

**ANALISIS KEBUTUHAN JUMLAH TENAGA PERAWAT
BERDASARKAN BEBAN KERJA PADA INSTALASI
RAWAT INAP RSUD MAMUJU UTARA
PROVINSI SULAWESI BARAT**

***AN ANALYSIS ON THE NEED OF THE NUMBER OF
NURSES BASED ON WORK LOAD IN INPATIENT
INSTALLATION OF NORTH MAMUJU
PUBLIC HOSPITAL***

SYARIFUDDIN SADE



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

**ANALISIS KEBUTUHAN JUMLAH TENAGA PERAWAT
BERDASARKAN BEBAN KERJA PADA INSTALASI
RAWAT INAP RSUD MAMUJU UTARA
PROVINSI SULAWESI BARAT**

Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

SYARIFUDDIN SADE

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : SYARIFUDDIN SADE

Nomor Pokok : P1802211014

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juni 2013

Yang menyatakan

SYARIFUDDIN SADE

ABSTRAK

SYARIFUDDIN SADE. *Analisis Kebutuhan Jumlah Tenaga Perawat Berdasarkan Beban Kerja Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Mamuju Utara* (dibimbing oleh **Amran Razak** dan **Ridwan M. Thaha**)

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebutuhan jumlah tenaga perawat ditinjau berdasarkan beban kerja dengan menggunakan formula hasil lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Penelitian dilakukan di instalasi rawat inap RSUD Mamuju Utara. Jenis penelitian adalah survey deskriptif, Populasi penelitian seluruh petugas kesehatan RSUD Mamuju Utara dengan sampel kepala sub bagian tata usaha, kepala seksi pelayanan dan perawatan, kepala seksi rekam medik dan pelaporan teknis, seluruh kepala ruang pada instalasi rawat inap dan pendidikan minimal diploma. Pengumpulan data diambil dengan menyalin data register pasien untuk menghitung jumlah pasien dan lama hari perawatan kemudian diolah melalui program Microsoft Excel, data dianalisis dengan metode formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSUD Mamuju Utara yang berdasarkan formula hasil lokakarya PPNI sebanyak 38 tenaga keperawatan. Jumlah tenaga yang tersedia saat ini yaitu 25 orang, maka masih perlu dilakukan penambahan tenaga keperawatan sebanyak 13 tenaga (34,21%). Untuk ruangan perawatan I masih perlu penambahan 9 tenaga perawat, ruangan perawatan II perlu penambahan 2 tenaga perawat, dan ruang perawatan III masih perlu penambahan 2 tenaga perawat.

Kata kunci : analisis kebutuhan perawat, PPNI

ABSTRAK

SYARIFUDDIN SADE. An Analysis on the Need of the Number of Nurses Based on Work Load in Inpatient Installation Of North Mamuju Public Hospital (supervised by Amran Razak and Ridwan M. Thaha)

The aim of the research is to analyze the need of the number of nurses viewed from work load by using the formulae of the results of workshop of Indonesian National Nurses Association.

The research was a survey descriptive study conducted in North Mamuju Public Hospital. The populations were all health officials in North Mamuju Public Hospital and the samples were the head of administration sub-unit, the head of service and care unit, the head of medical record and technical reporting unit, and all heads of rooms in inpatient installation whose education is minimally diploma. The data were obtained by copying the data of patients' registers to count the number of patients and the long period of caring. The data were then processed using Microsoft Excel. They were analyzed using the method or formulae of Indonesian National Nurses Association.

The results of the research indicate that the need of nurses in inpatient installation in North Mamuju Public Hospital based on the formulae of the results of workshop of Indonesian National Nurses Association consists of 38 nurses. Compared to the number of available nurses, there are 25 existing nurses at present, so 13 nurses (34.21%) are still needed. There are 9 nurses needed for treatment room I, 2 nurses needed for treatment room II, 2 nurses also needed for treatment room III.

Key words : nurse need analysis, Indonesian National Nurses Association

PRAKATA



Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala karunia kesehatan dan kekuatan, sehingga penulis dapat merampungkan tesis dengan judul “ Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Beban Kerja Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Mamuju Utara”.

Penulis menyadari dalam penyelesaian tesis ini banyak mengalami hambatan serta kesulitan baik dari keterbatasan literatur maupun keterbatasan kemampuan berpikir, Oleh karena itu dengan rampungnya tesis ini yang merupakan pra syarat penyelesaian studi pada program studi Kesehatan Masyarakat dengan Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar, pada kesempatan ini izinkan penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada : **Prof. Dr. H. Amran Razak, SE, M. Sc** sebagai ketua komisi pembimbing dan **Dr. Ridwan Thaha, M. Sc**, sebagai anggota komisi pembimbing atas bantuan dan bimbingannya yang telah diberikan.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Bapak Prof. Dr.Ir. Mursalim Selaku direktur Pascasarjana, Bapak Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc selaku Ketua program Studi Kesehatan Masyarakat.
2. Bapak Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH selaku ketua Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

3. Seluruh Guru Besar, Dosen dan staf Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar khususnya jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
4. Ibu **Prof. Dr. Hj. Asiah Hamzah, Dra, Ma.**, Bapak **Dr. Darmawansyah, SE, MS.** Dan Bapak **Dr. drg, A. Zulkifli Abdullah, M. Kes.**, selaku penguji yang telah memberikan koreksi dan saran untuk perbaikan tesis ini.
5. Direktur RSUD Mamuju Utara beserta staf yang telah memberikan izin dan bantuan kepada penulis sehingga dapat melakukan penelitian.
6. Rekan-rekan mahasiswa Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang telah bersama sama menempuh suka dan duka selama mengikuti pendidikan.

Tak lupa pula penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya buat isteri Hasna Yunus dan anak-anakku tersayang Adza Fizabilillah dan Asqar Fasrillah serta Ibunda tercinta Halija Dahong, saudara-saudaraku Ruhani Sade, Baharuddin Sade, Nasruddin sade, Suryani sade, dan Herman sade, terimakasih yang tak terhingga atas doa, semangat, dukungan moril dan materil kepada penulis selama menempuh pendidikan hingga saat ini, serta semua pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, dan tesis ini kupersembahkan buat ayahanda tercinta Alm. Sade Lami.

Akhirnya, hanya kepada ALLAH SWT diserahkan segala amal ibadah, penulis menyadari bahwa tesis ini belum sempurna dan penulis berharap kritikan dan saran dari pembaca, semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pembangunan kesehatan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Amin.

Makassar. Juni 2012

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
ABSTRAK	v
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR GRAFIK	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	13
C. Tujuan Penelitian.....	14
D. Manfaat Penelitian	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Rumah Sakit	16
B. Perawat	22
C. Perencanaan SDM Rumah Sakit	27
D. Instalasi Rawat inap	38
E. Beban Kerja	39

F. Kerangka Teori	43
G. Kerangka Konsep.....	48
H. Definisi Operasional	48
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	50
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	50
C. Populasi dan Sampel	50
D. Variabel Penelitian	52
E. Teknik Pengumpulan Data	53
F. Cara Pengolahan, Penyajian dan Teknik Analisis Data	55
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil penelitian	57
B. Pembahasan	70
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	84
B. Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	xvii
LAMPIRAN	xxiii

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Metode Douglas (Swanburg, 1999)	32
2. Metode Douglas	41
3. Jumlah Tempat Tidur Berdasarkan Ruang Rawat Inap Di RSUD Mamuju Utara Tahun 2012	61
4. BOR Pelayanan Rawat Inap RSUD Mamuju Utara Bulan Januari Sampai Dengan Bulan Desember Tahun	62
5. Indikator Pelayanan Rawat Inap RSUD Mamuju Utara Tahun 2012.....	63
6. Rata-rata Angka Kunjungan Pasien Per-minggu Rawat Inap RSUD Mamuju Utara Tahun 2012.....	63
7. Distribusi Tenaga Keperawatan Berdasarkan Ruang Perawatan RSUD Mamuju Utara Tahun 2012.....	64
8. Jumlah Kebutuhan Tenaga Keperawatan Menurut Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia di Instalasi Rawat Inap RSUD Mamuju Utara Tahun 2012.....	66
9. Jumlah Kebutuhan Tenaga Keperawatan Menurut Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia di Instalasi Rawat Inap RSUD Mamuju Utara Tahun 2012.....	67
10. Selisih Jumlah Kebutuhan Tenaga Keperawatan Menurut Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia di Instalasi Rawat Inap RSUD Mamuju Utara Tahun 2012.....	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Metode Penyusunan Rencana Kebutuhan	28
2. Kerangka Teori Penghitungan Kebutuhan Tenaga Perawat	47
3. Kerangka Konsep Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat	48

DAFTAR GRAFIK

Grafik	Halaman
1. Perbandingan Jumlah Tenaga Yang Tersedia Dengan Kebutuhan Tenaga Keperawatan Berdasarkan Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di Instalasi Rawat Inap RSUD Mamuju Utara Tahun 2012	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. Tabel Sintesa Penelitian
2. Kerangka Operasional Penelitian
3. Instrumen Penelitian dan Wawancara Peneliti
4. Hasil Penghitungan BOR Tiap Ruang Rawat Inap
5. Hasil Penghitungan Jumlah Kebutuhan Tenaga Perawat Tiap Ruang Perawatan Rawat Inap Berdasarkan Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)
6. Grafik BOR, LOS, Data Kunjungan Pasien dan Data Tenaga Perawat RSUD Mamuju Utara
7. Izin Penelitian Dari Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar
8. Izin Penelitian Dari Kabid Litbang Pemerintah Provinsi Sulawesi Barat
9. Rekomendasi penelitian dari Kesbangpol Kabupaten Mamuju Utara
10. Surat Keterangan Melaksanakan Penelitian dari Direktur RSUD Mamuju Utara

