

TESIS

**ANALISIS KEBUTUHAN JUMLAH TENAGA PERAWAT
BERDASARKAN FORMULA PERSATUAN PERAWAT NASIONAL
INDONESIA PADA INSTALASI RAWAT INAP
RSU BAHAGIA MAKASSAR**

***ANALYSIS OF THE NUMBER OF NURSES NEEDS
BASED ON THE FORMULA OF THE INDONESIAN NATIONAL
NURSE ASSOCIATION IN INPATIENT INSTALLATION OF BAHAGIA
GENERAL HOSPITAL MAKASSAR***

YAYUK AMRIANI

K022201013



**MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

**ANALISIS KEBUTUHAN JUMLAH TENAGA PERAWAT
BERDASARKAN FORMULA PERSATUAN PERAWAT NASIONAL
INDONESIA PADA INSTALASI RAWAT INAP
RSU BAHAGIA MAKASSAR**

**Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**Disusun dan diajukan oleh:
YAYUK AMRIANI**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS KEBUTUHAN JUMLAH TENAGA PERAWAT BERDASARKAN FORMULA PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA PADA INSTALASI RAWAT INAP RSU BAHAGIA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh

Yayuk Amriani
NOMOR POKOK K022201013

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 14 Juni 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.



Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes.
NIP. 19630105 199003 1 002



Dr. dr. Andi Indahwati Siddin, MHSM
NIP. 19730104 200012 2 001

Dekan
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2
Administrasi Rumah Sakit



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001



Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS.
NIP. 19650210 199103 1 00 6

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yayuk Amriani
NIM : K022201013
Program Studi : Administrasi Rumah Sakit
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

Analisis Kebutuhan Jumlah Tenaga Perawat Berdasarkan Formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Bahagia Makassar

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila kemudian 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 2023

Yang Menyatakan



Yayuk Amriani

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “**Analisis Kebutuhan Jumlah Tenaga Perawat Berdasarkan Formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia Pada Instalasi Rawat Inap RSU Bahagia Makassar**”. Penyusunan tesis ini dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu terselesaikannya tesis ini. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada **Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes** selaku pembimbing I dan **Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM** selaku pembimbing II, atas waktu yang telah diluangkan untuk membimbing sejak awal hingga akhir penyusunan tesis ini. Penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada **Dr. Fridawaty Rivai, SKM.,M.Kes**, **Dr. dr. Noer Bahry Noor, M.Sc** dan **Dr. Hasnawati Amqam, SKM.,M.Sc** selaku tim penguji yang telah memberikan saran, arahan dan kritikan yang sangat bermanfaat. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Prof. Sukri Palutturi, S.KM.,M.Kes.,M.Sc.,Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
3. Dr. Syahrir A.Pasinringi, MS, selaku ketua Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
4. Seluruh dosen dan staf Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan informasi, saran dan pengetahuan
5. Staf RSU Bahagia Makassar atas bantuan dan kerjasamanya selama proses penelitian
6. Teman-teman seperjuangan yang telah memberikan dukungan serta semangat.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, semua saran dan kritik akan diterima dengan segala kerendahan hati. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak.

Makassar, Juni 2023

Yayuk Amriani

ABSTRAK

YAYUK AMRIANI. *Analisis Kebutuhan Jumlah Tenaga Perawat Berdasarkan Formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia Pada Instalasi Rawat Inap RSU Bahagia Makassar* (Dibimbing oleh **Andi Zulkifli** dan **A. Indahwaty Sidin**).

Sarana pelayanan kesehatan yang dibuat oleh pemerintah maupun pihak swasta dinamakan Rumah Sakit. Pelayanan kesehatan dirumah sakit dapat berupa pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan, dan pelayanan rawat darurat yang mencakup pelayanan medik dan pelayanan non medik. Berdasarkan uraian tersebut, maka penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia pada instalasi rawat inap RSU Bahagia Makassar.

Penelitian kali ini menggunakan analisis situasi, analisis persediaan tenaga, analisis kesenjangan, dan analisis kebutuhan tenaga kerja yang dihitung menggunakan formula Penghitungan Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan analisis Kebutuhan tenaga keperawatan menurut penghitungan formula hasil lokakarya persatuan perawat nasional indonesia (PPNI), terdapat sebanyak 57 orang tenaga keperawatan, sedangkan kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan analisis formula PPNI untuk ruangan perawatan I adalah sebanyak 18 orang, ruangan perawatan II adalah sebanyak 29 tenaga sedangkan untuk ruangan perawatan III adalah sebanyak 10 tenaga.

Kata Kunci: Pelayanan, Perawat, Rumah Sakit.



ABSTRACT

YAYUK AMRIANI. *Analysis Of The Number Of Nurses Needs Based On The Formula Of The Indonesian National Nurse Association In Inpatient Installation Of Bahagia General Hospital, Makassar.* (Supervised by **Andi Zulkifli** and **A. Indahwaty Sidin**).

The hospital is one form of health service facilities that can be organized by the government or the private sector. Health services in hospitals can be in form of inpatient services, outpatient services, and emergency care services which include medical services and non-medical services. Based on this description, this study aims to analyze the need for the number of nurses based on the formula of the Indonesian National Nurses Association at the inpatient installation of Bahagia General Hospital, Makassar.

The study used situation analysis, labor supply analysis, gap analysis, and labor demand analysis which were calculated using the formula for calculating the results of the Indonesian National Nurses Association (PPNI) Workshop.

The results showed that based on the analysis of the need for nursing staff according to the calculation formula of the workshop results of the Indonesian National Nurses Association (PPNI) as many as 57 nursing staff, while the need for the number of nurses based on the analysis of the PPNI formula for the I treatment room was 18 people, the second care room was as many as 18 people. 29 workers while for the third treatment room is as many as 10 workers.

Keywords: Service, Nurse, Hospital.



DAFTAR ISI

TESIS

PERNYATAAN KEASLIAN.....	Error! Bookmark not defined.
PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR GRAFIK	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Kajian Masalah.....	5
1.3 Rumusan Masalah.....	9
1.4 Tujuan Penelitian.....	9
1.5 Manfaat Penelitian.....	10
BAB II.....	11
TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Rumah Sakit.....	11

2.2 Perawat.....	13
2.3 Perencanaan SDM Rumah Sakit.....	24
2.4 Beban Kerja.....	29
BAB III.....	40
KERANGKA KONSEP	40
3.1 Kerangka Teori	40
3.2 Kerangka Konsep.....	43
3.3 Definisi Operasional.....	44
BAB IV	45
METODE PENELITIAN	45
BAB V	49
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	49
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	49
5.2 Hasil Penelitian.....	52
1. Gambaran umum instalasi rawat inap RSUD Bahagia Makassar.....	52
a. Kapasitas Tempat Tidur	52
b. Indikator Pelayanan Rawat Inap.....	53
c. Tenaga Paramedis Perawat	53
2. Analisis Kebutuhan Tenaga Keperawatan	54
Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).....	54
5.3 Pembahasan.....	59
5.4 Keterbatasan Penelitian.....	84
BAB VI	85
KESIMPULAN DAN SARAN.....	85
DAFTAR PUSTAKA.....	87
LAMPIRAN.....	102

