupinya jumlah tersebut belum tampak produktivitas yang sesuai standar. Perlu evaluasi oleh manajemen rumah sakit terkait produktivitas yang kurang dari standar tersebut, apakah masalah sebenarnya ada pada proses perencanaan, pengorganisasian, atau kurangnya motivasi dari rumah sakit terkait kinerja

perawat. Namun penghitungan kebutuhan yang dilakukan oleh peneliti mempunyai kelemahan bahwa tidak menghitung kebutuhan jam perawatan berdasar tingkat ketergantungan pasien hanya melihat secara umum lamanya kegiatan perawat.

Kesediaan jumlah perawat di kelas Utama melebihi dari hasil penghitungan berdasarkan Depkes tahun 2005. Jumlah yang berlebih tentunya tidak akan efektif dan efisien bagi rumah sakit. Rumah sakit perlu mengembangkan sistem klasifikasi pasien untuk mempermudah dalam perencanaan kebutuhan tenaga perawat serta sebagai upaya dalam mengelola beban kerja yang ada (Yoder-Wise, 2011).

6.3 Perbandingan Beban Kerja Perawat di Ruang Dalam Kelas III dan Ruang Dalam Kelas Utama

Beban kerja perawat yang dihasilkan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelas Utama dan kelas III. Beban kerja tergambar dari penggunaan waktu untuk asuhan keperawatan ke pasien. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa rata-rata dalam sehari waktu untuk kegiatan non keperawatan lebih tinggi jika dibandingkan penggunaan waktu untuk asuhan keperawatan. Penggunaan waktu non keperawatan lebih banyak dilakukan perawat pada shift malam.

Penelitian Tambunan (2002) juga memaparkan hasil bahwa perawat pada shift malam lebih banyak melakukan kegiatan pribadi non produktif. Hal senada juga diungkapkan Suardana (2001) bahwa pada saat beban kerja tidak tinggi perawat lebih banyak melakukan kegiatan non produktif seperti main games. Kondisi tersebut menggambarkan manajemen waktu perawat yang kurang efektif dimana penggunaan waktu rata-rata untuk jam kerja efektif lebih pendek jika dibandingkan non produktif. Tentunya profesi lain akan memberikan penilaian yang kurang baik terhadap perawat karena istirahat pada jam kerja.

Shift yang panjang pada malam hari memang dapat menyebabkan meningkatnya insiden *medical error* karena kurangnya konsentrasi jika tidak diimbangi dengan istirahat yang cukup (Simon, 2006). Kejadian kesalahan dalam pelayanan dapat

meningkat seiring peningkatan jam kerja lebih dari 40 atau bahkan 50 jam dalam seminggu. Oleh karena itu, menurut Meretoja (2009) bahwa dalam menghadapi shift yang panjang istirahat kurang dari 2 jam dapat membahayakan tubuh sehingga perlu kolaborasi antar petugas untuk saling menggantikan saat bekerja.

Kepala ruangan sebagai top manajer di tingkat ruangan perlu memperhatikan kondisi kinerja para stafnya, jangan sampai dengan tingkat BOR yang tinggi tidak diikuti peningkatan kualitas pelayanan keperawatan sehingga terjadi peningkatan ALOS pasien. ALOS yang meningkat tentunya akan menjadi beban bagi rumah sakit dan menurunkan pendapatan rumah sakit (Yoder-Wise, 2011). Kepala ruangan sebagai pemimpin mempunyai tanggung jawab sebagai *role model* bagi para stafnya, jangan sampai kepala ruangan terbawa oleh kebiasaan yang biasa dilakukan oleh stafnya. Kepala ruangan dituntut mampu menjadi *agent of change* atau *prime over* di ruang kea rah lebih baik. Namun seringkali kepala ruangan hanya disibukkan dengan kegiatan rapat di luar ruangan, apalagi kalau sore dan malam hari perawat merasa tidak ada yang mengawasi.

Menurut Marquis&Houston (2012) bahwa untuk meningkatkan produktivitas kerja perlu adanya peran pemimpin baik kepala ruangan maupun ketua tim dalam mengorganisasikan pelayanan keperawatan. Pengorganisasian pelayanan keperawatan tercermin dalam pembuatan rencana program perawatan untuk setiap pasien yang dibuat oleh perawat. Pembuatan rencana penting supaya tujuan perawatan tercapai. Proses perencanaan yang baik merupakan indikator produktivitas pekerja (Ilyas, 2011).

Sebenarnya tanggung jawab memantau kinerja staf tidak hanya menjadi tanggung jawab kepala ruangan, namun pihak manajemen rumah sakit juga mempunyai tanggung jawab terhadap proses manajemen sumber daya manusia perawat di seluruh rumah sakit. Pihak manajemen harus mempunyai kebijakan standar terkait proses manajemen, mulai dari bagaimana perencanaan pengadaan sumber daya perawat, mengorganisir perawat, memberikan pengarahan untuk meningkatkan motivasi perawat serta yang tidak kalah pentingnya adalah monitoring yang berkelanjutan (Muninjaya, 2011).