DAFTAR SINGKATAN

ASKEP	: Asuhan Keperawatan
BOR	: Bed Occupancy Rate
BTO	: Bed Turn Over
Depkes	: Departemen Kesehatan
HKE	: Hari Kerja Efektif
ICU	: Intensive Care Unit
ICCU	: Intensive Cardiac Care Unit
IPSR	: Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Kemkes	: Kementerian Kesehatan
LOS	: Length Of Stay
MENPAN	: Menteri Pendayagunaan dan Aparatur Negara
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PP RI	: Peraturan Pemerintah Republik Indonesia
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PTT	: Pemanfaatan Tempat Tidur
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	: Sumber Daya Manusia
TT	: Tempat Tidur
TTP	: Tenaga Paramedis Perawat
UTDRS	: Unit Transfusi Daerah Rumah Sakit
UGD	: Unit Gawat Darurat

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Layanan jasa Rumah Sakit (RS), merupakan suatu layanan masyarakat yang penting dan dibutuhkan dalam upaya pemenuhan tuntutan kesehatan. Banyak unsur yang berperan dan mendukung berfungsinya operasional rumah sakit. Salah satu unsur utama pendukung tersebut adalah Sumber Daya Manusia (SDM) yang padat karya dan berkualitas tinggi, disertai kesadaran akan penghayatan pengabdian kepada kepentingan masyarakat khususnya dalam pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan. Ketersediaan sumber daya manusia kesehatan termasuk didalamnya tenaga dokter, perawat, bidan, dan sebagainya, yang merupakan unsur pokok input dalam suatu system pelayanan kesehatan, memberikan andil yang cukup besar dalam penciptaan *performance* pelayanan sebagai supplay atas tuntutan kebutuhan kesehatan masyarakat yang semakin hari semakin meningkat (Aditama, 2004).

Salah satu indikator keberhasilan rumah sakit yang efektif dan efisien adalah tersedianya SDM yang cukup dengan kualitas yang tinggi, profesional sesuai dengan fungsi dan tugas setiap personel. Ketersediaan SDM rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit berdasarkan tipe rumah sakit dan pelayanan yang diberikan kepada

masyarakat. Untuk itu ketersediaan SDM di rumah sakit harus menjadi perhatian pimpinan. Salah satu upaya penting yang harus dilakukan pimpinan rumah sakit adalah merencanakan kebutuhan SDM secara tepat sesuai dengan fungsi pelayanan setiap unit, bagian, dan instalasi rumah sakit (Ilyas Y, 2004).

Perencanaan SDM adalah suatu proses sistematis yang digunakan untuk memprediksi permintaan dan penyediaan SDM di masa datang. Melalui program perencanaan SDM yang sistematis dapat diperkirakan jumlah dan jenis tenaga kerja yang dibutuhkan pada setiap periode tertentu sehingga dapat membantu bagian SDM dalam perencanaan rekrutmen, seleksi, serta pendidikan dan pelatihan (Rachmawati, 2008).

Rumah Sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit di daerah dituntut untuk memperbaiki manajemen, mengembangkan sumber pembiayaan sendiri, agar dapat secara otonomi berupaya meningkatkan mutu pelayanan dan melakukan pemberdayaan terhadap semua potensi yang ada termasuk sumber daya manusia karena mutu pelayanan sangat tergantung pada kemampuan sumber daya manusia (Ilyas Y, 2004)

Tetapi untuk mewujudkan semua itu banyak hambatan yang dihadapi, terutama krisis ekonomi beberapa tahun terakhir ini sangat berpengaruh terhadap sektor pelayanan kesehatan sehingga menimbulkan pelayanan kesehatan menurun drastis, kinerja petugas

berkurang sehingga kualitas pelayanan kesehatan cenderung menurun. Salah satu upaya penting untuk mengatasi masalah tersebut adalah kemampuan pimpinan rumah sakit untuk merencanakan kebutuhan sumber daya manusia secara tepat sesuai dengan fungsi pelayanan setiap unit, bagian dan instalasi rumah sakit. (Ilyas Y, 2004).

Ketersediaan sumber daya manusia kesehatan (SDM Kesehatan) yang berkualitas dan profesional sangat menentukan keberhasilan penerapan desentralisasi. Pada saat ini jumlah, kualifikasi dan penyebaran SDM Kesehatan yang tersedia, baik manajerial maupun teknis, masih belum memadai, khususnya tenaga kesehatan strategis. Walaupun dalam tatanan otonomi daerah masing-masing daerah memiliki kewenangan untuk menentukan sendiri kebutuhan, melakukan rekrutmen dan mempertahankan sumber daya manusia, pemerintah perlu memperhatikan agar terjamin keseimbangan distribusi SDM Kesehatan antar-daerah, melalui : 1). Pengembangan kebijakan-kebijakan dalam pengelolaan SDM Kesehatan 2). Pengembangan model-model alternatif pendayagunaan SDM Kesehatan (Depkes 2004).

Perencanaan ketenagaan menjadi permasalahan besar di berbagai organisasi keperawatan seperti tatanan rumah sakit, perawatan dirumah (*nursing home*) dan tempat – tempat pelayanan keperawatan lain. Masalah yang sering terjadi dalam organisasi yaitu kurangnya jumlah dan jenis tenaga yang dibutuhkan, kurangnya kompetensi (pengetahuan, ketrampilan, sikap dan nilai) dari tenaga perawat serta keterbatasan dana

dari rumah sakit sehingga tidak dapat menambah dan merawat sumber daya manusia (SDM) yang mereka butuhkan (Ilyas Y,2004)

Tenaga perawat merupakan " *The caring profession* " mempunyai kedudukan penting dalam menghasilkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, karena pelayanan yang diberikannya berdasarkan pendekatan bio-psiko-sosial spiritual merupakan pelayanan yang unik dilaksanakan selama 24 jam dan berkesinambungan merupakan kelebihan tersendiri dibanding pelayanan lainnya. Dengan tanpa dipungkiri lagi bahwa perawat merupakan kelompok terbesar dirumah sakit, sehingga baik buruknya pelayanan di rumah sakit adalah merupakan citra dari kelompok perawat sebagai jasa pemberian pelayanan keperawatan. Ruang rawat ini merupakan subsistem rumah sakit yang menjadi tempat asuhan keperawatan. Kegiatan asuhan keperawatan yang dilaksanakan tergantung dari kualitas dan kuantitas tenaga perawat yang bertugas selama 24 jam (Depkes RI,2002).

Rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk belum memenuhi target yang ditetapkan sampai dengan tahun 2010. Sampai dengan tahun 2008, rasio tenaga kesehatan untuk dokter spesialis per 100.000 penduduk adalah sebesar 7,73 dibanding target 9; dokter umum 26,3 dibanding target 30; dokter gigi 7,7 dibanding target 11; perawat 157,75 dibanding target 158; dan bidan 43,75 dibanding target 75.(Kemenkes, 2011)

Dari pendataan tenaga kesehatan pada tahun 2010, ketersediaan tenaga kesehatan di rumah sakit milik pemerintah (Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah), telah tersedia 7.336 dokter spesialis, 6.180 dokter umum, 1.660 dokter gigi, 68.835 perawat/bidan, 2.787 S-1 Farmasi/Apoteker, 1.656 asisten apoteker, 1.956 tenaga kesehatan masyarakat, 4.221 sanitarian, 2.703 tenaga gizi, 1.598 tenaga keterampilan fisik, dan 6.680 tenaga keteknisan medis. Dengan memperhatikan standard ketenagaan rumah sakit yang berlaku, maka pada tahun 2010 masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di rumah sakit milik pemerintah (Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah), sejumlah 2.098 dokter spesialis, 902 dokter umum, 443 dokter gigi, 6.677 perawat/bidan, 84 orang S-1 Farmasi/Apoteker, 979 asisten apoteker, 149 tenaga kesehatan masyarakat, 243 sanitarian, 194 tenaga gizi, 800 tenaga keterampilan fisik, dan 2.654 tenaga keteknisan medis. Dengan demikian kekurangan tenaga kesehatan di rumah sakit akan lebih besar lagi bila dihitung kebutuhan tenaga kesehatan di RS milik kementerian teknis lainnya, Rumah Sakit/Lembaga Kesehatan TNI dan POLRI serta Rumah Sakit Swasta. (Kemenkes, 2011)

Lebih dari setengah (50,9%) perawat Indonesia yang bekerja di 4 propinsi mengalami stress kerja, sering merasa pusing, lelah, tidak ada istirahat karena beban kerja terlalu tinggi dan menyita waktu, gaji rendah tanpa insentif yang memadai. Namun perawat yang bekerja di RS swasta dengan gaji yang lebih baik mengalami stress kerja yang lebih besar

dibandingkan Perawat yang bekerja di rumah sakit pemerintah dengan penghasilan yang lebih rendah (PPNI, 2006)

Beberapa penelitian di atas menunjukkan bahwa pentingnya pengadaan tenaga keperawatan baik dari segi jumlah maupun kualitas. Mengingat beban kerja yang di tanggung oleh tenaga perawat lebih tinggi dari tenaga lainnya. Fakta menunjukkan bahwa kondisi krisis dan terpuruknya ketenagaan keperawatan ini telah mengakibatkan meningkatnya jumlah hari rawat di rumah sakit, angka kesakitan dan kematian serta kasus kelalaian yang sebenarnya dapat dicegah.