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 1. Metode Rasio.....	19
Tabel 2. Metode Douglas (Swanburg, 1999).....	21
Tabel 3. Definisi Operasional.....	44
Tabel 4. Jumlah Tempat Tidur Berdasarkan Ruang Rawat Inap RSU Bahagia Makassar Tahun 2021.....	52
Tabel 5. BOR Pelayanan Rawat Inap RSU Bahagia Makassar Tahun 2021.....	53
Tabel 6. Distribusi Tenaga Keperawatan Berdasarkan Rawat Inap RSU Bahagia Makassar Tahun 2021.....	53
Tabel 7. Jumlah Kebutuhan Tenaga Keperawatan berdasarkan Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia di Instalasi Rawat Inap RSU Bahagia Makassar Tahun 2022.....	55
Tabel 8. Jumlah Kebutuhan Tenaga Keperawatan berdasarkan Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia di Instalasi Rawat Inap RSU Bahagia Makassar Tahun 2022.....	56
Tabel 9. Selisih Jumlah Kebutuhan Tenaga Keperawatan Menurut Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia di Instalasi Rawat Inap RSU Bahagia Makassar Tahun 2022.....	57
Tabel 10. Penelitian terdahulu.....	95

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 1 Kajian Masalah Penelitian	6
Gambar 2 Skema Proses Perencanaan SDM.....	27
Gambar 3 Kerangka Teori.....	42
Gambar 4 Kerangka Konsep : Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat berdasarkan formula persatuan perawat nasional indonesia	43
Gambar 5 Bed Occupacy Ratio RSUD Bahagia Makassar 4 Tahun Terakhir....	104
Gambar 6 Length Of Stay RSUD Bahagia Makassar 4 Tahun Terakhir.....	104
Gambar 7 Turn Over Interval RSUD Bahagia Makassar 4 Tahun Terakhir.....	105
Gambar 8 Bed Turn Over RSUD Bahagia Makassar 4 Tahun Terakhir	105

DAFTAR GRAFIK

Hal

Grafik 1. Perbandingan Jumlah Tenaga Yang Tersedia Dengan Kebutuhan Tenaga Keperawatan Berdasarkan Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di Instalasi Rawat Inap RSUD Bahagia Makassar.....	58
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penelitian Terdahulu
- Lampiran 2 Instrumen Penelitian Analisis Kebutuhan Jumlah Tenaga Perawat Berdasarkan Formula Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia di instalasi Rawat Inap RSUD Bahagia Makassar
- Lampiran 3 Hasil Perhitungan BOR Tiap Ruangan
- Lampiran 4 Hasil Perhitungan Jumlah Kebutuhan Tenaga Perawat tiap ruang perawatan rawat inap berdasarkan formula hasil lokakarya PPNI
- Lampiran 5 Grafik BOR, LOS, TOI, BTO
- Lampiran 6 Izin Penelitian dari program pasca sarjana Universitas Hasanuddin Makassar
- Lampiran 7 Izin Penelitian Dinas Penanaman Modal dan pelayanan terpadu satu pintu

DAFTAR SINGKATAN

BOR	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
BTO	: <i>Bed Turn Over</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
HKE	: Hari Kerja Efektif
LOS	: <i>Length Of Stay</i>
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
RS	: Rumah Sakit
RSU	: Rumah Sakit Umum
SDM	: Sumber Daya Manusia
TM	: Tenaga medis
TNM	: Tenaga non medis
TPNP	: Tenaga paramedis non perawatan
TPP	: Tenaga Paramedis Perawat
TT	: Tempat Tidur

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sarana pelayanan kesehatan yang dibuat oleh pemerintah maupun pihak swasta dinamakan rumah Sakit (Kakemam et al., 2021). Menurut Permenkes tiga Tahun 2020 mengenai penjabaran dan perizinan rumah sakit, rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan yang melaksanakan fasilitas kesehatan perorangan secara paripurna, meliputi fasilitas rawat inap, rawat jalan, serta gawat darurat. Rumah sakit mempunyai beragam kegiatan karena kompleksitasnya, termasuk interaksi medis, keperawatan, keuangan, serta interpersonal (Kaihlansen et al., 2021). Sebagai pusat pelayanan kesehatan, rumah sakit harus bisa membagikan fasilitas yang bermutu tinggi. Pelayanan prima sangat dibutuhkan untuk melayani pasien (Parker et al., 2021). Pelayanan keperawatan harus ditingkatkan seiring dengan kualitas pelayanan rumah sakit, termasuk upaya peningkatan kinerja perawat (Di et al., 2022).

Bagi manajer SDM, memenuhi persyaratan SDM adalah masalah krusial. Ketidakpuasan tenaga kerja, kelelahan, dan harapan untuk berganti pekerjaan semuanya diperparah saat kebutuhan sdm tidak terpenuhi, begitu pula kualitas keselamatan pasien, yang pada gilirannya akan menurunkan kualitas layanan pasien (Alam et al., 2018). Pada banyak fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit serta fasilitas lain yang menyediakan layanan keperawatan, perencanaan ketenagaan merupakan masalah utama. Masalah organisasi yang sering muncul diantaranya minimnya total serta jenis tenaga yang diperlukan, kurangnya kompetensi perawat (wawasan, keahlian) dan keterbatasan sumber daya keuangan rumah sakit, yang mencegah diperolehnya sumber daya manusia (SDM) yang diperlukan.

Sebagai penyedia layanan keperawatan, perawat menghabiskan waktu paling banyak dengan pasien. Karena potensi kondisi tersebut berpengaruh pada aspek fisik dan psikologis perawat sebagai pemberi

pelayanan keperawatan, maka perawat membutuhkan lingkungan kerja yang kondusif (Di et al., 2022). Perawat profesional, sebagaimana didefinisikan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI), adalah perawat yang bertanggung jawab serta memiliki kewenangan untuk membagikan fasilitas keperawatan atau bersama dengan profesi kesehatan lainnya, secara dengan kewenangannya. Selain mengkonsultasikan beragam layanan keperawatan yang dilakukan, perawat bertugas memberikan pelayanan keperawatan, memperluas pengetahuan kesehatan dan tindakan yang dilakukan, merencanakan, serta mengorganisasikan pelayanan kesehatan yang akan diberikan (Pandapotan, 2022).

Rumah sakit ialah salah satu fasilitas pelayanan Kesehatan yang harus memberikan kinerja terbaiknya. Rumah sakit adalah fasilitas medis di mana dokter, perawat, dan profesional perawatan kesehatan lainnya memberikan layanan. Misi rumah sakit adalah membagikan fasilitas kesehatan perorangan yang komprehensif, melingkupi rawat inap, rawat jalan, serta gawat darurat. Menurut penelitian Maimun Nur tahun 2016, perawat dengan performa minim memiliki presentase lebih tinggi yakni 31 (53,4%), sedangkan perawat dengan kinerja tinggi memiliki presentase yaitu 27 (46,6%). Sumber daya manusia perawat, menurut Heti Rustianti (2018) dalam (Pratiwi, 2022), merupakan aspek penting dalam pelayanan rumah sakit karena perawat menyediakan hingga 80% pelayanan kesehatan di hampir setiap negara. Beban mengacu pada yang ditanggung oleh tanggungan yang menjadi tanggung jawabnya. Kerja yakni tindakan melaksanakan sesuatu dengan maksud menghasilkan hasil. Stres dapat disebabkan oleh ketegangan dan beban kerja seseorang. Perihalnya dapat diakibatkan oleh kurangnya keahlian, tingkat pekerjaan yang tinggi, jumlah pekerjaan yang berlebihan, atau faktor lainnya (Musdaleni, 2022). Dalam konteks keperawatan, beban kerja mengacu pada setiap dan semua kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat disuatu unit fasilitas perawatan. (Tahir, 2020) menjelaskan beban kerja perawat sebagai total keperawatan yang diberikan kepada pasien berlandaskan evaluasi perawat terhadap kebutuhan keperawatan pasien serta kebutuhan lainnya. Menurut Ilyas (2004), analisis beban kerja perawat dapat digunakan untuk menentukan proporsi waktu yang dihabiskan guna aktivitas produktif ataupun tidak

produktif, jadwal pola beban kerja perawat melalui waktu serta pola jam kerja, serta keperluan mengetahui jumlah kebutuhan tenaga kerja perawat di rumah sakit (Rosyida, 2020)