Sistem pengendalian atau supervisi yang selama ini berjalan di rumah sakit hanya mengevaluasi jumlah perawat yang absen, serta masalah yang muncul yang belum tentu segera diatasi. Belum adanya pengawasan secara kualitas terhadap kinerja perawat, sehingga pada akhirnya kegiatan non produktif perawat bisa berkurang. Kurang membudayanya diskusi dalam keperawatan dapat membuat perawat menggunakan waktunya untuk mengobrol. Selama ini kegiatan ronde keperawatan oleh para perawat di RSUD Gambiran belum pernah dilaksanakan.

Menurut Keliat (2006) bahwa pengendalian manajemen merupakan sebuah membandingkan standar prestasi kerja yang diperoleh dengan perencanaan yang telah dibuat, kemudian membuat sistem umpan balik dan mengevaluasi apakah terdapat deviasi dari yang sudah ditetapkan. Oleh karena itu penetapan standar prestasi kerja merupakan hal penting yang harus dilakukan oleh sebuah organisasi. Standar prestasi kerja mengacu pada dimensi mutu dengan standar penilaian struktur, proses, dan hasil (Muninjaya, 2011). Pengukuran pelaksanaan pelayanan keperawatan dapat dinilai dari pelaksanaan yang sudah terdokumentasi dan penilaian kegiatan perawat yang sedang berlangsung. Penilaian untuk kegiatan yang sedang berlangsung dapat dilakukan dengan penilaian dari bawahan, mitra, atau atasan. Seiring penilaian kegiatan yang sedang berlangsung dapat mengetahui beban kerja perawat dalam sehari-harinya (Ilyas, 2011).

Beban kerja diukur dari lama tindakan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien yang meliputi kegiatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan. Hasil tersebut jika dihitung dengan membandingkan 7 jam kerja akan diperoleh tingkat produktivitasnya adalah 34%, tentunya masih jauh dari standart yaitu 80%. Sedangkan di kelas Utama beban kerja adalah 136 menit atau 2 jam 16 menit, sehingga jika dibandingkan dengan waktu 7 jam kerja diperoleh tingkat produktivitas 32%. Produktivitas yang kurang dari standar tidak hanya di RSUD Gambiran tapi juga di di Rumah Sakit Umum Prof. Dr. R. D. Kandou Manado menunjukkan bahwa tingkat produktivitas perawat di rumah sakit tersebut masih kurang dari standar yaitu 65,06%. Namun penelitian ini mempunyai kelemahan karena hanya memotret beban kerja perawat dalam waktu 6 hari sehingga tidak bisa menggambarkan kondisi beban kerja selama 1 bulan.

Beban kerja merupakan volume waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan tiap-tiap kegiatan pokok terkait fungsinya (Depkes, 2004). Rata-rata waktu tersebut akan dibandingkan dengan waktu yang tersedia sehingga pada akhirnya akan menjadi acuan pihak manajemen dalam menetapkan standart beban kerja untuk satu tahun. Penghitungan beban kerja perawat berarti memberikan gambaran berapa lama waktu yang diperlukan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien. Semakin sering kontak perawat dengan pasien akan meningkatkan kualitas pelayanan karena akan tercipta sebuah *trust* sehingga menjadi bagian support system bagi kesembuhan pasien. Kepuasan pasien akan meningkat jika semakin banyak kontak perawat dengan pasien jika dibandingkan waktu yang hanya habis untuk kegiatan kurang berguna dan dokumentasi (Westbrook, Duffield, Li, Creswick, 2011).

Kegiatan tidak produktif di kedua ruangan tersebut masih lebih tinggi dari penggunaan waktu produktif. Jika ditelaah lebih lanjut penggunaan waktu non produktif seharusnya tidak boleh melebihi dari 20%. Ilyas (2011) menyatakan bahwa kegiatan produktif optimum adalah 80% dari waktu kerja yang tersedia.

Aktivitas produktif adalah aktivitas langsung ditambah aktivitas tidak langsung, dimana kegiatan pribadi dan non produktif termasuk kegiatan lainnya (Irnalita, 2008). Pada penelitian ini aktivitas produktif selain kegiatan langsung dan tidak langsung juga termasuk pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat kepada pasien.

Waktu produktif perawat menurut O'brien et al (2004) menyatakan bahwa produktivitas perawat adalah 85% dengan nilai toleransi 5% untuk nilai maksimum dan minimum. Menurut Ilyas (2011) waktu produktif seseorang untuk bekerja adalah 80%, karena tidak mungkin seseorang mampu bekerja sampai dengan 100% dengan asumsi 20% untuk kegiatan lainnya.

Meskipun begitu perawat merasa bahwa beban kerja yang dirasakan termasuk tinggi sehingga menyebabkan kejenuhan dan produktivitas menurun walaupun belum pernah diukur sebelumnya (Wijianti dan Lukitasari, 2012). Kejenuhan akan muncul jika pekerjaan yang dilakukan monoton karena aktivitas yang dihadapi di

ruangan tidak berubah, dan bisa juga karena kurangnya dukungan dari organisasi. Bahkan perilaku pasien di ruangan juga bisa memberikan dampak stres bagi perawat akibat konflik perilaku antara perawat dan pasien (Chen, Davis, Pan, Daraiseh, 2011).

Hasil penelitian tersebut sesuai dengan kondisi pasien di ruang rawat kelas III RSUD Gambiran dengan karakteristik pasien dengan pengetahuan yang rendah sehingga dapat memberikan beban tersendiri bagi perawat. Beban tersebut dapat mempengaruhi hubungan perawat dan pasien sehingga akan berpengaruh dalam pelaksanaan kegiatan langsung kepada pasien.