Menurut Kusmiati (2009), bahwa yang mempengaruhi beban kerja perawat adalah kondisi pasien yang selalu berubah, jumlah rata-rata jam perawatan yang di butuhkan untuk memberikan pelayanan langsung pada pasien dan dokumentasi asuhan keperawatan serta banyaknya tugas tambahan yang harus dikerjakan oleh seorang perawat sehingga dapat mengganggu penampilan kerja dari perawat tersebut. Akibat negatif dari permasalahan ini, kemungkinan timbul emosi perawat yang tidak sesuai yang diharapkan. Beban kerja yang berlebihan ini sangat berpengaruh terhadap produktifitas tenaga kesehatan dan tentu saja berpengaruh terhadap produktifitas rumah sakit itu sendiri, (Haryani, 2008).

Rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien, mengutamakan penyembuhan dan pemulihan kesehatan pasien secara serasi dan terpadu. Untuk upaya

tersebut fungsi praktis rumah sakit umum menyelenggarakan : pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan asuhan keperawatan.

Penelitian Wimala (2009) di rumah sakit Bhakti Asih Brebes menyatakan bahwa kebutuhan tenaga perawat dengan formula Gillies sebanyak 51 orang, standar tenaga perawat di Rumah sakit menurut Depkes sebanyak 73 orang, dan formula lokakarya PPNI sebanyak 62 orang. Saat ini di ruang rawat inap Pinus, Cemara dan palem masih kekurangan tenaga perawat.

Nasuha dan Gustaman (2009) yang meneliti tentang analisis kebutuhan tenaga perawat berdasarkan beban kerja perawat pada RSUD kota Banjar, menggunakan rumus perhitungan kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan beban kerja menurut lokakarya keperawatan (PPNI), Gillies , dan Nina didapatkan bahwa terdapat 20 perawat atau kurang 8 perawat dari perawat yang ada menurut Lokakarya Keperawatan (PPNI), menurut metode Gillies 16 perawat atau kurang 4 perawat dari tenaga perawat yang ada dan menurut metode Nina adalah 24 perawat atau kurang 12 perawat dari tenaga perawat yang ada.

Wulandhari (2011) yang meneliti tentang Perencanaan Kebutuhan tenaga perawat berdasarkan kategori pasien di RSUD Benda kota Pekalongan. Hasil penelitiannya didapatkan hasil yang berbeda antara metode Douglas, metode Gillies, serta metode lokakarya PPNI. Kebutuhan tenaga perawat berdasarkan metode Douglas dibutuhkan 23 perawat, berdasarkan metode Gillies dibutuhkan 31 perawat dan berdasarkan

metode lokakarya PPNI dibutuhkan 32 perawat. Sehingga terdapat selisih yang banyak antara perawat yang ada dibandingkan dengan jumlah perawat hasil penghitungan ketiga metode tersebut.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sriyanti (2012) telah melakukan penelitian tentang “ Analisis kebutuhan tenaga perawat ditinjau dari beban kerja di ruang rawat inap RSUD Andi Makkasau Parepare” menunjukkan bahwa hasil penelitian yang berdasarkan penghitungan dengan metode PERMENKES RI No.262/MENKES/PER/VII/1979 adalah sebanyak 666 tenaga keperawatan. jika dibandingkan dengan tenaga yang tersedia saat ini yaitu 113 tenaga, maka masih perlu dilakukan penambahan 553 Tenaga. Kebutuhan tenaga perawatan menurut metode penghitungan Gillies sebanyak 170 tenaga sehingga masih perlu dilakukan penambahan 57 Tenaga, sedangkan menurut penghitungan metode Douglas sebanyak dibutuhkan 202 tenaga keperawatan, sehingga masih perlu ditambah 89 tenaga.

Efektifitas dan efisiensi ketenagaan dalam keperawatan sangat ditunjang oleh pemberian asuhan keperawatan yang tepat dan kompetensi perawat yang memadai. Oleh karena itu, perlu kiranya dilakukan perencanaan yang strategis dan sistematis dalam memenuhi kebutuhan tenaga keperawatan.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Mamuju Utara merupakan satu-satunya rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Mamuju Utara yang terbentuk berdasarkan peraturan daerah Nomor 6 Tahun 2006 tentang

pembentukan organisasi perangkat daerah Kabupaten Mamuju Utara. Sifat bisnisnya adalah lembaga non profit yang lebih menekankan pada aspek pelayanan sosial kepada masyarakat utamanya masyarakat yang berada dibawah garis kemiskinan dan sekaligus sebagai salah satu rumah sakit rujukan (pusat rujukan seluruh puskesmas di kab. Mamuju Utara). Dari profil RSUD Mamuju Utara tahun 2012 di sebutkan bahwa salah satu jasa pelayanan yang diberikan adalah Pelayanan Perawatan (Rawat Inap) meliputi: Rawat Inap Dewasa, Rawat Inap anak dan rawat inap kebidanan (bersalin) dengan kapasitas jumlah tempat tidur sebanyak 54 tempat tidur. Sedangkan jumlah tenaga keperawatan sebanyak 54 orang dengan berbagai tingkat pendidikan meliputi S1 keperawatan sebanyak 2 orang, Diploma III keperawatan sebanyak 28 orang, Diploma III kebidanan 16 orang dan SPK sebanyak 8 orang dan di distribusi untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

Keadaan beban kerja dapat di tunjukkan melalui cakupan kunjungan pasien, dari profil RSUD Mamuju Utara tahun 2009 tercatat 517 kunjungan pasien rawat inap di tahun 2010 ada 725 kunjungan, tahun 2011 sebesar 696 kunjungan, tahun 2012 sebesar 1.015 kunjungan, dan rata-rata kunjungan pasien rawat inap selama empat tahun sebesar 738,25 kunjungan dimana angka kunjungan terendah terjadi pada tahun 2009 sebesar 517 kunjungan dan tertinggi pada Tahun 2012 sebesar 1.015 kunjungan. Sedangkan untuk kunjungan pasien rawat jalan tahun 2009 sebesar 2.716 kunjungan, tahun 2010

5.283 kunjungan, tahun 2011 sebanyak 5.299 kunjungan, Tahun 2012 meningkat dengan angka kunjungan sebesar 6.396 kunjungan, sehingga rata-rata kunjungan pasien rawat jalan dalam empat tahun mencapai 4.923,5 kunjungan pertahun. Hal ini menunjukkan bahwa perkembangan kunjungan pasien rawat jalan selama empat tahun terakhir cenderung naik dari tahun ketahun. Hal ini mengindikasikan adanya peningkatan beban kerja perawat.

Bed Occupation Ratio (BOR) atau prosentase pemanfaatan tempat tidur adalah Indikator untuk mengukur tinggi rendahnya pemanfaatan tempat tidur. Berdasarkan data tahun 2009 sampai dengan 2012 menunjukkan kecenderungan fluktuatif, BOR tertinggi terjadi pada tahun 2009 yang menunjukkan angka pencapaian 17 % dan terendah pada tahun 2011 yang menunjukkan angka 8%, tahun 2012 adalah 12%, rata-rata BOR selama empat tahun terakhir berkisar pada pencapaian 12,25 %. Secara umum pencapaian BOR RSUD Mamuju Utara, ini menunjukkan jauh dari standar ideal(60-85%). Berarti tidak bermutu atau tidak berkualitas pelayanan, hal ini terjadi oleh karena sumber tenaga yang terbatas sehingga beban kerja meningkat sehingga mutu pelayanan kesehatan menurun, sehingga masyarakat enggan datang ke RSUD Mamuju Utara.

Length Of Stay (LOS) adalah lama pasien di rawat, dengan nilai ideal 6 – 9 hari. Nila rata-rata pasien dirawat di RSUD Mamuju Utara dari tahun 2009 – 2012 belum mencapai angka ideal, dimana pada tahun 2009

dan 2010 rata rata 2 hari sedangkan untuk tahun 2011 dan 2012 rata rata lama pasien dirawat adalah 3 hari. Ini berarti pasien yang dirawat terlalu cepat sembuh atau pasien yang dirawat selama dua atau tiga hari tidak ada perubahan kondisi penyakitnya langsung di rujuk ke rumah sakit kota palu, sehingga LOS untuk RSUD masih jauh dari ukuran ideal.

Bed Turn Over (BTO) adalah Indikator untuk mengukur frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satuan waktu. Rata-rata frekuensi pemakaian tempat tidur selama empat tahun terakhir adalah 17,25 kali , BTO tertinggi terjadi pada tahun 2009 yaitu sebesar 22 kali dan terendah pada tahun 2011 yaitu sebesar 13 kali. Maka rata-rata BTO selama empat tahun terakhir masih jauh dibawah standar ideal yaitu antara 40 – 50 kali.

Begitu juga dengan jumlah tenaga dapat dilihat pada profil RSUD Mamuju Utara, dimana selama dua tahun terakhir tidak ada penambahan jumlah tenaga sebagaimana digambarkan pada profil tahun 2011 jumlah keseluruhan tenaga adalah berjumlah 115 orang sedangkan pada tahun 2012 berjumlah 112 orang. Sedangkan untuk tenaga perawat sendiri selama dua tahun yaitu pada tahun 2011 berjumlah 39 dan pada tahun 2012 berjumlah 38 orang, Maka dari sini dapat dilihat bahwa selama dua tahun tidak ada penambahan jumlah tenaga sedangkan jumlah kunjungan pasien mengalami peningkatan tiap tahunnya.