Kinerja perawat memiliki nilai strategis yang penting. Asuhan keperawatan secara signifikan merupakan fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit. Perihalnya dikarenakan perawat merupakan 60,55 persen dari seluruh staf rumah sakit (Kementerian Kesehatan, 2010). Jumlah perawat rumah sakit yang banyak harus didampingi oleh kinerja yang berkualitas. Tingkat pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari tingkat kinerja yang ditampilkan oleh perawat dalam memberikan pelayanan. (Alam et al., 2018) melakukan penelitian berdasarkan cara WISN, Poliklinik Ass-Syifah UIN Alauddin menerima 0.695 SDM perawat pada tahun 2018 terkait kebutuhan paramedis berdasarkan beban kerja. Namun total ideal tenaga yang dibutuhkan yakni 4 orang atau 3,38 SDM.

Menurut penelitian (Komariah et al., 2019), wawancara dengan perawat mengungkapkan bahwa beban kerja perawat rumah sakit Stella Maris Makassar tinggi karena total perawat yang banyak. Pada pengamatan diketahui beban kerja perawat yang tinggi mengakibatkan turunnya tingkat komunikasi antara perawat. Jumlah perawat yang tidak mencukupi ataupun tak memenuhi dengan jumlah total pasien. Di Stella Maris, hanya ada 12 perawat di salah satu ruang perawatan, dan hanya dua orang yang bekerja secara bersamaan. Karena jumlah perawat yang tidak mencukupi, terkadang asuhan keperawatan dilakukan tanpa mengikuti SOP dikarenakan bahan dan alat sulit ditemukan. Waktu perawatan pasien yang diperlukan perhari, total ruang tidur (TT), tingkat kegunaan TT (BOR), total hari kerja, serta total jam kerja akan tenaga perawatan merupakan input ke dalam perhitungan rumus PPNI sehingga metode ini dapat lebih memenuhi kebutuhan perawat dengan memasukkan unsur-unsur pengukuran beban kerja. BOR, sensus harian, produktivitas, total ruang tidur, jam kerja, total hari libur, serta total jam perawatan/24 jam merupakan komponen yang digunakan guna mengetahui kebutuhan perawat rawat inap menggunakan metode formula (Safaat & Husnaini, 2019).

Peningkatan mutu fasilitas rumah sakit harus disertai peningkatan fasilitas perawatan, diantaranya dengan usaha peningkatan kinerja perawat

(Kagaya et al., 2021). Rumah sakit pada umumnya dapat dibagi menjadi tiga kategori: pusat medis, rumah sakit regional, dan rumah sakit distrik (Chiao et al., 2021). Di Makassar, Rumah Sakit Umum Bahagia yakni Rumah Sakit swasta. Rumah Sakit ini awalnya yakni rumah sakit khusus sebelum jadi rumah sakit umum. Modifikasi dilaksanakan supaya rumah sakit bahagia dapat menolong masyarakat yang memerlukan perawatan kesembuhan terbaik dengan harga yang terjangkau. Layanan ini menekankan pada cepat, tepat, akurat, andal, dan profesional. Kepuasan pelanggan atau pasien tidak lepas dari mutu pelayanan kesehatan. Namun, Rumah sakit bahagia tidak dapat memenuhi hal tersebut karena banyaknya keluhan dari pasien terkait kualitas layanan rumah sakit. Sesuai profil RSU Bahagia Makassar tahun 2021, fasilitas yang ditawarkan adalah Pelayanan Keperawatan (Rawat Inap) dengan 64 tempat tidur, sedangkan ada 50 perawat sebagai tenaga perawat.

Setelah peneliti menggunakan metodologi yang inklusif, konsultatif, dan komprehensif untuk mengembangkan kerangka kemampuan, organisasi keperawatan dan kebidanan utama di Australia telah mengesahkan Kerangka Kesehatan Digital Keperawatan dan Kebidanan Nasional untuk digunakan (Cummings et al., 2021). Ukuran pemanfaatan tempat tidur adalah *Bed Occupation Ratio* (BOR), atau persentase tempat tidur yang digunakan (Russell & Middleton, 2021). Menurut data dari tahun 2018 hingga 2021, menunjukkan kecenderungan yang fluktuatif. BOR tertinggi pada tahun 2019 dengan tingkat pencapaian sebesar 72%, dan terendah pada tahun 2020 dengan tingkat pencapaian sebesar 45%. Pada tahun 2021, BOR sebesar 65%, dan rata-rata BOR empat tahun adalah 59%. Kinerja BOR RSU Bahagia Makassar secara umum masih di bawah standar ideal (60-85%). Berarti tentang layanan atau kualitas yang disebabkan oleh kurangnya tenaga yang menambah beban kerja dan menurunkan kualitas pelayanan sehingga membuat masyarakat enggan untuk berkunjung ke RSU Bahagia Makassar.

Lama perawatan pasien disebut sebagai *Length Of Stay* (LOS), dan kisaran ideal adalah antara enam dan sembilan hari. Dari tahun 2018 hingga 2021, umumnya lama perawatan pasien di Rumah Sakit Bahagia adalah empat hari, namun nilai rata-rata tersebut belum mencapai angka ideal. Hal ini menandakan bahwa LOS untuk RSU masih jauh dari ideal

karena pasien yang mendapat pengobatan terlalu cepat sembuh atau tidak membaik setelah empat hari pengobatan.