Kejenuhan pada perawat dapat memberikan implikasi yang tidak baik bagi institusi tempat perawat bekerja maupun bagi dirinya sendiri. Bagi institusi tentunya akan menurunkan kualitas pelayanan kepada pasien, penurunan kepuasan kerja, penurunan kinerja sehingga, serta komitmen pada organisasi (Shanafelt, 2002).

Kinerja dan produktivitas mempunyai kaitan erat. Kinerja adalah serangkaian kegiatan perawat yang ditampilkan dalam kegiatan sehari-hari yang merupakan penerapan pengetahuan, ketrampilan, serta pertimbangan yang efektif dalam memberikan pelayanan (Soeprihanto, 2000). Kinerja dipengaruhi oleh faktor individu, faktor organisasi, serta faktor psikologi (Ilyas, 2002).

Produktivitas yang kurang dari standar baik di kelas III maupun di kelas Utama tentunya perlu dievaluasi oleh pihak manajemen. Produktivitas dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi faktor lingkungan, staf, organisasi, serta faktor manajerial (Aditama, 2006). Dari faktor lingkungan kita perlu melihat bahwa RSUD Gambiran adalah rumah sakit yang sudah berstatus menjadi Badan Layanan Umum (BLU) yang mempunyai otonomi sendiri, sehingga dalam pendekatannya perlu melalui sebuah kebijakan dari pemegang otoritas wilayah. Perlunya kesepakatan dan komitmen tinggi dari direktur rumah sakit dan jajaran pemerintah. Kesepakatan bahwa kesehatan pada saat sekarang merupakan sebuah usaha yang memerlukan manajemen serius dan memerlukan biaya yang tidak sedikit sehingga dalam membuat kebijakan akan lebih terarah.

Transformasi budaya kerja juga perlu menjadi perhatian. Pentingnya kepemimpinan yang mampu menjadi *prime over* dari sebuah perubahan, sehingga para staf ikut termotivasi dalam bekerja, munculnya rasa saling bangga terhadap tugasnya masing-masing. Komitmen dalam kinerja yang baik juga menjadi daya dorong yang kuat dalam mencapai sebuah visi dan misi, sehingga visi misi tidak hanya menjadi impian bagi sebagian orang (Muninjaya, 2011).

Pengadaan ketenagaan rumah sakit perlu mengevaluasi kembali kinerja personalia. Tanpa evaluasi yang standar dan kontinyu, pengadaan tenaga hanya akan menambah beban bagi rumah sakit tidak secara kualitas. Manajemen ketenagaan diharapkan dapat menerapkan proses manajemen dengan fungsi manajemen yang mampu menerjemahkan visi dan misi rumah sakit. Manajemen tersebut meliputi proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengendalian dalam pengadaan tenaga kerja, pengembangan, kompensasi, pemeliharaan (Hasibuan, 2006).

Pengembangan sumber daya manusia tidak hanya dikembangkan secara kuantitas tapi juga secara kualitas. Memang di RSUD Gambiran sekarang sudah terprogram pengembangan sumber daya manusia melalui pelatihan dan pemberian cuti sekolah bagi para perawatnya. Namun alangkah sebaiknya evaluasi kinerja yang berkelanjutan terhadap kinerja juga perlu dilakukan.

Rumah sakit belum melakukan penghitungan beban kerja per satuan sumber daya manusia. Rumah sakit menggunakan pedoman dari BKN bahwa rumah sakit pendidikan membutuhkan perawat sejumlah 464 perawat. Namun pedoman tersebut belum ada distribusi jelas berapa kebutuhan perawat terkait tingkat pendidikan. Alangkah sebaiknya jika RSUD Gambiran melakukan telaah kembali terkait kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja dan melihat kualitas kinerja para perawat.

Smith (2008) mengemukakan perlunya sebuah organisasi membuat standar produktivitas kinerja. Dalam unit keperawatan, perlunya monitoring serta evaluasi yang berkelanjutan untuk meningkatkan produktivitas. Smith (2008) juga menekankan perlunya komitmen dari para manajer untuk ikut serta menerapkan

kepemimpinan yang efektif dalam mendorong kinerja para staf mencapai produktivitas yang optimal.

6.4 Keterbatasan penelitian

Penelitian ini kurang menggambarkan beban kerja perawat selama 1 bulan karena hanya diambil dalam waktu 6 hari untuk 1 ruangan, padahal idealnya beban kerja perawat dihitung per satuan tahun. Sampel yang diambil belum bisa menggambarkan beban kerja perawat di Ruang Dalam Kelas III karena hanya diambil secara *accidental*, sehingga hasil dari penelitian ini belum bisa menggambarkan kondisi nyata kinerja perawat di kelas III. Selain itu pengamatan subyek perawat yang diambil secara random memungkinkan peneliti untuk mengamati perawat yang kurang produktif sehingga tidak menggambarkan semua kegiatan perawat.

Cara penghitungan beban kerja menggunakan *work sampling* tidak bisa menilai kualitas kegiatan perawat akan lebih baik lagi jika menggunakan observasi yang berkelanjutan yaitu *time and motion study*. Keterbatasan jumlah observer yang hanya 3 orang sehingga tidak dapat mengamati kegiatan perawat secara keseluruhan.