Perencanaan tenaga perawat di RSUD Mamuju Utara saat ini belum memiliki standar baku dalam perencanaan tenaga keperawatan tentang standarisasi ketenagaan rumah sakit. Hal ini disebabkan karena dalam perekrutannya rumah sakit hanya mengusulkan jumlah tenaga dan perekrutan ditetapkan oleh pemerintah kabupaten Mamuju Utara. Oleh sebab itu dibutuhkan metode perencanaan tenaga perawat yang cocok terhadap kebutuhan rumah sakit.

Mengingat RSUD Mamuju Utara adalah pusat rujukan seluruh puskesmas di wilayah kabupaten Mamuju Utara dan selama ini belum pernah dilaksanakan tentang analisis kebutuhan tenaga perawat ditinjau dari beban kerja tenaga perawat, sehingga diperlukan metode perencanaan tenaga perawat yang strategis dan sistematis terhadap kebutuhan jumlah tenaga perawat di rumah sakit dan selanjutnya di rekomendasikan kepada bagian manajemen RSUD Mamuju Utara.

Olehnya itu penelitian ini dilakukan untuk menganalisis kebutuhan tenaga perawat dengan mempertimbangkan beban kerja perawat serta perhitungan jumlah tenaga keperawatan sebagai dasar perencanaan tenaga perawat sehingga dalam pengelolaannya kedepan diperoleh jumlah ketenagaan keperawatan yang efektif dan efisien.

B. Rumusan Masalah

RSUD Mamuju Utara sampai saat ini belum mempunyai ketentuan yang baku tentang penghitungan kebutuhan tenaga perawat khususnya di instalasi rawat inap. Berdasarkan latar belakang tersebut maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

- a. Bagaimana analisis kebutuhan jumlah tenaga perawat ditinjau dari beban kerja riil berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada Instalasi rawat inap RSUD Mamuju Utara.
- b. Bagaimana kebutuhan jumlah tenaga perawat tiap ruangan perawatan berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada Instalasi rawat inap RSUD Mamuju Utara
- c. Bagaimana menentukan jumlah selisih tenaga perawat yang ada dengan jumlah berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada Instalasi rawat inap RSUD Mamuju Utara.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis kebutuhan jumlah tenaga perawat ditinjau dari beban kerja dengan menggunakan formula hasil lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada instalasi rawat inap RSUD Mamuju Utara.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada Instalasi rawat inap RSUD Mamuju Utara.
- b. Untuk mengetahui kebutuhan jumlah tenaga perawat tiap ruangan perawatan berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada Instalasi rawat inap RSUD Mamuju Utara.
- c. Untuk mengetahui jumlah selisih tenaga perawat yang ada dengan jumlah berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada Instalasi rawat inap RSUD Mamuju Utara.

D. Manfaat Penelitian

Setelah penelitian ini dilakukan, maka diharapkan hasil dari penelitian dapat bermanfaat untuk :

1. Manajemen RSUD Mamuju Utara :

Sebagai bahan pertimbangan dalam merencanakan kebutuhan jumlah tenaga perawatnya, khusus pada instalasi rawat inap.

2. Tenaga perawat

Sebagai bahan masukan agar lebih mengetahui tugas dan fungsi, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatannya di RSUD Mamuju Utara.

3. Akademisi

Sebagai bahan penambah wawasan dalam pengembangan ilmu, khususnya bagaimana melakukan penghitungan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan beban kerja di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan institusi yang integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial, berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap melalui kegiatan pelayanan medis serta keperawatan. Institusi ini merupakan pusat latihan personil dan riset kesehatan (Azwar, 2002).

Rumah sakit memfasilitasi penyelenggaraan perawatan rawat inap, pelayanan observasi, diagnosa dan pengobatan aktif untuk individu dengan keadaan medis, bedah, kebidanan, penyakit kronis dan rehabilitasi yang memerlukan pengarah dan pengawasan dokter setiap hari serta perawatan kesehatan pribadi dengan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki secara efektif untuk kepentingan masyarakat (Wijono, 1999).

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan bersifat dasar, spesialistik dan sub spesialistik. Rumah sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat. Rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien, mengutamakan penyembuhan dan

pemulihan kesehatan pasien secara serasi dan terpadu. Untuk upaya tersebut fungsi praktis rumah sakit umum menyelenggarakan : pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan keperawatan ,pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, administrasi dan keuangan (Irawan, 2002).

Sesuai dengan perkembangan yang dialami pada saat ini rumah sakit dapat dibedakan atas beberapa jenis, berdasarkan:

a. Pemiliknya

Berdasarkan pemiliknya, rumah sakit dibedakan menjadi 2 (dua) macam, yakni rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta.

b. Filosofi yang dianut

Berdasarkan filosofi yang dianut, rumah sakit dibedakan atas 2 macam, yakni rumah sakit yang tidak mencari keuntungan dan rumah sakit yang mencari keuntungan.

c. Jenis pelayanan yang diselenggarakan

Berdasarkan jenis pelayanan yang diselenggarakan, rumah sakit dibedakan atas 2 macam yakni rumah sakit umum jika semua pelayanan kesehatan di selenggarakan dan rumah sakit khusus jika hanya salah satu jenis pelayanan yang diselenggarakan.

d. Lokasi rumah sakit

Berdasarkan lokasinya, rumah sakit dibedakan atas beberapa macam kesemuanya tergantung dari pembagian sistem pemerintahan yang dianut. Misalnya, rumah sakit pusat jika lokasinya di ibukota negara,

rumah sakit provinsi jika lokasinya berada di ibukota provinsi dan rumah sakit kabupaten jika lokasinya di ibukota kabupaten.

1. Tipe-tipe rumah sakit

- a. Rumah sakit umum kelas A : adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medic, 12 (Dua Belas) spsialis lain dan 13 (tiga belas) subspesialis.
- b. Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medic, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspesialis dasar.
- c. Rumah sakit umum kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medic paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medic.
- d. Rumah sakit umum kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medic sedikitnya 2 (dua) spesialis dasar.
- e. Rumah sakit kelas E atau rumah sakit khusus (spesial hospital) yang menyalenggarakan hanya satu macam pelayan kesehatan kedokteran saja. misal, rumah sakit kusta, paru, jantung, kanker, ibu dan anak. (Roboth, 2007).

2. *Fungsi Rumah Sakit*

Roemer dan Friedmen (1972), (dalam Aditama,2003) menyatakan bahwa rumah sakit punya setidaknya lima fungsi.

- a. Harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas dignostik dan therapeutiknya. Berbagai jenis spesialisasi. Baik bedah maupun non bedah, harus tersedia. Palayanan rawat inap ini juga meliputi pelayanan keparawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan berbagai pelayanan dignostik serta therapeutik lainnya .
- b. Rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan.
- c. Rumah sakit juga punya tugas untuk melakukan pendidikan dan latihan.
- d. Rumah sakit perlu melakukan penelitian dibidang kedokteran dan kesehatan, karena keberadaan pasien dirumah sakit merupakan modal dasar untuk penelitian ini.
- e. Rumah sakit juga punya tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi disekitarnya (Aditama,2004).

3. *Kewajiban Rumah Sakit*

Sesuai UU No. 44 Tahun 2009 (UU tentang Rumah Sakit) pasal 29 menyatakan bahwa setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban :

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;

- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. Menyelenggarakan rekam medis;
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. Melaksanakan sistem rujukan;

- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

4. Hak Rumah Sakit

Sesuai UU No. 44 Tahun 2009 (UU tentang Rumah Sakit) pasal 30 menyatakan bahwa setiap Rumah Sakit mempunyai hak :

- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;

- b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;
- e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. Mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan.

B. Perawat

Istilah perawat berasal dari bahasa Latin yaitu *Nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Kata ini pertama kali digunakan oleh Ellis dan Hartley (1984), yang menurut mereka perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara; membantu dan melindungi seseorang karena sakit, cedera dan proses penuaan.

Menurut Lismidar (1989) perawat adalah seseorang yang berijazah pendidikan perawat atau bidan yang diberikan tugas secara penuh untuk melakukan pelayanan perawatan kepada masyarakat melalui tempat-tempat pelayanan masyarakat (Nursalam, 2007).

Pengertian Perawat dapat kita lihat dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239/MenKes/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat maka pada pasal 1 ayat 1 yang berbunyi "*Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku*".(DepKes 2001)

Pengertian pelayanan keperawatan sesuai *WHO Expert Committee on Nursing* (1982) adalah gabungan dari ilmu kesehatan dan seni melayani/merawat (care), suatu gabungan humanistik dari ilmu pengetahuan, filosofi keperawatan, kegiatan klinik, komunikasi dan ilmu sosial. Keperawatan juga meliputi kegiatan perencanaan dan pemberian perawatan pada saat sakit, masa rehabilitasi dan menjaga tingkat kesehatan fisik, mental dan sosial yang seluruhnya akan mempengaruhi status kesehatan, terjadinya penyakit, kecacatan dan kematian.

Gillies dalam buku *Nursing Management a System Approach* (1989), menyatakan bahwa manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan, melalui upaya staf keperawatan, untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman bagi pasien, keluarga dan masyarakat.