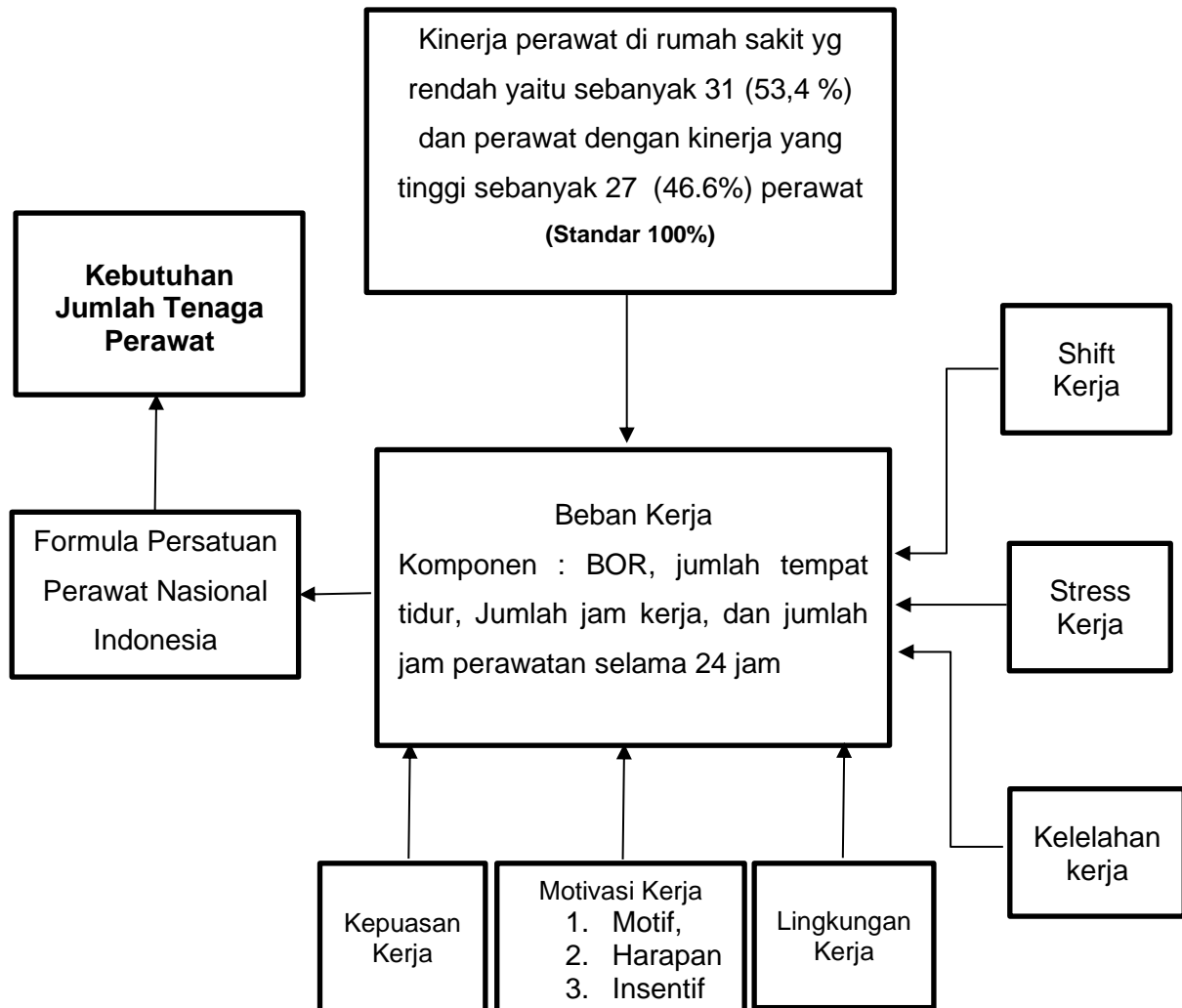
Bed Turn Over (BTO) adalah cara untuk mengukur tingkat penggunaan tempat tidur dalam satuan waktu. Selama empat tahun terakhir, penggunaan tempat tidur rata-rata 71 kali, dengan 2019 melihat BTO tertinggi 86 kali dan 2020 melihat yang terendah 59 kali. Oleh karena itu, BTO selama empat tahun terakhir secara signifikan lebih tinggi dari standar ideal 40-50 kali.

Olehnya itu penelitian ini dilakukan untuk menganalisis kebutuhan tenaga perawat dengan memperhitungkan beban kerja perawat dan jumlah tenaga keperawatan yang ada. Hal ini akan menjadi landasan perencanaan perawat sehingga pengelolaannya ke depan dapat diperoleh perawat yang efektif dan efisien.

1.2 Kajian Masalah

Tiga dimensi beban kerja Tarwaka (2011) yakni beban waktu, beban usaha mental, dan beban stres psikologis. Pandangan tentang seberapa efektif pekerjaan yang sudah dilakukan serta betapa penting pekerjaan itu mempengaruhi tingkat kepuasan kerja. Suatu keadaan yang membangkitkan, mengarahkan, serta mempertahankan perilaku yang berkaitan dengan tempat kerja disebut sebagai motivasi kerja. Para ahli telah mengusulkan sejumlah dimensi, dengan Vroom (2002) membaginya menjadi tiga kategori: Motif, keinginan, serta Insentif. Jerome (2013) membagikan kebutuhan untuk bertahan hidup (fisiologis), penjagaan, keperluan masyarakat, keperluan apresiasi, serta keperluan aktualisasi diri menjadi lima dimensi. Variable individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi menurut Gibson (1987) merupakan tiga dimensi kinerja. Sementara itu, Bernardin dan Russel (1993) mengatakan bahwa hal ini dapat dibagi menjadi enam dimensi: kemandirian, komitmen kerja, kualitas, kuantitas, efektivitas, dan ketepatan waktu.

Berdasarkan data yang diperoleh dari asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap dengan rata-rata 46.6% dari standar PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) 100%, maka peneliti menggambarkan kajian masalah penelitian berdasarkan variabel-variabel yang mempengaruhi pelayanan sebagai berikut :



Gambar 1 Kajian Masalah Penelitian

(Teori Luthan (2006); Kahn, 1990; Vroom (2002); Liden and Maslyn 1998; Bakker, schaufeli, and Demeroutti, 2008; Robbin and Judge, 2015), (Safaat & Husnaini, 2019)

Berdasarkan kerangka kajian masalah, beban kerja merupakan salah satu dari beberapa variabel yang berkontribusi terhadap penurunan kinerja perawat. Menurut Ilyas (2004), beban kerja perawat mengakibatkan kelelahan dan keletihan karena memiliki tiga dimensi yakni beban waktu, beban upaya mental, serta tekanan psikis yang tinggi. Ilyas menyebutkan tentang kelelahan, yaitu ketika perawat bekerja berlebih pada 80% pada waktunya. Dengan kata lain, waktu produktivitas perawat harus sekitar 80%; apabila berlebih tinggi, beban kerja perawat dianggap berlebihan ataupun tak searah, serta harus ditinjau guna meningkatkan lebih banyak perawat ditempat perawatan. Gagasan beban kerja muncul dari keterbatasan kapasitas pemrosesan informasi. Pembatasan tersebut dapat menimbulkan kesenjangan dan menghambat pencapaian hasil kerja. Penurunan kinerja sebagai akibat dari kesenjangan ini.

Untuk memastikan bahwa beban kerja perawat tidak melebihi kapasitasnya dan terus memberikan fasilitas yang terbaik untuk pasien, serta guna menumbuhkan kualitas perawatan yang diberikan oleh perawat rawat inap, perencanaan SDM yang tepat harus dipertimbangkan. Waktu perawatan pasien juga diperlukan perhari, total tempat tidur (TT), tingkat kegunaan TT (BOR), total hari kerja, dan total jam kerja akan tenaga perawatan pada memberikan perawatan kepada pasien merupakan input ke dalam perhitungan rumus PPNI sehingga metode ini dapat lebih memenuhi kebutuhan perawat dengan memasukkan unsur-unsur pengukuran beban kerja daripada pendekatan umum saja. Sebuah survei yang dilakukan di Prancis menemukan bahwa 74% perawat dikatakan merasa stres. Pada penelitian (Rosyida, 2020) Persatuan Perawat Nasional Indonesia menemukan bahwa 50,9% perawat melaporkan mengalami stres di tempat kerja. Sebab beban kerja juga berlebihan serta pendapatan yang rendah, mereka sering mengalami pusing, kelelahan, tidak ramah, dan kurang istirahat (Faradilla, 2016). Variabel-variabel yang berkaitan dengan kelelahan kerja menemukan bahwa 82,89% perawat mengalami kelelahan kerja, seperti yang dikemukakan oleh Prayetni (2001).