6.5 Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada pihak manajemen rumah sakit tentang perencanaan ketenagaan supaya jangan sampai kelebihan atau kekurangan tenaga. Harapannya dengan jumlah tenaga yang sesuai akan memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas mengingat RSUD Gambiran merupakan rumah sakit besar sebagai rumah sakit rujukan.

Pihak rumah sakit diharapkan tidak hanya memenuhi kebutuhan perawat terhadap kuantitas tapi juga secara kualitas. Pengembangan dari segi kuantitas bisa dimulai dengan tahap rekrutmen yang benar-benar sesuai dengan misi rumah sakit. Namun tidak hanya pengembangan sumber daya manusia, tapi juga unsur-unsur manajemen yang lainnya meliputi penyediaan sarana dan prasarana yang memadai sesuai perkembangan teknologi, penyediaan finansial, serta penyediaan akses

informasi yang cepat dalam menunjang perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan.

Pengembangan karyawan kearah profesionalisme perlu ditingkatkan, tidak sekedar memberikan kesempatan pelatihan-pelatihan yang hanya berlaku untuk diri perawat sendiri dan tidak ada tindak lanjut bagi pengembangan diri dan kolega. Pihak rumah sakit memberikan dorongan kepada para perawat yang mampu melakukan riset di rumah sakit sehingga perawat terpacu untuk mengembangkan pemikiran kritisnya yang tentunya diikuti pemberian reward yang positif.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Bab ini akan menampilkan rangkuman setelah peneliti melakukan telaah terhadap rumusan masalah, tinjauan pustaka, kerangka konsep, hasil penelitian dan pembahasan, yang pada akhirnya peneliti mengambil kesimpulan :

Perawat belum tampak melakukan kegiatan mandiri keperawatan. Hal tersebut dapat dilihat dari rata-rata waktu asuhan keperawatan yang tergambar dari beban kerja perawat lebih kecil dibandingkan kegiatan non asuhan keperawatan. Selain itu perawat juga lebih banyak melakukan kegiatan tidak langsung daripada kegiatan langsung. Pendidikan kesehatan sebagai tindakan mandiri perawat juga masih jarang dilakukan oleh perawat kepada pasien. Kondisi tersebut terjadi baik di Ruang rawat inap kelas III maupun kelas Utama. Padahal secara ketenagaan perawat di ruangan telah tercukupi sehingga pihak manajemen perlu mengevaluasi kembali kinerja perawat demi pelayanan yang berkualitas.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi rumah sakit

- a. Manajemen rumah sakit secara bertahap meningkatkan tingkat pendidikan para perawat yang masih Diploma menjadi Sarjana Keperawatan sehingga perawat menjadi lebih mengetahui peran mandiri perawat dan percaya diri dalam melakukan tindakan mandiri kepada pasien.
- b. Manajemen rumah sakit mulai menghitung beban kerja perawat di semua unit keperawatan. Selain itu diharapkan manajemen rumah sakit dapat mengevaluasi tingkat ketergantungan pasien sehingga dapat diketahui kebutuhan sebenarnya terhadap tenaga perawat.

- c. Menggunakan metode pendokumentasian yang lebih simpel namun komprehensif untuk meringankan kegiatan pendokumentasian tindakan perawat sehingga perawat lebih banyak melakukan kegiatan langsung.
- d. Memberikan reward untuk memberikan motivasi perawat dalam melakukan kegiatan langsung.
- e. Menentukan kebijakan dalam perencanaan ketenagaan melalui bagian sumber daya manusia dengan mempertimbangkan beban kerja riil di lapangan
- f. Mengevaluasi kegiatan supervisi selama ini serta menetapkan uraian tugas supervisor

7.2.3 Bagi kepala ruangan

Kepala ruangan dapat mengevaluasi kembali proses supervisi dan membuat perencanaan harian, bulanan, serta tahunan sehingga dapat mengevaluasi kinerja staf.

7.2.4 Bagi perawat pelaksana

Perawat meningkatkan kinerjanya serta mau menggunakan waktu dengan kegiatan yang lebih bermanfaat saat tidak memberikan pelayanan kepada pasien, Selain itu perawat dituntut mampu membuat perencanaan tindakan kepada pasien sehingga perawat dapat melakukan manajemen waktu menjadi lebih efektif dan efisien.