Griffith dalam buku *The Well Managed Community Hospital* (1987), menyatakan bahwa pelayanan keperawatan mempunyai 5 tugas, yaitu:

1. Melakukan kegiatan promosi kesehatan, termasuk untuk kesehatan emosional dan sosial.
2. Melakukan upaya pencegahan penyakit dan kecacatan.
3. Menciptakan keadaan lingkungan, fisik, kognitif dan emosional sedemikian rupa yang dapat membantu penyembuhan penyakit.
4. Berupaya meminimalisasi akibat buruk dari penyakit.
5. Mengupayakan kegiatan rehabilitasi.

Menurut undang-undang kesehatan No. 23 tahun 1992 perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya dan diperoleh melalui pendidikan keperawatan (Depkes, 1992)

Griffith (1987) menyatakan bahwa kegiatan keperawatan di rumah sakit dapat dibagi menjadi keperawatan klinik dan manajemen keperawatan. Kegiatan keperawatan klinik antara lain terdiri dari:

1. Pelayanan keperawatan personal (*Personal Nursing Care*), yang antara lain berupa pelayanan keperawatan umum dan atau spesifik untuk sistem tubuh tertentu, pemberian motivasi dan dukungan emosi pada pasien, pemberian obat, dll.
2. Berkomunikasi dengan dokter dan petugas penunjang medik, mengingat perawat selalu berkomunikasi dengan pasien setiap waktu

sehingga merupakan petugas yang seyogianya paling tahu tentang keadaan pasien.

3. Berbagi hal tentang keadaan pasien. Ini perlu dikomunikasikan dengan dokter.
4. Menjalin hubungan dengan keluarga pasien. Komunikasi yang baik dengan keluarga/kerabat pasien akan membantu proses penyembuhan pasien itu sendiri.
5. Menjaga lingkungan bangsal tempat perawatan.
6. Melakukan penyuluhan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit.

Kegiatan manajemen keperawatan antara lain:

- a. Penanganan administratif, antara lain dapat berupa pengurusan masuknya pasien ke rumah sakit (*patient admission*), pengawasan pengisian dokumen catatan medik dengan baik, membuat penjadwalan proses pemeriksaan/pengobatan pasien dll.
- b. Membuat penggolongan pasien sesuai dengan berat ringannya penyakit, dan kemudian mengatur kerja perawatan secara optimal pada setiap pasien sesuai kebutuhannya masing-masing.
- c. Memonitor mutu pelayanan pada pasien, baik pelayanan keperawatan secara khusus maupun pelayanan lain secara umum.
- d. Manajemen ketenagaan dan logistik keperawatan, kegiatan ini meliputi *staffing, scedulling, assignment, dan budgetting* (Aditama, 2004).

Dalam praktik keperawatan fungsi perawat terdiri atas 3 (tiga) fungsi yaitu, fungsi independen, interdependen, dan fungsi dependen.

a. Fungsi independen

dalam fungsi ini tindakan perawat bersifat tidak memerlukan perintah dokter. Tindakan perawat bersifat mandiri berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Oleh karena itu, perawat bertanggung jawab terhadap akibat yang timbul dari tindakan yang diambil. Misalnya, membantu pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

b. Fungsi interdependen

Tindakan perawatan berdasar pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan lain. Fungsi ini tampak ketika perawat bersama tenaga kesehatan lain berkolaborasi mengupayakan kesembuhan pasien. Mereka biasanya tergabung dalam sebuah tim yang dipimpin oleh seorang dokter. Contoh tindakan ini adalah menagani ibu hamil yang menderita diabetes, perawat bersama tenaga ahli gizi berkolaborasi membuat rencana untuk menentukan kebutuhan makanan yang diperlukan ibu hamil dan perkembangan janin.

c. Fungsi dependen perawat

dalam fungsi ini perawat bertindak membantu dokter dalam memberikan pelayan medis. Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi kewenangan dokter (Sudarma, 2008)

C. Perencanaan SDM Rumah Sakit

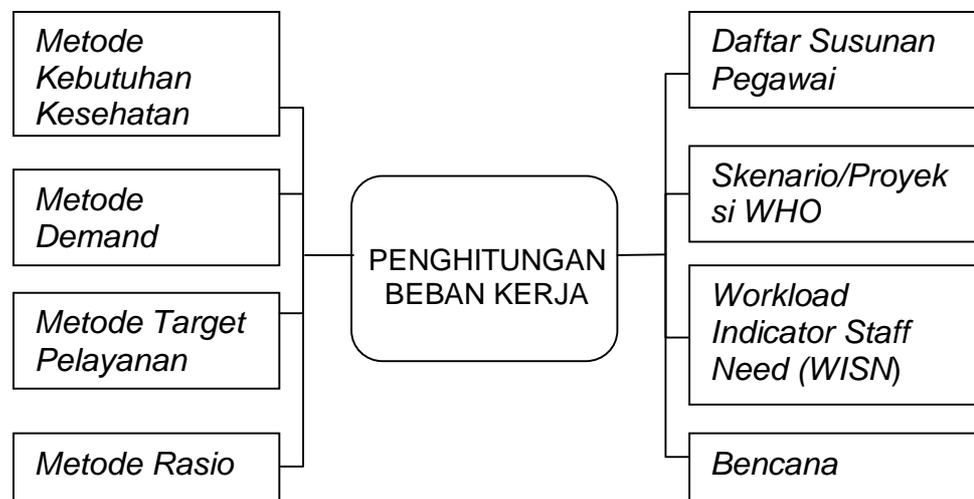
1. Dasar Perencanaan Kebutuhan Tenaga Perawat

Menurut Yaslis Ilyas (2004) dalam melakukan analisis kebutuhan tenaga merupakan bagian dari perencanaan ketenagaan rumah sakit. Pada dasarnya semua metoda atau formula telah dikembangkan untuk menghitung tenaga rumah sakit berakar pada beban kerja personil yang bersangkutan. Jumlah tenaga perawat dapat ditentukan oleh jumlah tempat tidur atau juga oleh tingkat *Bed Occupancy Rate (BOR)*.

Handoko (1985 : 135) menyatakan, bahwa standar pekerjaan dapat diperoleh dari hasil pengukuran kerja atau penetapan tujuan partisipatif. Teknik pengukuran kerja yang dapat digunakan antara lain: studi waktu, data standar, data waktu standar yang telah ditetapkan sebelumnya, dan pengambilan sampel kerja (*work sampling*). Sedangkan Moeljadi (1992 : 93) mengatakan, bahwa perencanaan tenaga kerja dalam jangka panjang ditentukan oleh sisi permintaan perusahaan, yaitu perkiraan kebutuhan tenaga kerja dan sisi penawaran yaitu ketersediaan tenaga kerja di pasar. Perkiraan kebutuhan tenaga kerja perusahaan ditentukan oleh perkiraan tersedianya tenaga kerja di perusahaan dan rencana-rencana perusahaan. Sedangkan perkiraan tersedianya tenaga kerja itu sendiri, ditentukan dari analisis beban kerja, analisis perpindahan

tenaga kerja dan analisis kelebihan atau kekurangan tenaga kerja. Analisis kelebihan atau kekurangan tenaga kerja perusahaan, berkaitan dengan besarnya jumlah tenaga kerja yang ada pada perusahaan tersebut berada pada kondisi berlebih atau kurang jika dikaitkan dengan beban kerja. Analisis tersebut dapat dilaksanakan jika sudah diketahui beban kerjanya. Dan analisis beban kerja sendiri memberikan arahan tentang produktivitas. Produktivitas kerja dapat digambarkan dalam efisiensi penggunaan tenaga kerja. Di mana tenaga kerja tersebut akan dapat digunakan secara efisien jika jumlah tenaga kerja yang ada seimbang dengan beban kerjanya.

Metode dasar penyusunan rencana kebutuhan, dapat dilihat pada gambar berikut:



Sumber: (Aditama, 2003)

Gambar 1. Metode Penyusunan Rencana Kebutuhan

Analisa kebutuhan tenaga dapat menggunakan beberapa metode diatas, dapat dipakai untuk memperkirakan kebutuhan tenaga kesehatan.

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

Pendekatan ini menggunakan estimasi kebutuhan biologis dari masyarakat terhadap pelayanan kesehatan baru yang optimal kemudian dihitung macam dan jumlah tenaga yang dibutuhkan

b. Metode demand ekonomi/normatif (*Health Service Target Method*)

Pada pendekatan ini dengan cara penentuan kebutuhan tenaga berdasarkan penilaian tentang berapa banyak pelayanan kesehatan yang harus diberikan atau berapa macam pelayanan yang tepat untuk populasi. Penambahan tenaga dengan metode *normatif* selalu diikuti oleh penyuntikan pemerintah.

c. Metode target pelayanan (*Health Service Target Method*)

Pada pendekatan ini ditetapkan target untuk memproduksi dan menyediakan pelayanan kesehatan. Target ini ditetapkan berdasarkan beberapa masukan seperti: kebutuhan kesehatan, demand ekonomi, keinginan konsumen, sistem dan jenis pelayanan kesehatan misalnya rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.

d. Metode rasio tenaga kesehatan (*Ratio Method*)

Metode ini adalah yang paling sederhana dan langsung. Kebutuhan tenaga yang diperlukan dicari dengan menggunakan ukuran-ukuran populasi rasio yang diinginkan dengan memperhatikan faktor situasi

saat ini, perbandingan internasional, nilai baku dan rasio yang didapat dari daerah yang berhasil.