Di Makassar, Rumah Sakit Umum Bahagia ialah RS swasta. Rumah Sakit ini awalnya yakni rumah sakit khusus sebelum menjadi rumah sakit

umum. Modifikasinya dilaksanakan agar rumah sakit bahagia bisa menolong masyarakat yang memerlukan perawatan kesehatan terbaik dengan biaya yang terjangkau. Layanan ini menekankan pada cepat, tepat, akurat, andal, dan profesional. Kepuasan pelanggan atau pasien tidak lepas dari mutu pelayanan kesehatan. Namun, rumah sakit bahagia tidak dapat memenuhi persyaratan tersebut karena banyaknya keluhan dari pasien terkait kualitas layanan rumah sakit. Sesuai dengan profil RS Bahagia Makassar tahun 2021, salah satu pelayanan yang ditawarkan adalah Pelayanan Keperawatan (Rawat Inap) dengan jumlah tempat tidur sebanyak 64 tempat tidur sedangkan ada 50 perawat sebagai tenaga keperawatan.

Untuk menentukan frekuensi pemanfaatan tempat tidur adalah *Bed Occupation Ratio* (BOR), juga dikenal sebagai persentase penggunaan tempat tidur. Menurut data dari tahun 2018 hingga 2021, menunjukkan kecenderungan yang fluktuatif. BOR tertinggi pada tahun 2019 dengan tingkat pencapaian sebesar 72%, dan terendah pada tahun 2020 dengan tingkat pencapaian sebesar 45%. Pada tahun 2021, rata-rata BOR adalah 65%, dan rata-rata BOR empat tahun sebelumnya adalah 59%. Kinerja BOR RSU Bahagia Makassar secara umum masih di bawah standar ideal (60-85%). Berarti tentang layanan atau kualitas, hal ini disebabkan oleh kurangnya tenaga yang menambah beban kerja dan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan sehingga membuat masyarakat enggan untuk berkunjung ke RSU Bahagia Makassar.

Lama perawatan pasien sebagai *Length Of Stay* (LOS), dan kisaran ideal adalah antara enam dan sembilan hari. Dari tahun 2018 hingga 2021, umumnya lama perawatan penderita di Rumah Sakit Bahagia adalah empat hari, namun nilai rata-rata tersebut belum mencapai angka ideal. Hal ini menandakan bahwa LOS untuk RSU masih jauh dari ideal karena pasien yang mendapat pengobatan terlalu cepat sembuh atau tidak membaik setelah empat hari pengobatan.

Bed Turn Over (BTO) adalah cara untuk mengukur frekuensi penggunaan tempat tidur dalam satuan waktu. Selama empat tahun terakhir, penggunaan tempat tidur rata-rata 71 kali, dengan 2019 melihat BTO tertinggi 86 kali dan 2020 melihat yang terendah 59 kali. Oleh

karena itu, rata-rata BTO selama empat tahun terakhir secara signifikan lebih tinggi dari standar ideal 40-50 kali lipat.

Berdasarkan kajian masalah yang ada maka peneliti tertarik melakukan penelitian untuk menganalisis kebutuhan tenaga perawat dengan memperhitungkan beban kerja perawat dan jumlah tenaga keperawatan. Hal ini akan menjadi landasan perencanaan perawat sehingga pengelolaannya ke depan dapat diperoleh perawat yang efektif dan efisien.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan pembahasan pada uraian sebelumnya, adapun rumusan masalah pada penelitian ini adalah

1. Seberapa besar kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia pada Instalasi rawat inap RSUD Bahagia Makassar
2. Seberapa besar kebutuhan jumlah tenaga perawat tiap ruangan perawatan berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia pada Instalasi rawat inap RSUD Bahagia Makassar
3. Seberapa besar selisih tenaga perawat yang ada dengan jumlah yang dibutuhkan berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia pada Instalasi rawat inap RSUD Bahagia Makassar

1.4 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, mengenai tujuan penulisan pada penelitian ini adalah :

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia pada instalasi rawat inap RSUD Bahagia Makassar

2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia pada Instalasi rawat inap RSUD Bahagia Makassar
2. Untuk mengetahui kebutuhan jumlah tenaga perawat tiap ruangan perawatan berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia pada instalasi rawat inap RSUD Bahagia Makassar
3. Untuk mengetahui jumlah selisih tenaga perawat yang ada dengan jumlah berdasarkan formula Persatuan Perawat Nasional Indonesia pada instalasi rawat inap RSUD Bahagia Makassar

1.5 Manfaat Penelitian

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

1. Rumah Sakit

Menjadi bahan pertimbangan pada merencanakan kebutuhan jumlah tenaga perawatnya, spesifik di instalasi rawat inap

2. Tenaga Perawat

Menjadi bahan masukan agar lebih mengetahui tugas dan fungsi, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan pada RSUD bahagia Makassar

3. Akademisi

Sebagai bahan penambah wawasan pada pengembangan ilmu, khususnya bagaimana melakukan perhitungan kebutuhan tenaga perawat sesuai formula persatuan perawat nasional indonesia pada rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rumah Sakit

Rumah sakit ialah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan Rawat inap, Rawat jalan, serta gawat darurat sebagaimana dimaksud pada Undang-Undang nomor. 44 Tahun 2009 (Rubiana, Ismi, 2017)

2.1.1 Tugas Dan Fungsi Rumah Sakit

Tanggung jawab rumah sakit yakni menjamin pemeliharaan serta pemulihan kesehatan. Sebagaimana tercantum dalam Keputusan menkes RI: Menurut 983/Menkes/SKXI/1992, rumah sakit umum harus mengutamakan upaya penyembuhan serta pemeliharaan yang dilakukan selaras serta sistematis melalui usaha perbaikan, pencegahan, serta rujukan pasien. Sedangkan fungsi rumah sakit meliputi administrasi umum dan keuangan, pelayanan medik, fasilitas penunjang medik dan non medik, pelayanan dan asuhan perawatan, fasilitas rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian serta pengembangan, beserta pelayanan penunjang medik dan non medik (Rubiana, Ismi, 2017).

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Di Indonesia, jenis fasilitas rumah sakit diatur dalam UU No. 44 Tahun 2009 yang mengatur mengenai rumah sakit. Menurut Pasal 19, rumah sakit dapat dibagi jadi dua kelompok berlandaskan fasilitas yang di berikan:

- a. Rumah sakit umum;
- b. Rumah sakit khusus (untuk mata, paru-paru, kusta, rehabilitasi,

jantung, dan kanker, di antara kondisi lainnya).