7.2.2 Peneliti selanjutnya

Para peneliti yang ingin melanjutkan penelitian ini dapat melakukan penghitungan beban kerja dengan metode *work sampling* yang lebih baik, serta observer yang seimbang dengan responden yang diamati sehingga bisa mengamati kegiatan perawat secara keseluruhan. Selain itu waktu pengamatan bisa di tambah supaya bisa mendekati gambaran beban kerja perawat dalam setahun.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2006). *Manajemen administrasi rumah sakit* (edisi kedua). Jakarta: UI-Press.
- Aiken et al. (2002). Nursing and home care: implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Journal of Health Research and Educational Trust* DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x, 904-921.
- Al Kandari, F., Thomas, D. (2008). Adverse nurse outcome: correlation to nurse' workload, staffing, and shift rotation in Kuwaiti hospitals. *Journal of Applied Nursing Research* 21: 139-146. Diunduh dari www.sciencedirect.com tanggal 26 September 2012
- Arwani & Supriyatno (2006). *Manajemen bangsal keperawatan*. (Cetakan. Pertama). Jakarta: EGC
- Asmuji. (2012). *Manajemen keperawatan: konsep dan aplikasi*. Jogjakarta: AR-RRUZ MEDIA
- Benner, Patricia (2001). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. United States of America: Prentice-Hall Inc.
- Bobrow M, Thomas J.(2000). *Multibed verses single-bed rooms*. In: Kobus R, Skaggs RL, Bobrow M, et al., editors. *Building type basics for healthcare facilities*. New York: John Wiley & Sons. pp. 145–57.
- Chen, Jie, Davis, L.S., Davis, K.G., Pan, Wei, Daraiseh, N.M., (2011). Physiological and behaviour response pattern at work among hospital nurse. *Journal of Nursing Management* 19.
- Choi, W.J., Park, S.H., Park I.S., Shin, H.J., (2003). The effect of nursing information system on the nursing job focused on direct and indirect nursing time. *Journal of Korean society of informatics*.
- Chung et al (2006). An evaluation of the time for nursing activity in a hospital using a full electronic medical record system. Korea: IOS Press
- Craven dan Hirnle. (2000). *Fundamental of nursing: human health and function*. Ed 3. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Permenkes No.1045/MENKES/PER/XI Tentang pedoman organisasi rumah sakit di lingkungan Depkes*. Diakses dari <http://kars.or.id/index.php> diunduh tanggal 26 september 2012.

- Departemen Kesehatan RI (2010). *Estimasi kebutuhan SDM kesehatan di rumah sakit kelas B, C, dan D serta puskesmas*. Jakarta: PUSRENGUN PPSDM
- Departemen Kesehatan RI. (2010). *Permenkes No.340/MENKES/PER/III Tentang Klasifikasi Rumah Sakit*. Diakses dari <http://kars.or.id/index.php> diunduh tanggal 26 september 2012.
- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Undang-Undang No. 44 Tentang Rumah Sakit*
- Finkler, Steven A., Kovner, Cristin T. (2000). *Financial management for nurse manager Aand executives*. New York: W.B. Saunders Company.
- Furaker, Carina. (2009). Nurse Everyday in Hospital Care.. *Journal Nursing Management 17*.
- Ganap, Iphigenia M., (2003). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan keputusan dalam memilih layanan ruang rawat Inap VVIP, VIP dan Kelas I di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok*. Tesis, Universitas Indonesia. Program Pascasarjana FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Gillies, De Ann. (2000). *Manajemen keperawatan: suatu pendekatan sistem* (edisi kedua).
- Goveia, Terry. (2009). Comparing notes on workload, patient care, and the use of IT. *Canadian health care manager*. Kanada : Rogers Business and Professional Publishing Research Group
- Hafizurrahman (2009). Sumber daya manusia rumah sakit di Q-Hospital. *Majalah Kedokteran Indonesia* Volume 59, Nomor 8. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Hasibuan, Malayu S.P, (2006). *Manajemen dasar, pengertian, dan. masalah*, Edisi Revisi, Bumi Aksara:Jakarta
- Hendrich, Ann, Chow, M., Skierczynski, BA., Lu, Zhenqiang. (2008). A 36-Hospital time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time?. *The Permanent Journal*, 12(3), 25-34.
- Hughes, Ronda. (2008). *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. AHRQ Publication No. 08-0043. Robert Wood Johnson Foundation. Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/>
- Hermawan. (2011). Peraturan Menteri Keuangan Nomor 140/PMK.01/2006 tanggal 29 Desember 2006 tentang Pedoman pelaksanaan analisis beban kerja (Work Load Analysis). Diakses dari <http://www.bppk.depkeu.go.id>, diunduh tanggal 7 September 2012

- Hadley, F., Graham, K., Flannery, M., (2005). *Nursing workload measurement tools*. Canadian Nurse Association.
- Huber, Diane L.,(2000). *Leadership and nursing care management*. Elsevier Inc.
- Hutahaean, Serri. (2010). *Konsep dan dokumentasi proses keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Harkreader, H., Hogan, M.A., Thobaben, M. (2007). *Fundamentals of nursing: caring and clinical judgment*. Saunders Inc Publisher
- ICN. (2010). *Definition of Nursing*. Diunduh pada tanggal 12 September 2012 dari <http://www.icn.ch/publication/2010>
- Ilyas, Yaslis. (2011). *Perencanaan SDM rumah sakit: teori, metoda dan formula*. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Indriati, D.K. (2009). *Analisa beban kerja perawat dengan menggunakan daily log di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Diakses dari www.unair.ac.id diunduh tanggal 7 September 2012
- Irnalita, (2008). *Analisis kebutuhan tenaga perawat berdasarkan beban kerja dengan menggunakan metode work sampling pada instalasi Gawat Darurat BPK RSUD Dr. Zainoel Abidin*. Tesis, Universitas Indonesia. Program Pascasarjana FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Keliat, B.A., (2006). *Model-model praktek keperawatan jiwa*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Indonesia dan World Health Organization.
- Kozier, Barbara. (2008). *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. USA: Pearson Education
- Kusnanto, (2004). *Pengantar profesi dan praktik keperawatan profesional*. Jakarta: EGC
- Lookinland, S., Tiedeman, M., & Crosson, A. (2005). Nontraditional models of care delivery: have they solved the problem?. *Journal of Nursing Administration*, 35(2)
- Marquis,B.,& Huston. (2012). *Leadership roles and function in nursing*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Meretoja, O.A., (2009). *We should work less at night*. *Journal Compilation*. Singapura
- Moore, N. (2004). *Notes from the floor (electronic version)*. *Nursing Administration Quarterly*, 28(4)