Dari keempat metode penyusunan rencana kebutuhan diatas kemudian dikembangkan dalam empat cara yaitu: *Daftar Susunan Pegawai (DSP)*, *Skenario/Proyeksi WHO*, *Workload Indicator Staff Need (WISM)* dan *Bencana*.

Perencanaan kebutuhan untuk bencana dimaksudkan untuk mempersiapkan SDM kesehatan saat prabencana, terjadi bencana dan posbencana, termasuk pengelolaan kesehatan pengungsi (Aditama, 2004)

Dalam menetapkan jumlah tenaga perawat dilakukan sesuai dengan kategori yang dibutuhkan untuk asuhan keperawatan di setiap unit keperawatan. Beberapa pendekatan yang dapat digunakan dalam memperkirakan jumlah tenaga staf yang dibutuhkan yaitu berdasarkan kategori pasien yang dirawat, sehingga ratio perawat dengan pasien dapat memenuhi standar asuhan keperawatan.

Kebutuhan tenaga berdasarkan waktu keperawatan langsung, yaitu perkiraan jumlah tenaga dapat dihitung berdasarkan tingkat ketergantungan pasien. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk keperawatan langsung 4 – 5 jam/pasien/hari.

Gillies (1989), waktu yang dibutuhkan untuk keperawatan langsung berdasarkan kategori sebagai berikut :

1. Keperawatan mandiri $\frac{1}{2} \times 4 \text{ jam} = 2 \text{ jam}$

2. Keperawatan sebagian $\frac{3}{4} \times 4 \text{ jam} = 3 \text{ jam}$
3. Keperawatan total $1 - 1\frac{1}{2} \times 4 \text{ jam} = 4 - 6 \text{ jam}$
4. Keperawatan intensif $2 \times 4 \text{ jam} = 8 \text{ jam}$

2. Kebutuhan Tenaga Perawat

Menurut Yaslis Ilyas (2004) dalam bukunya ; perencanaan SDM rumah sakit (teori, metode dan formula) ada beberapa metode atau formula yang dapat digunakan untuk menghitung kebutuhan tenaga perawat di antaranya adalah :

1. Metode Rasio
2. Formula Gillies
3. Formula Douglas
4. Formula PPNI

1. Metode Rasio

Berdasarkan Peraturan menteri kesehatan 262/Menkes/Per/VII/1979, untuk rumah sakit kelas B terdapat ratio antara perawat dan tempat tidur adalah (3 - 4) : 2. Jika terdapat 172 tempat tidur maka jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan (X) :

$$\frac{3}{X} = \frac{2}{172} \quad ; \quad \frac{3}{X} = \frac{2}{172} \quad ; \quad \frac{3 \times 172}{2} = X$$

$$X = 258$$

2. Formula Gillies

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

Ket:

A = Jumlah jam perawatan pasien selama 24 jam

B = Sensus harian (BOR x Jumlah TT)

C = Jumlah Hari Libur

365 = Jumlah hari kerja selama satu tahun

3. Formula Douglas

Douglas, perhitungan kebutuhan berdasarkan dinas pagi, sore, malam, klasifikasi pasien menurut asuhan keperawatan, kepala ruangan dan wakilnya serta cadangan 25%. Douglas (1984, dalam Swansburg & Swansburg, 1999) menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi klien, dimana masing-masing kategori mempunyai nilai standar per shift nya, yaitu sebagai berikut :

Tabel 1. Metode Douglas (Swanburg, 1999)

Jumlah Pasien	Klasifikasi Pasien								
	Minimal Care			Parsial care			Total care		
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
1	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,1	0,36	0,3	0,2
2	0,34	0,28	0,14	0,54	0,3	0,2	0,72	0,6	0,4
3	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,3	1,08	0,9	0,6
Dst									

Sumber : Yaslis Ilyas (2004)

4. Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

Salah satu cara untuk menghitung kebutuhan tenaga kerja berdasarkan beban kerja diformulasikan oleh Persatuan Perawat nasional Indonesia (PPNI). Panduan penghitungan kebutuhan tenaga perawat ini telah disesuaikan dengan kondisi Rumah Sakit di Indonesia. Metode penghitungan ini mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis dapat diterima, komprehensif, realistis dan dapat diterima oleh manajer medik maupun manajer non-medik.

Metode PPNI ini didasarkan pada hasil pekerjaan nyata yang dilakukan oleh masing-masing tenaga perawat. Adapun langkah-langkah penyusunan kebutuhan tenaga kerja berdasarkan metode ini adalah :

- 1). Menetapkan unit kerja beserta kategori tenaganya,
- 2). Menetapkan komponen yang melekat pada rumus metode penghitungan tersebut
- 3). Menganalisis dengan menggunakan rumus berdasarkan komponen yang ditetapkan sebelumnya
- 4). Menghitung kebutuhan tenaga per unit kerja. Untuk menghitung tenaga perawat berdasarkan beban kerja melalui formula PPNI diperlukan komponen yang terdiri dari : Hasil persentase BOR rumah sakit pada satuan waktu tertentu, Jumlah jam perawatan

pasien selama 24 jam, jam kerja efektif serta hari kerja efektif tenaga perawat.

Sebenarnya formula ini berasal dari formula yang dikembangkan oleh Gillies, hanya saja satuan hari yang dipakai pada metode Gillies diubah menjadi minggu. Selanjutnya jumlah hari kerja efektif juga dihitung dalam minggu dan jumlah jam kerja perhari juga dihitung dalam perminggu, PPNI berusaha menyesuaikan lama hari kerja dan libur yang berlaku di Indonesia.

Adapun rumus pada formula / metode hasil lokakarya persatuan perawat nasional Indonesia PPNI adalah sebagai berikut :

$$TTP = \frac{A \times 52 \text{ (Mg)} \times 7 \text{ Hr (TT x BOR)}}{HKE \text{ (41 Mg)} \times JK \text{ (40)} / \text{Mg}} + 25\%$$

Ket :

TTP = Tenaga paramedis perawat

A = Jumlah jam perawatan pasien selama 24 jam

TT = Tempat Tidur

BOR = Bed Occupancy Rate

HKE = Hari kerja efektif

JK = Jam kerja efektif perhari

- Komponen A, adalah jumlah waktu perawatan yang dibutuhkan oleh pasien selama 24 jam

- BOR, adalah prosentase rata-rata jumlah tempat tidur yang digunakan selama periode tertentu.
- Hari kerja efektif selama 41 minggu yang dihitung sebagai berikut :
 - = $(365 - (52 \text{ hr minggu} + 12 \text{ hari libur nasional} + 12 \text{ cuti tahunan}))$
 - = 289 hari : 7 hari/mg
 - = 41 minggu
- Jam erja efektif selama 40 jam perminggu yang dihitung sebagai berikut :
 - = Jika hari kerja efektif 6 hari, maka $40/6 = 6,6 - 7$ jam perhari
 - = Jika hari kerja efektif 5 hari, maka $40/5 = 8$ jam perhari
- Komponen 25 %, yaitu tingkat produktivitas perawat diasumsikan hanya 75 % sehingga dikali 25 %.

Prinsip penghitungan rumus hasil lokakarya PPNI adalah Jumlah jam keperawatan yang dibutuhkan pasien perhari :

- a. Waktu keperawatan langsung (rata-rata 4 - 5 jam/pasien/hari) dengan spesifikasi pembagian adalah : keperawatan mandiri (self care) = $\frac{1}{2} \times 4 = 2$ jam, keperawatan partial (partial care)= $1 \times 4=4$ jam, keperawatan total (total care) = $1,5 \times 4 = 6$ jam dan keperawatan intensif (intensive care) = $2 \times 4 \text{ jam} = 8 \text{ jam}$
- b. Waktu keperawatan tidak langsung, menurut RS Detroit (Gillies, 1994) = 38 menit/pasien/hari dan menurut Wolve & Young (Gillies, 1994) = 1 jam/pasien/hari

- c. Waktu penyuluhan kesehatan lebih kurang 15 menit/hari/pasien
= 0,25 jam/hari/pasien
- d. Rata-rata pasien perhari adalah jumlah pasien yang dirawat di suatu unit berdasarkan rata-rata lama perawatan atau menurut *Bed Occupancy Rate (BOR)* dengan rumus :

Jumlah hari perawatan RS dalam waktu tertentu

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan RS dalam waktu tertentu}}{\text{Jumlah tempat tidur x 365 hari}} \times 100 \%$$

Jumlah tempat tidur x 365 hari

- e. Jumlah minggu pertahun yaitu = 365 hari atau 52 minggu
- f. Hari libur masing-masing perawat per tahun, yaitu 74 hari (hari/minggu/libur = 52 hari, untuk hari sabtu tergantung kebijakan rumah sakit setempat, kalau ini merupakan hari libur maka harus diperhitungkan , begitu juga sebaliknya), hari libur nasional = 12 hari, dan cuti tahunan = 12 hari).
- g. Jumlah jam kerja tiap perawat adalah 40 jam per minggu (kalau hari kerja efektif 6 hari maka $40/6 = 6.6 - 7$ jam per hari, kalau hari kerja efektif 5 hari maka $40/5 = 8$ jam per hari)
- h. Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan disatu unit harus ditambah 25 % (untuk antisipasi kekurangan /cadangan).