Fasilitas kesehatan untuk seluruh element serta komplikasi disediakan oleh rumah sakit umum yang disebutkan pada ayat 1. Sebaliknya, rumah sakit khusus membagikan perawatan khusus guna disiplin ilmu ataupun jenis penyakit spesifik berlandaskan golongan, usia, organ, penyakit, ataupun spesialisasi lain. Kepmenkes mengklaim bahwa Menurut (Permadani, 2016), rumah sakit Indonesia digolongkan berlandaskan kelas diantaranya:

1. RS Kelas A
2. RS Kelas (Pendidikan serta Non Pendidikan)
3. RS Kelas C
4. RS Kelas D

Jenis perawatan yang diberikan membedakan dengan jenis rumah sakit lainnya. Layanan spesialis dan subspecialisasi tersedia di rumah sakit tipe A. Ada layanan spesialis dan subspecialisasi minimum yang terdaftar di rumah sakit Tipe B. Setidaknya ada empat spesialisasi mendasar di rumah sakit Kelas C kebidanan, anak-anak, penyakit dalam, dan pembedahan. Hanya ada layanan medis dasar di rumah sakit Tipe D. Pemerintah telah berupaya untuk menaikkan status seluruh rumah sakit jadi kelas C sesuai dengan UU No. Sesuai dengan UU RI No. 44 Tahun 2009, rumah sakit di Indonesia dikategorikan diantaranya:

1. Berikut klasifikasi rumah sakit umum:
 - a. RS umum kelas A,
 - b. RS umum kelas B,
 - c. RS umum kelas C, dan
 - d. RS umum kelas D
2. Rumah sakit khusus diklasifikasikan sebagai berikut:
 - a. RS Khusus Kelas A
 - b. RS Khusus Kelas B
 - c. RS Khusus Kelas C

Sesuai dengan Panduan Teknis Sarana serta Prasarana Rumah Sakit Kelas C tahun 2007, layanan rawat inap untuk merawat pasien yang perlu dirawat berlebih pada 24 jam (pasien

yang tinggal di rumah sakit). fasilitas perawatan, fasilitas medis (sebelum serta sesudah pelayanan medis), fasilitas penunjang medis (konsultasi radiologi, pengumpulan sampel laboratorium, konsultasi anestesi, gizi, farmasi, serta rehabilitasi medis), dan pelayanan kesehatan semuanya tersedia di fasilitas rawat inap (Permadani, 2016).

2.2 Perawat

2.2.1 Peran Perawat

Berdasarkan pengetahuan dan teknik keperawatan, keperawatan adalah jenis pelayanan profesional yang merupakan element penting pada pelayanan kesehatan. Berbentuk layanan biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan budaya yang komprehensif untuk individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat, baik sehat ataupun sakit, untuk semua fase kehidupan. Kesepakatan nasional yang secara konseptual mengakui perawatan sebagai profesi di Indonesia, termasuk definisi fasilitas perawatan secara profesi dan pendidikan keperawatan sebagai pendidikan profesi, merupakan hasil Lokakarya Nasional Keperawatan tahun 1983. Dalam periode 1999, pemerintah (Departemen Kesehatan) mengalihkan modelnya jadi paradigma baru yang dikenal melalui paradigma Sehat dalam upaya mencapai pembangunan kesehatan. Perjanjian liberalisasi yang ditandatangani pada tahun 2003 di tingkat ASEAN, di Asia-Pasifik pada periode 2010, serta selaku dunia dalam periode 2020 disebut sebagai pengembangan keperawatan sebagai sebuah profesi. Sebagai sistem pelayanan kesehatan yang harus merespon standar global, upaya memprofesionalkan profesi keperawatan mutlak diperlukan (Aden, 2018). (Wicaksana, 2021) target rasio perawat terhadap jumlah penduduk dalam periode 2019 yakni 180 per 100.000 penduduk, sebagaimana tertuang pada Keputusan Menkokesra No.53 Tahun 2013 mengenai skema peningkatan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 – 2025. Namun, rasio nasional perawat 100.000 orang pada

tahun 2016 adalah 113,4, memastikan total perawat masih jauh dari target periode 2019. Menurut (West et al., 2021) fungsi perawat dipahami secara perilaku yang diharapkan mengenai individual berlandaskan kedudukan dalam sistem. Perilaku ini dapat dipengaruhi bagi kondisi masyarakat yang konstan di dalam dan di luar profesi keperawatan. Menurut Nursalam (2015) dalam (Tri Buana, 2019), perawatan profesional bertanggung jawab untuk memberikan asuhan keperawatan meliputi :

1. Memperhatikan individu dalam konteks sesuai kehidupan dan kebutuhan klien
2. Dimulai dengan pemeriksaan kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien, perawat memakai cara perawatan guna menunjukkan kasus perawatan.
3. Berikan klien (klien, keluarga, dan komunitas) dengan asuhan keperawatan.

Perawat harus bisa membantu klien mengatasi masalah fisik, psikologis, serta sosiospiritual menggunakan menitikberatkan pada perubahan perilaku klien (wawasan, perilaku, dan keahlian) pada menghadapi perkara kesehatan agar bisa membantu klien sebagai mandiri (Nursalam, 2015). Hal tersebut diperjelas pada UU No.38 dari ayat 3 pasal 1 Undang-Undang Keperawatan Tahun 2014, bahwa yang dimaksud “pelayanan perawatan” yakni suatu bentuk pelayanan kesehatan profesional yakni komponen fasilitas perawatan yang esensial berdasarkan pengetahuan serta nasihat keperawatan untuk individu, keluarga, golongan, ataupun sosial baik sehat serta sakit.

(Sari, 2020) Peran perawat didefinisikan sebagai sikap yang diinginkan orang lain terhadap seseorang berlandaskan letaknya pada sistem. Perilaku ini dapat dipengaruhi situasi masyarakat secara konstan di dalam dan di luar profesi keperawatan. Menurut beberapa ahli, perawat mempunyai peran sebagai berikut:

1. Menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan, perawat memiliki peran berikut ini:
 - a. Memberikan asuhan perawatan dengan mempertimbangkan situasi keperluan dasar yang

diperlukan dengan memberikan fasilitas perawatan melalui cara perawatan yang berkisar pada yang sederhana hingga yang kompleks.

- b. Pendukung pasien mempertahankan serta menjaga wewenang pasien melalui menginterpretasikan keterangan pada penyedia fasilitas ataupun sumber lainnya, terkhusus saat mendapatkan persetujuan tindakan keperawatan.
- c. Perawat dan pendidik bertugas membagikan pemahaman kesehatan kepada klien, keluarga, dan komunitas dalam usaha untuk mendorong perilaku promosi kesehatan di pihak individu dan komunitas. Seorang perawat harus memiliki sejumlah keterampilan agar dapat memenuhi peran sebagai pendidik (edukator), yang terpenting di antaranya adalah wawasan keilmuan yang luas, keterampilan komunikasi, pemahaman psikologi, dan kapasitas untuk berperan sebagai panutan profesional.
- d. Koordinator melalui menuntun, menskemakan, dan mengatur fasilitas kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan, koordinator memastikan bahwa kebutuhan klien terpenuhi ketika pelayanan kesehatan diberikan.
- e. Kolaborator : Perawat melaksanakan tugas karena bekerja melalui tim kesehatan juga terdapat pada dokter, fisioterapis, ahli gizi, serta profesional lainnya guna mengetahui asuhan perawatan seperti apa yang diperlukan. Mereka juga berbicara satu sama lain atau bertukar pikiran untuk mengetahui jenis layanan berikutnya.
- f. Perawat dan konsultan sebagai narasumber untuk pemecahan masalah atau rekomendasi asuhan keperawatan. Pekerjaan ini dilakukan karena klien ingin mengetahui lebih jauh mengenai maksud dari fasilitas perawatan yang diberikan.
- g. Kapasitas perawat untuk bertindak selaku manajer. Sesuai dengan konsep manajemen keperawatan,

perawat bertanggung jawab untuk mengelola pelayanan perawatan diseluruh tatanan pelayanan kesehatan (seperti rumah sakit, puskesmas, serta lainnya serta tatanan pendidikan. Proses penerapan fasilitas perawatan dengan usaha perawat guna membagikan bimbingan perawatan, pengobatan, serta rasa aman untuk pasien, keluarga, serta sosial adalah apa yang dapat dipahami manajemen keperawatan.