- Moorhouse, Townsend, Doengoes, 2002. *Nursing care plans: guidelines for individualizing patient care*. F. Davis Company: USA
- Morrison, Paul, Burnard, Phillip. (2008). *Caring and communication: the interpersonal relationship in nursing*. Philadelphia
- Muninjaya, Gde.(2011). *Manajemen mutu pelayanan keperawatan*. EGC: Jakarta
- Myny, D., Hecke A.V., Bacguer, D.D, Verhaeghe, S., Gobert, M., Deflor, T., (2011). Determining a set of measurable and relevant factors affecting nursing workload in the acute care hospital setting: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (4), 427-436.
- O'brien, L., Thompson, D., Hall, L.M., Pink, G., Kerr, M., (2004). Evidence Based Standart For Measuring Nurse Staffing and Performance. *Canadian Health Service Research Foundation*.
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia No. KEP/75/M.Pan/7/2004 Tentang Pedoman Perhitungan Kebutuhan Pegawai Berdasarkan Beban Kerja Dalam Rangka Penyusunan Formasi Pegawai Negeri Sipil
- Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 138/Menkes/PB/II/2009 dan No 12 tahun 2009. Diakses dari <http://www.pdpersi.co.id/peraturan/permenkes/pmk1382009.pdf> diunduh pada tanggal 26 September 2012
- Perry, A.G., Potter, P.A. (2009). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
- Pohan, I.S. (2007). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC
- Prawitasari, Shinta. (2009). *Hubungan beban kerja perawat pelaksana dengan keselamatan pasien di Rumah Sakit Husada Jakarta*. Tesis, Universitas Indonesia. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Prayetni. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan burn out pada perawat pelaksana di RSUP Persahabatan*. Jakarta. Tesis. FIK-UI. Jakarta: Tidak di publikasikan.
- Robot, F.J.M., (2009) *Analisis beban kerja perawat pelaksana dalam mengevaluasi kebutuhan tenaga perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Prof. dr. R.D. Kandau Manado*. Tesis, Universitas Indonesia. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.

- Royal College of Nursing (2010). *Royal College of Nursing: Guidance on safe nurse staffing levels in the UK*. www.rcn.org.uk diunduh tanggal 10 September 2012
- Siagian, S. (2002). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Simon, S.L., (2006). Long hours and no breaks: a patient safety concern. *Neonatal network*
- Sitorus, R., Yulia, (2006). *Model praktik keperawatan profesional di Rumah Sakit*. EGC: Jakarta
- Smith, D.K. (2001). Staff nurses views of their productivity and non productivity. *Health care management review*. Los Angeles: Aspen Publisher Inc.
- Suarli, S., Bahtiar, Y. (2012). *Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Sudarma, Momon. (2008). *Sosiologi untuk kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Soeprihanto, J. (2000). *Penilaian kinerja dan pengembangan karyawan*. BPFE
- Susanto, Agung. (2002). *Analisis terhadap aktivitas keperawatan kaitannya dengan beban kerja perawat di Ruang Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Karya Medika Bekasi*. Tesis, Universitas Indonesia. Program Pascasarjana FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Sutarman. (2011). *Analisis perbandingan beban kerja tenaga perawat di ruang rawat inap khususnya Ruang VIP dengan bangsal Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*. Tesis Universitas Diponegoro Tesis. Program Pascasarjana FKM Undip. Tidak dipublikasikan. Diunduh dari <http://eprints.undip.ac.id/5990/> tanggal 26 September 2012
- Swansburg, C.R., Swansburg, R.J.. (2002) *Introduction to management and leadership for nurse managers*. Jones&Bartlett Publishers: USA
- Tambunan, Monalisa. (2002). *Analisa beban kerja perawat di Ruang MPKP RSPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Tesis, Universitas Indonesia. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Tappen, R.M., Weiss, S.A., & whitehead, D.K. (2004). *Essential of nursing leadership and management*. (3rd ed.). Philadelphia : F.A. Davis.
- (2005). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum
- , (2010). *Warta RSUD Bulletin RSUD dr. H. Soemarno Sastroatmodjo Kuala Kapuas No 9 Tahun IV Edisi Juli - September 2010*.

- Wahyudi, Iwan. (2010). *Hubungan persepsi perawat tentang profesi keperawatan, kemampuan, dan motivasi kerja terhadap kinerja perawat pelaksana di RSUD dr. Slamet Garut*. Tesis, Universitas Indonesia. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Westbrook, Johanna I., Duffield, C., Li, Ling, Creswick, NJ. (2011). How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Services Research* 11:319. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/319>
- Wijianti dan Lukitasari. (2012). Hasil residensi manajemen keperawatan di RSUD Gambiran Kota Kediri.
- Williams, H., Harris, R., Stokes, L.T. (2009). Work Sampling: a quantitative analysis of nursing activity in a neuro-rehabilitation setting. *Journal of Advance Nursing*. Blackwell Publishing Ltd
- Yoder-Wise, P.S. (2011). *Leading and managing in nursing*. USA: Mosby Inc an affiliate of Elsevier Inc.
- Zimmermann, Pollyberber. (2002). *Nursing management secret*. Philadelphia: Hanley & Belfis Inc.