Perhitungan berdasarkan formula PPNI ini menggunakan beberapa input beban kerja seperti waktu perawatan yang dibutuhkan pasien per-hari selama 24 perawatan di rumah sakit, jumlah tempat tidur (TT) yang ada di rumah sakit, BOR (Bed

Occupancy Rate) persentase pemanfaatan tempat tidur yang di ambil melalui sensus harian pada unit perawatan, serta jumlah hari kerja efektif. Sehingga metode ini lebih bisa memperhitungkan kebutuhan tenaga perawat dengan tidak secara umum tetapi melibatkan unsur-unsur pengukuran beban kerja.

Metode perhitungan ini mempunyai kelebihan dan kekurangan. kelebihannya yaitu mampu memperhitungkan beban kerja yang terkait dengan pemberian pelayanan, seperti angka pemanfaatan TT (BOR) yaitu sangat terkait dengan rata-rata jumlah pasien yang dirawat dalam satu hari. Begitu pula dengan waktu atau lamanya perawatan pasien. Waktu perawatan yang cukup lama akan menaikkan beban kerja tenaga kesehatan khususnya perawat sehingga perlu penambahan tenaga. Perhitungan kebutuhan tenaga perawat pada metode PPNI ini memperhitungkan cadangan kebutuhan 25%, dimana merupakan cadangan kebutuhan untuk kegiatan non-keperawatan maupun absesnsi tenaga yang tidak memenuhi waktu kerja efektif.

kelemahan metode perhitungan ini yaitu hanya dapat menghitung kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat inap, tetapi tidak dapat di gunakan untuk menghitung kebutuhan tenaga di UGD dan poliklinik. kelemahan lain yakni tidak dapat menghitung jenis tenaga yang dibutuhkan.

D. Instalasi Rawat Inap

Rawat inap adalah suatu kegiatan pemberian dengan dilandasi keahlian kepada penderita yang mengalami gangguan fisik, orang-orang yang sedang masa penyembuhan dan mereka yang kurang sehat. Rawat inap merupakan salah satu jenis perawatan dimana pasien dirawat, dan tinggal/menginap di rumah sakit/puskesmas, untuk mendapatkan ruang perawatan. Pelayanan yang diperoleh adalah pelayanan petugas medis (dokter) pelayanan petugas para medis (perawatan), pelayanan penunjang serta penunjang lainnya.

Unit rawat inap sering disebut ruang perawatan inti kegiatan (*core buseness*) rumah sakit/puskesmas, karena kegiatan pelayanan medis, nonmedis dan administrasi yang dilakukan oleh petugas puskesmas yang karena sakitnya mengharuskan dirawat inap beberapa hari.

Rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk mengobservasi perawat, diagnosis, pengobatan, rehab, medik atau pelayanan kesehatan lainnya dan menempati tempat tidur lebih dari dua hari. Pelayanan yang diberikan pada pasien rawat inap meliputi:

- b. Pemeriksaan keadaan pasien oleh dokter dan perawat untuk mengetahui pengaruh obat-obatan yang diberikan kepada pasien
- c. Tindakan terapi oleh dokter dan perawat sebagai upaya pengobatan dan penyuluhan.

- d. Pelayanan perawat berupa pelayanan dan pemenuhan makanan pasien serta kebutuhan lainnya yang dapat memberikan kenyamanan dan kesejahteraan pasien selama dirawat (Manopo, 2006).

E. Beban Kerja

Beban kerja secara umum menurut Groenewegen dan Hutten (1991) adalah keseluruhan waktu yang digunakan dalam melakukan aktivitas atau kegiatan dalam kerja. Menurut Finkler dan Koyner (2000), beban kerja diartikan sebagai volume kerja dari suatu unit atau departemen. Dari pengertian-pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa beban kerja adalah keseluruhan waktu yang digunakan untuk melakukan kegiatan di suatu unit atau departemen. (Nursalam, 2007)

Sedangkan beban kerja perawat menurut Hubber (2000) adalah pengukuran dari aktifitas kerja perawat dan ketergantungan klien terhadap asuhan keperawatan. Beban kerja perawat di rumah sakit terkait dengan dua fungsi variabel, yaitu jumlah harian klien dan waktu asuhan keperawatan setiap klien per hari (Kirby dan Wiczai, 1985; dalam Hubber, 2000).

Beban kerja adalah sejumlah target pekerjaan atau target hasil yang harus dicapai dalam satu satuan waktu tertentu. Beban kerja merupakan aspek pokok yang menjadi dasar untuk perhitungan. Beban

kerja perlu ditetapkan melalui program-program unit kerja yang selanjutnya dijabarkan menjadi target pekerjaan untuk setiap jabatan (MENPAN 2004).

Beban kerja perawat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Dalam memperkirakan beban kerja perawat pada suatu unit tertentu, seorang pemimpin atau manajer harus mengetahui (Gillies, 1989):

- a. Berapa banyak klien yang dimasukkan ke unit per hari, bulan atau tahun,
- b. Kondisi klien di unit tersebut,
- c. Rata-rata klien yang menginap,
- d. Tindakan perawatan langsung dan tak langsung yang dibutuhkan masing-masing klien,
- e. Frekuensi dari masing-masing tindakan keperawatan yang harus dilakukan, dan
- f. Rata-rata waktu yang dibutuhkan dari masing-masing tindakan keperawatan baik langsung maupun tidak langsung.

Perhitungan beban kerja bukan sesuatu yang mudah. Selama ini kecendrungan dalam mengukur beban kerja berdasarkan keluhan dari personal, bahwa mereka sangat sibuk dan membutuhkan waktu lembur (Ilyas, 2004). Perhitungan beban kerja perawat erat kaitannya dengan penentuan kebutuhan jumlah tenaga perawat. Penentuan kebutuhan jumlah tenaga perawat menurut Douglas (1975) dalam Pitoyo (2005),

adalah berdasarkan tingkat ketergantungan klien. Adapun perhitungan yang dimaksud adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Metode Douglas

Jumlah Pasien	Klasifikasi Pasien								
	Minimal Care			Parsial care			Total care		
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
1	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,1	0,36	0,3	0,2
2	0,34	0,28	0,14	0,54	0,3	0,2	0,72	0,6	0,4
3	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,3	1,08	0,9	0,6
Dst									

Sumber : Yaslis Ilyas (2004)

Tingkat ketergantungan klien terkait dengan penentuan beban kerja perawat dapat diklasifikasikan, meliputi :

- a. Klien dengan perawatan minimal
 - b. Klien dengan perawatan parsial
 - c. Klien dengan perawatan total.
1. Klien dengan tingkat ketergantungan minimal, jika :
 - a. kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
 - b. Makan, minum dilakukan sendiri
 - c. Ambulasi dengan pengawasan
 - d. Observasi tanda-tanda vital dilakukan tiap pergantian dinas
 - e. pengobatan minimal, status psikologi stabil
 - f. Perawatan luka sederhana.
 2. Klien dengan tingkat ketergantungan parsial, jika :
 - a. Kebersihan diri dibantu, makan dan minum dibantu
 - b. Observasi vital sign tiap 4 jam
 - c. Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali

- d. Folley kateter, intake dan output dicatat
 - e. Klien terpasang infus
 - f. Perawatan luka komplek.
3. Klasifikasi terakhir adalah klien dengan tingkat ketergantungan total, yaitu jika :
- a. Segalanya diberi bantuan
 - b. Posisi yang diatur, observasi tanda-tanda vital tiap 2 jam
 - c. Makan memakai NGT
 - d. Pengobatan intravena per drip
 - e. Pemakaian suction
 - f. Gelisah, disorientasi
 - g. Persiapan pengobatan memerlukan prosedur.

Waktu tindakan keperawatan adalah waktu yang diperlukan perawat untuk melayani pasien sesuai dengan standar layanan berlaku, waktu ini menggambarkan besarnya beban kerja perawat.

Untuk pasien rawat inap, Douglas (1998) menyampaikan *standard* waktu pelayanan pasien rawat inap sebagai berikut:

- a. Minimal Care: 1- 2 jam/hari Artinya, pasien masih bisa menangani sendiri, kecuali makan obat harus tetap ditunggu, agar tidak salah obat. Pasien masih bisa mandi sendiri, makan sendiri.
- b. Partial Care: 3 - 4 jam/hari, Artinya pasien masih dapat melakukan kegiatan pribadi tetapi membutuhkan pelayanan asuhan keperawatan untuk kegiatan yang membutuhkan kegiatan fisik

karena pasien relatif masih lemah atau tidak diperlukan meninggalkan tempat tidur sehingga membutuhkan keahlian keperawatan selama 3-4 jam/hari

- c. Total Care: 5 - 7 jam/hari Artinya, pasien membutuhkan asuhan keperawatan dan kebutuhan personel lainnya total bergantung kepada perawat (Ilyas Y, 2004).

H. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian teori yang telah dikemukakan oleh yalis Ilyas tentang perencanaan SDM rumah sakit, maka telah diidentifikasi variabel yang terlibat dalam model kerangka konsep penelitian, baik variabel dependen yaitu kebutuhan jumlah tenaga perawat, maupun variabel independen yaitu formula hasil lokakarya perawat indonesia (PPNI).

Yalis Ilyas (2004) mengidentifikasi empat perspektif *perencanaan SDM kesehatan* yang berkembang dewasa ini, yaitu *Analisa situasi tenaga, analisis persediaan tenaga, analisis kebutuhan tenaga dan analisis kesenjangan tenaga dan dokumen rencana tenaga*.