- h. Peneliti serta pengembangan ilmu keperawatan, Keperawatan selaku profesi serta bidang studi harus terus berupaya untuk berkembang. Akibatnya, setiap perawat harus mampu melakukan penelitian. Perawat harus berpegang pada beberapa prinsip ketika memberikan layanan perawatan untuk klien, prinsip ini harus memotivasi setiap perawat.
2. Menurut hasil “Lokakarya Nasional Keperawatan”
- a. Peran perawat adalah memberikan asuhan perawatan baik secara langsung ataupun tak langsung melalui cara proses keperawatan.
 - b. Melakukan fasilitas Keperawatan, Selaku pendidik dalam keperawatan, perawat mendidik seseorang, keluarga, masyarakat, serta profesional perawatan kesehatan di bawah pengawasan mereka.
 - c. Dalam kerangka paradigma perawatan, perawat menangani fasilitas dan pendidikan perawatan sesuai manajemen keperawatan.
 - d. Peneliti dan pengembang layanan keperawatan menggunakan temuan penelitian guna menumbuhkan kualitas asuhan perawatan serta pendidikan, mengaplikasikan konsep serta cara penelitian, serta mengidentifikasi masalah penelitian.

2.2.2 Tugas dan Tanggung Jawab Perawat

Tahapan proses keperawatan dapat digunakan perawat untuk melaksanakan tugasnya dalam memberi asuhan perawatan. Pada Lokakarya 1983 (Tri Buana, 2019) disepakati tugas ini:

1. Tunjukkan rasa hormat dan perhatian kepada klien.
2. Perawat bersedia memberikan penjelasan yang ramah kepada klien jika terpaksa menunda pelayanan.
3. Menghormati klien yang ditunjukkan oleh tindakan perawat.
4. Minat dan keinginan perawat bukanlah fokus dari percakapan yang berpusat pada klien (tergantung pada keinginan pasien).
5. Tidak membuat pernyataan yang merendahkan klien di depan pasien.
6. Mencoba memahami klien dari sudut pandang klien (melihat perspektif pasien) dan menerima sikap kritis klien.

Perawat adalah anggota penting dari tim kesehatan. Sebelum menjadi profesional, mereka diharapkan dapat mengatasi banyak tantangan sebagai mahasiswa perawat yang mempengaruhi mereka secara fisiologis, psikologis, dan emosional (Purimahua et al., 2021)

Perawat cenderung mendekati pelatihan dari perspektif yang sangat berbeda (Banwell et al., 2021) Perawat di Ethiopia harus dilakukan identifikasi faktor terkait untuk stres kerja (tujuan dua) (Girma et al., 2021). Ketika pasien datang untuk janji temu yang paling dekat dengan waktu tindak lanjut penelitian terjadwal berikutnya, perawat peneliti akan memanggil pasien untuk mengundang mereka datang lebih awal untuk memungkinkan pengumpulan data (Liu et al., 2021). Terkadang, perawat juga melakukan kesalahan pelaporan yang tidak hanya termasuk tidak ada insentif, tetapi untuk beberapa kesalahan parah pelaku dapat disalahkan atau dihukum oleh manajer (Kakemam et al., 2021)

Kesalahan pelaporan rentan dialami oleh perawat karena sifat profesinya (Bodys-Cupak et al., 2021). Perawat dihadapkan pada stresor kerja yang bervariasi tergantung pada posisi dan tugasnya (Chang et al., 2021). Demi menghindari kesalahan, maka dari itu

perawat yang baru lulus tidak melakukan semua keterampilan penilaian fisik yang mereka pelajari selama pertemuan klinis (Liu et al., 2021)

Metode pengajaran yang efektif sangat penting untuk menumbuhkan keterampilan profesional tingkat lanjut pada perawat dan melengkapi mereka dengan pelatihan yang diperlukan (Jeon & Park, 2021). Selain itu, juga harus diadakan pelatihan yang bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan, karena mereka memperoleh pengetahuan baru dan keterampilan sosioemosional (Jiménez-Rodríguez et al., 2021)

UU No. 38 Menurut ayat 1 pasal 29 Undang-Undang Praktik Keperawatan Tahun 2014, perawat berperan sebagai: caregiver, konselor bagi pasien, pengelola pelayanan perawatan, penelaah dalam perawatan, serta pelaksanaan tugas pada batasan-batasan tertentu (UU No. 38 Tahun 2014). Di rumah sakit, perawat melakukan berbagai tugas, termasuk:

1. Memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan tujuan membantu mereka pulih dan mendapatkan kembali kesehatan mental dan fisik mereka.
2. Memberikan pelayanan tambahan seperti penataan tempat tidur dan lain-lain untuk kenyamanan pasien.
3. Melaksanakan tugas administratif
4. Terus terlibat dalam pendidikan keperawatan.
5. Terus melakukan penelitian untuk meningkatkan standar asuhan perawatan.
6. Keterlibatan pada adaptasi agenda pendidikan keperawatan.

Selain itu, perawat dapat dikategorikan menurut jenis tanggung jawab (*responsibility*) dalam melaksanakan tugas serta perannya:

1. Tanggung jawab utama terhadap tuhan (*responsibility to god*)
2. Tanggung jawab kepada klien dan masyarakat (*responsibility to client and society*)
3. Tanggung jawab kepada mitra kerja serta atasan (*responsibility to colleague and supervisor*)

2.2.3 Cara menghitung Kebutuhan Tenaga di Rumah Sakit

Kebutuhan perawat dapat menggunakan formula sebagai berikut :

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

1. Metode Rasio

Metode ini menggunakan jumlah tempat tidur sebagai denominator personal yang diperlukan. Sebab mudah serta sederhana, caranya paling banyak digunakan. Metode ini cukup mendapati total personal, namun tidak mengetahui seberapa produktif SDM rumah sakit atau kapan diperlukan.