Planning of Action penelitian di RSUD Gambiran Kota Kediri

No	Uraian Kegiatan	September				Oktober				Nopember				Desember				Januari			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Penyusunan proposal																				
2.	Ujian proposal																				
3.	Pemilihan observer																				
4.	Pengumpulan hasil observasi																				
5.	Pengolahan dan analisa data																				
6.	Ujian hasil																				
7.	Penulisan 1 draft artikel untuk publikasi																				
8.	Sidang tesis																				
9.	Perbaikan tesis																				
10.	Jilid <i>hard cover</i>																				
11.	Pengumpulan laporan tesis																				



Lampiran 2
UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 4274H2.F12.D/PDP.04.00/2012

01 November 2012

Lampiran :

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Yth. Direktur
RSUD Gambiran Kota Kediri
Jl KH. Wahid Hasyim No 64
Kediri - Jawa Timur

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:

Sdr. Endah Tri Wijayanti
NPM 1006833640

akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Analisa Perbandingan Beban Kerja di Ruang Dalam Kelas Utama dan Ruang Dalam Kelas III di RSUD Gambiran Kota Kediri**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD Gambiran Kota Kediri.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
3. Ka. Diklat RSUD Gambiran Kota Kediri
4. Kabid Keperawatan RSUD Gambiran Kota Kediri
5. Ketua Komite Etik RSUD Gambiran Kota Kediri
6. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
7. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
8. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA Lampiran 3
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

No. 34/H2.F12.D/HKP.02.04/2012

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Analisa Perbandingan Beban Kerja Perawat di Ruang Dalam Kelas III dan Ruang Dalam Kelas Utama di RSUD Gambiran Kota Kediri.

Nama peneliti utama : Endah Tri Wijayanti

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 28 Nopember 2012

Ketua,

Dra. Setyowati, SKp, M.App.Sc, PhD

NIP. 19511427 197703 2 001



PEMERINTAH KOTA KEDIRI Lampiran 4
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GAMBIRAN

Jl. K.H. Wahid Hasyim No. 64 Telp. (0354) 773097, 774494 Fax (0354) 773097
KEDIRI 64114

Kediri, 9 November 2012

Nomor : 420/ 3434 /419.80/2012
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan Ijin
Penelitian

Kepada
Yth. Sdr. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Di
DEPOK

Menindaklanjuti Surat Saudara Nomor 4274/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 Tanggal 1 November 2012 perihal sebagaimana pada pokok surat, kami sampaikan dengan hormat bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan dapat menyetujui rencana penelitian oleh mahasiswa Saudara, yaitu:


N a m a : Endah Tri Wijayanti
N P M : 1006833640
: Analisa Perbandingan Beban Kerja Perawat di Ruang Dalam Kelas Utama dan Ruang Dalam Kelas III di RSUD Gambiran Kota Kediri.

dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Sanggup memenuhi administrasi RSUD Gambiran Kediri, sesuai ketentuan yang berlaku.
2. Tidak mempublikasikan hasil penelitian tanpa ijin tertulis dari Direktur RSUD Gambiran Kota Kediri.
3. Setelah buku tesis tersusun dan disahkan oleh Intitusi Pendidikan, diwajibkan menyerahkan 1 (satu) buah untuk dokumentasi RSUD Gambiran ke Instalasi Diklat.

Demikian untuk menjadikan maklum. Atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD GAMBIRAN
KOTA KEDIRI
Wakil Direktur Umum dan Keuangan


DADIEK SUMARDIANTO, SKM., MM
Pembina
NIP. 19610403 198512 1 002

Lampiran Jenis Aktivitas Perawat Berdasarkan Kategori Kegiatan

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Langsung Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Pagi di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Pagi

Pemantauan cairan
Medikasi
Bed making
Persiapan pasien operasi
Memasang infuse
Memberikan obat oral
Memberikan makanan oral
Memberikan oksigen
Rawat luka
Menggambil sampel
Mengantar pasien konsul
TTV
Memasang kateter
Merawat jenazah
Tranfusi

Kelas III

Pagi

Bed making
Medikasi
Memasang infuse
Rawat luka
Anamnesa
Memperbaiki posisi tidur
Pemantauan cairan
EKG
RJP
Memberikan cairan per NGT
Memberikan obat oral
Persiapan konsul ke bag lain
Memberikan oksigen
TTV
Nebulizer
Membantu BAB dan BAK
Mengganti baju pasien
Membantu pasien muntah
Observasi pasien
Merawat jenazah
Melatih batuk efektif

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Langsung Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Sore di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Sore

Medikasi
Pemantauan cairan
Memberikan obat oral
Memberikan oksigen
Memasang infuse
Anamnesa
Persiapan pasien operasi
TTV
Mengambil sampel
Observasi pasien