- *Analisis situasi tenaga*. Perspektif ini dalam melakukan analisis situasi tenaga RS perlu dilakukan analisis jumlah dan jenis tenaga yang ada pada setiap unit kerja RS. Perlu dilakukan pengamatan yang seksama terhadap beban kerja dan jumlah tenaga yang ada. Apakah ada terjadi kesenjangan keahlian SDM dengan tuntutan kerja oleh unit RS.

Dalam melakukan analisis tenaga perlu dipikirkan bahwa tidak mungkin mengharapkan kualitas kerja tinggi tanpa proporsi tenaga profesional yang cukup besar. Artinya semakin besar proporsi tenaga profesional semakin tinggi produktivitas dan kualitas kerja suatu RS.

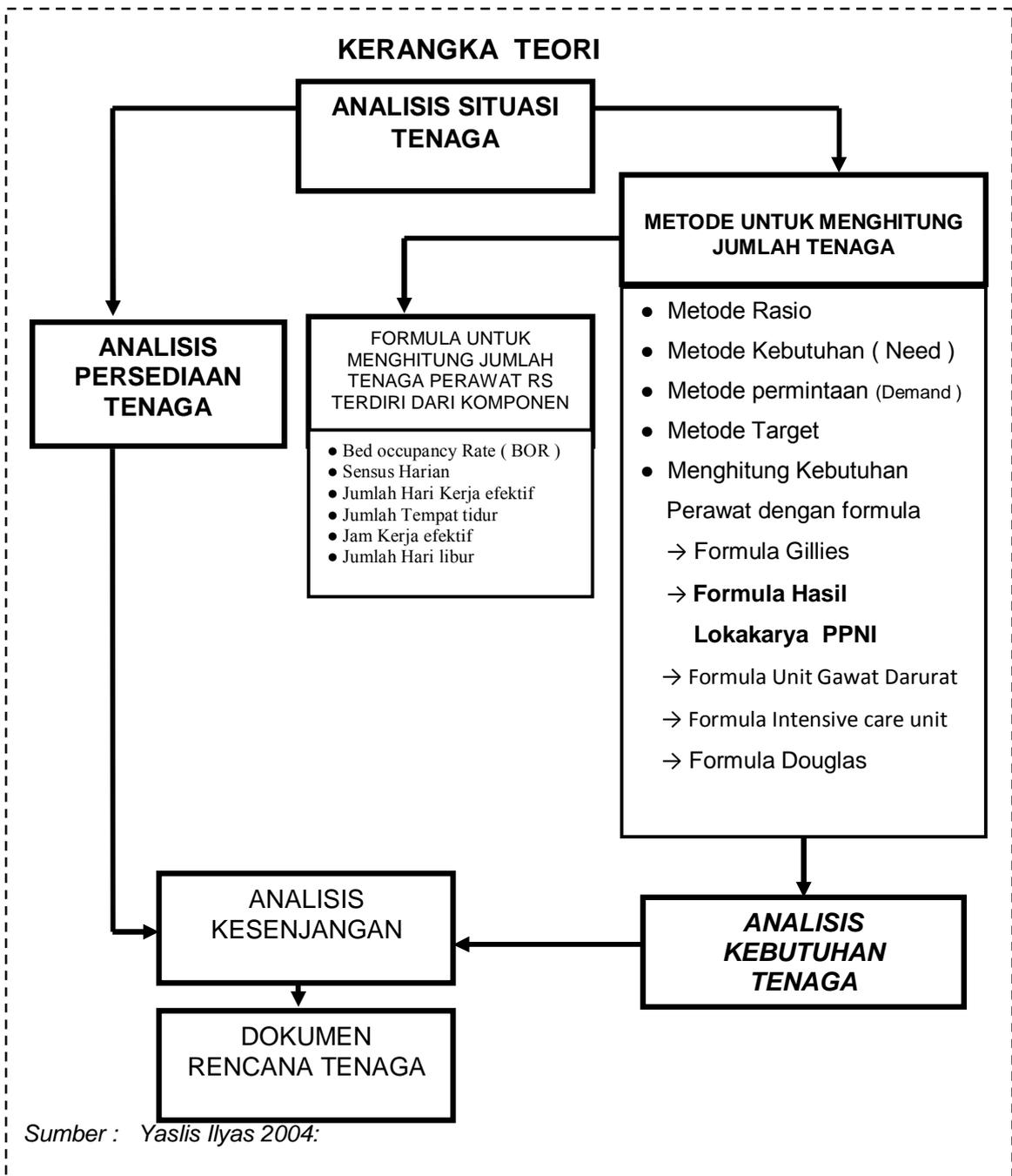
- *Analisis persediaan tenaga*, Perspektif ini menekankan bahwa dalam melakukan analisis persediaan tenaga rumah sakit ada tiga komponen yang perlu diperhatikan antaranya : Pertama jumlah dan jenis tenaga yang ada yaitu dengan melakukan pendataan tenaga kesehatan dan non kesehatan yang ada baik jumlah maupun jenis tenaga yang saat ini sedang bekerja dirumah sakit. Kedua adalah jumlah personel yang keluar karena meninggal, pensiun, pindah dan tugas belajar, dari data retrospektif kita dapat dapat memperkirakan jumlah seluruh personel. Ketiga adalah Jumlah personel yang masuk karena pindah dari tempat lain dan aktif kembali, supaya kita dapat memperkiraan lebih akurat jumlah personel rumah sakit dimasa depan
- *Analisis kebutuhan Tenaga*, untuk menghitung kebutuhan tenaga rumah sakit berakar pada beban kerja dari personel yang bersangkutan. Hal ini tampak pada penentuan tenaga puskesmas, kriterianya berdasarkan jumlah penduduk yang dilayani. Oleh sebab itulah ditentukan oleh para ahli puskesmas tingkat kecamatan dengan jumlah penduduk 30.000 ditangani oleh satu dokter. Adapun untuk rumah sakit jumlah tenaga perawat dapat ditentukan oleh jumlah tempat tidur atau juga oleh tingkat *Bed occupancy Rate* (BOR).

Analisis jenis dan jumlah tenaga yang ada saat ini. Dilihat juga bagaimana distribusi tenaga setiap bagian atau unit yang ada di rumah sakit. Misalnya berapa jumlah tenaga yang dibutuhkan dan jenis tenaga yang akan dibutuhkan oleh bagian atau unit di rumah sakit.

- *Analisis kesenjangan*, Menurut Yaslis Ilyas (2004) perspektif ini menekankan bahwa kesenjangan dapat berarti tenaga pada suatu bagian atau unit berlebih dapat juga kekurangan tenaga yang dibutuhkan. Pada analisis kesenjangan ini kita merinci tentang jenis dan jumlah personel yang dibutuhkan, yang tersedia, jumlah yang harus ditambah atau dikurangi, dan kapan dibutuhkan oleh rumah sakit .
- *Metode menghitung jumlah tenaga*, dalam perspektif ini mengasumsikan bahwa pada dasarnya semua metode atau formula yang telah dikembangkan untuk menghitung tenaga rumah sakit berakar pada beban kerja dari personel yang bersangkutan. Seperti kita ketahui perawat merupakan proporsi tenaga yang paling besar di rumah sakit, diperkirakan sekitar 75% personel adalah perawat. Dengan dominanya jumlah perawat di rumah sakit maka sejumlah ahli telah melakukan riset untuk menghitung tenaga perawat dengan mengembangkan formula khusus. Formula ini digunakan untuk menilai atau membandingkan apakah tenaga perawat yang ada saat ini cukup ? kurang ? atau lebih ? Apakah keluhan kekurangan tenaga pada suatu unit disebabkan beban kerja yang tinggi. Pada umumnya

kebutuhan personel rumah sakit dihitung dengan menggunakan beberapa metode atau formula antaranya : Metode rasio, metode kebutuhan (Need), metode permintaan (Demand) dan metode target sedangkan untuk menghitung kebutuhan perawat dengan formula: formula Gillies, Formula hasil lokakarya PPNI, formula unit gawat darurat, formula intensive serta formula douglas.

Teori yang dikembangkan oleh Yaslis Ilyas (2004) merupakan kerangka teori dalam penelitian ini yang dijabarkan sebagai berikut :



Gambar 2 : KerangkaTeori

I. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori maka dapat digambarkan kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 3. Kerangka Konsep : Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat di Tinjau dari Beban Kerja

J. Definisi Operasional

- a. Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Indonesia (PPNI) adalah metode untuk menghitung kebutuhan jumlah tenaga perawat yang di kembangkan oleh Persatuan perawat indonesia (PPNI).
- b. Jumlah jam perawatan Pasien dalam 24 jam : waktu yang menunjukkan lama pasien di rawat selama 24 jam.
- c. BOR : Persentase pemanfaatan jumlah tempat tidur oleh pasien rawat inap di rumah sakit.

- d. Jumlah Tempat Tidur (TT) : Angka yang menunjukkan banyaknya tempat tidur yang digunakan oleh pasien
- e. Hari Kerja efektif : Adalah Jumlah hari yang dibutuhkan oleh tenaga perawat untuk mengerjakan tugas pokok dan fungsi hariannya sebagai tenaga perawat di rumah sakit.
- f. Jam kerja efektif : Adalah priode jam kerja yang ditetapkan untuk perawat dalam melaksanakan tugas perhari, disesuaikan dengan peraturan instansi setempat.
- g. Kebutuhan tenaga perawat : Kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan beban kerja riil setiap unit kerja, yang diperoleh dengan menggunakan formula hasil lokakarya PPNI.