Kelas III

Sore

Medikasi
Memantau cairan
Memberikan obat oral
Memasang infuse
Anamnesa
RJP
Mengambil sampel
Tranfusi darah
Persiapan pasien konsul
TTV
Merawat jenazah
Bed making
Membantu pasien muntah
Observasi kondisi pasien
Memasang kateter
Memasang NGT

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Langsung Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Malam di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Malam

Medikasi
TTV
Persiapan pasien operasi
Mengambil sampel
Anamnesa
Persiapan pasien konsul
Memasang kateter
Pemantauan cairan
Memasang infuse
Bed making
Observasi pasien
Memberikan oksigen
Tranfusi

Kelas III

Malam

Medikasi
Memasang infuse
Mengambil spesimen
Memberikan obat oral
Mempersiapkan pasien operasi
Memberikan oksigen
Anamnesa
Observasi kondisi pasien
Kubah lambung
Membantu pasien muntah
Memasang NGT
Memperbaiki posisi tidur
Memantau cairan
EKG
Merawat jenazah

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Tidak Langsung Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Pagi di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Pagi

Dokumentasi
Visite dokter
Koordinasi
Menyiapkan obat
Konfirmasi hasil
Membaca status pasien
Administrasi

Kelas III

Pagi

Dokumentasi
Menyiapkan obat
Visite dokter
Koordinasi
Administrasi
Menyiapkan alat
Konfirmasi pasien
Membaca status pasien

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Tidak Langsung Oleh Perawat Pelaksana Pada Sore di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas utama

Sore

Dokumentasi
Menyiapkan obat
Persiapan alat
Koordinasi
Visite dokter
Membaca status pasien
Menyiapkan alat

Kelas III

Sore

Dokumentasi
Menyiapkan obat
Koordinasi
Membaca status pasien
Menyiapkan alat
Konfirmasi hasil pasien
Administrasi

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Tidak Langsung Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Malam di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Malam

Dokumentasi
Menyiapkan obat
Menyiapkan alat
Koordinasi
Konfirmasi pasien

Kelas III

Malam

Dokumentasi
Menyiapkan obat
Persiapan alat
Konfirmasi pasien
Koordinasi
Visite dokter

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Pendidikan Kesehatan Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Pagi di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Pagi

Kondisi penyakit pasien
Penjelasan prosedur operasi
Prosedur perawatan
Penjelasan administrasi

Kelas III

Pagi

Kondisi penyakit pasien
Perawatan di rumah
Prosedur perawatan

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Pendidikan Kesehatan Oleh Perawat Pelaksana
Pada Shift Sore di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD
Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Sore

Kondisi penyakit pasien
Perawatan di rumah
Penjelasan resep obat

Kelas III

Sore

Kondisi penyakit pasien
Perawatan di rumah
Prosedur perawatan

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Pendidikan Kesehatan Oleh Perawat Pelaksana
Pada Shift Malam di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD
Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Malam

Kondisi penyakit pasien
Penjelasan prosedur operasi

Kelas III

Malam

Kondisi penyakit pasien
Prosedur perawatan

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Pribadi Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Pagi
di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota
Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Pagi

Makan minum
Ke kamar mandi
Ganti baju dinas
Sholat

Pagi

Makan minum
Ke kamar mandi
Sholat

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Pribadi Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Sore
di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota
Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Sore

Makan minum
Sholat
Ke kamar mandi
Ganti baju dinas

Sore

Sholat
Ke kamar mandi
Makan minum

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Pribadi Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Malam di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Malam

Ke kamar mandi
Makan minum
Sholat
Ganti baju dinas

Malam

Ke kamar mandi
Makan minum
Sholat
Ganti baju dinas

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Non Produktif Kesehatan Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Pagi di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Pagi

Mengobrol
Nonton TV
Keluar

Kelas III

Pagi

Mengobrol
Baca Koran
Keluar
Nonton tv

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Non Produktif Kesehatan Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Sore di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Sore

Mengobrol
Nonton tv
Keluar
Baca Koran
Datang terlambat

Kelas III

Sore

Mengobrol
Nonton TV
Baca Koran
Keluar

Jenis Kegiatan Berdasarkan Kategori Kegiatan Non Produktif Kesehatan Oleh Perawat Pelaksana Pada Shift Malam di Ruang Rawat Inap Kelas III dan Ruang Rawat Inap Kelas Utama RSUD Gambiran Kota Kediri Nopember 2012

Kelas Utama

Malam

Tidur > 30 menit
Nonton tv
Mengobrol
Keluar
Baca Koran
Pulang sebelum jadwal
Datang terlambat

Kelas III

Malam

Tidur > 30 menit
Nonton tv
Mengobrol
Baca Koran

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama Lengkap : Endah Tri Wijayanti
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Menikah
Pekerjaan : Staf Pengajar DIII Keperawatan UNP Kediri
Alamat kantor : Jl. Kh. Ahmad Dahlan no. 76 Kediri
Email : endahfajarina@yahoo.co.id/endahfajarina@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

S2	Magister FIK-UI	Lulus 2012
S1	PSIK Universitas Brawijaya	Lulus 2007
SMA	SMUN 1 Maospati	Lulus 2002
SMP	SMPN 1 Magetan	Lulus 1999
SD	SDN Kedungguwo 1	Lulus 1998

Riwayat Pekerjaan :

Staf Pengajar Prodi DIII Keperawatan UNP Kediri mulai tahun 2008 sampai sekarang