Tabel 1. Metode Rasio

Tipe RS	TM / TT	TPP / TT	TPNP / TT	TNM / TT
A & B	1 / (4-7)	(3-4) / 2	1 / 3	1 / 1
C	1 / 9	1 / 1	1 / 5	3 / 4
D	1 / 15	1 / 2	1 / 6	2 / 3
Khusus	Disesuaikan			

Keterangan :

- TM = Tenaga medis
- TT = Tempat tidur
- TPP = Tenaga paramedis perawatan
- TPNP = Tenaga paramedis non perawatan
- TNM = Tenaga non medis

2. Formula Gillies

Gillis (1989) mengemukakan formula kebutuhan tenaga perawat disatu bagian keperawatan yakni diantaranya :

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

Keterangan :

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

Dengan mengklasifikasikan pasien menurut derajat ketergantungannya pada perawatan diri, perawatan parsial, atau perawatan total, metode Douglas menghitung kebutuhan akan tenaga perawat. (Purwaningsih et al., 2008) Jumlah dan kompleksitas kebutuhan perawatan pasien menjadi dasar dari sistem klasifikasi pasien ini. Pasien dibagi menjadi beberapa kelompok berdasarkan seberapa bergantung mereka pada perawat atau seberapa cepat dan efektif mereka menerima perawatan. Pemahaman yang jelas tentang beban kerja tidak dapat dicapai dengan hanya mengetahui diagnosis sekelompok pasien. Jumlah pasien yang dirawat, masing-masing dengan tingkat ketergantungan yang berbeda, berpengaruh pada jumlah perawat yang dibutuhkan. Douglas (1984, Swansburg & Swansburg, 1999) menggunakan klasifikasi klien untuk mengetahui berapa banyak perawat yang dibutuhkan di unit perawatan. Untuk setiap kategori, ada nilai standar untuk setiap shift:

**Tabel 2. Metode Douglas (Swanburg, 1999)
Perhitungan tenaga berdasarkan klasifikasi**

Jumlah Pasien	KLASIFIKASI PASIEN								
	Minimal			Parsial			Total		
	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam
1	0.17	0.14	0.07	0.27	0.15	0,10	0.36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,14	0,54	0,30	0,20	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,30	1,08	0,90	0,60

Sumber : Yaslis Ilyas (2004)

4. Formula “Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia”

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) mengembangkan metode pertaksiran tenaga kerja berlandaskan beban kerja. Metode untuk mengetahui berapa banyak perawat yang dibutuhkan ini telah diterapkan di rumah sakit Indonesia. Metode perhitungan ini dapat diterima oleh manajer medis dan non-medis karena mudah digunakan, dapat diterima secara teknis, komprehensif, dan realistis.

Hasil kerja aktual yang dilakukan oleh masing-masing perawat menjadi dasar bagi metode PPNI. Dengan menggunakan metode ini, langkah-langkah berikut dapat digunakan untuk menghitung tenaga kerja yang dibutuhkan:

1. Menentukan kategori tenaga kerja untuk unit kerja tersebut
2. Menentukan komponen dalam formula cara perhitungan
3. Mengkaji melalui formula berlandaskan bagian-bagian yang telah ditentukan sebelumnya dan
4. Menentukan berapa banyak tenaga kerja diperlukan untuk tiap-tiap bagian kerja. Dengan menggunakan rumus PPNI, beban kerja perawat dapat dihitung dengan menggunakan komponen yang meliputi: jumlah jam perawatan pasien per 24 jam, jam kerja efektif, dan hari kerja efektif tenaga perawat, serta persentase BOR rumah sakit pada satuan waktu tertentu.

Gillies mengembangkan formula ini hanya satuan hari yang digunakan dalam cara Gillies yang telah dirubah jadi minggu. Selain itu, jumlah jam kerja per hari juga ditentukan dalam satuan minggu, dan jumlah hari kerja efektif juga ditentukan dalam satuan minggu. PPNI berusaha menyesuaikan lama hari kerja dan libur yang berlaku di indonesia.

Adapun formula hasil “lokakarya persatuan perawat nasional indonesia” adalah sebagai berikut:

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

Keterangan :

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

- a. Komponen A adalah jumlah waktu perawatan pasien 24 jam
- b. BOR adalah prosentase rata-rata jumlah tempat tidur yang digunakan selama periode tertentu.
- c. Hari kerja efektif selama 41 minggu yang dihitung sebagai berikut
 - = (365–(52 hr minggu+12 hari libur nasional+12 hari cuti tahunan)
 - = 289 hari : 7 hari/mg
 - = 41 minggu
- d. Rumus berikut digunakan untuk menentukan jam kerja efektif 40 jam per minggu:
 - = hari kerja efektif 6 hari, maka $40/6 = 6,6 - 7$ jam per hari.
 - = hari kerja efektif 5 hari, maka $40/5 = 8$ jam per hari.

- e. Komponen 25% yaitu tingkat produktivitas perawat diasumsikan hanya 75% sehingga ditambah 25%.

Formula hasil lokakarya PPNI berdasarkan jumlah jam perawatan yang diperlukan pasien setiap hari.

- a. Waktu keperawatan langsung (rata-rata empat sampai lima jam per pasien per hari).
- b. Menurut Detroit Hospital (Gillies, 1994), waktu perawatan tidak langsung yakni 38 menit per pasien per hari, dan menurut Wolve & Young (Gillies, 1994), waktu keperawatan tidak langsung adalah 1 jam per pasien per hari.
- c. Waktu penyuluhan kesehatan lebih kurang 15 menit per pasien per hari, atau 0,25 jam per pasien per hari.
- d. Rata-rata pasien per hari adalah jumlah pasien yang dirawat dalam satu bagian berlandaskan lama perawatan ataupun *Bed Occupancy Rate* (BOR) melalui rumus :

Jumlah hari perawatan RS dalam waktu tertentu

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times 365 \text{ hari}} \times 100\%$$

- e. Ada 52 minggu dalam setahun, atau 365 hari.
- f. Ada hari libur untuk setiap perawat setiap tahun, yakni 74 hari (hari/minggu/hari libur = 52 hari; jika hari Sabtu adalah hari libur, maka harus diperhitungkan begitupun sebaliknya) hari libur nasional = 12 hari dan cuti tahunan = 12 hari).
- g. Setiap perawat bekerja 40 jam per minggu (40/6 = 6,6 - 7 jam per hari jika hari kerja efektif 6 hari, dan 40/5 = 8 jam per hari jika hari kerja efektif 5 hari).
- h. Untuk mengantisipasi kekurangan atau cadangan, jumlah perawat yang diperlukan dalam satu unit harus ditambahkan sebesar 25%.

Total tempat tidur (TT) di rumah sakit, serta persentase BOR (*Bed Occupancy Rate*) dari pemanfaatan tempat tidur yang digunakan, merupakan input ke dalam perhitungan

berbasis formula PPNI. Input tersebut meliputi waktu perawatan yang dibutuhkan pasien per hari selama 24 jam perawatan di rumah sakit berdasarkan sensus harian unit perawatan dan jumlah hari kerja efektif. Sehingga metode ini dapat lebih memenuhi kebutuhan perawat dengan memasukkan unsur-unsur pengukuran beban kerja daripada pendekatan umum saja.

Ada kelebihan dan kekurangan metode perhitungan ini. Kemampuan untuk menghitung beban kerja penyediaan layanan, seperti tingkat pemanfaatan TT (BOR), yang terkait erat dengan jumlah rata-rata pasien yang dirawat dalam sehari. Waktu atau lamanya perawatan pasien. Beban kerja tenaga kesehatan, khususnya perawat, akan meningkat akibat waktu perawatan yang lama, sehingga membutuhkan tambahan tenaga. Cadangan kebutuhan sebesar 25%, yaitu bila menggunakan metode PPNI untuk menghitung kebutuhan perawat, maka diperhitungkan cadangan kegiatan selain keperawatan dan absensi yang tidak memenuhi waktu kerja efektif. Metode penghitungan kebutuhan perawat di ruang rawat inap ini memiliki kelemahan karena tidak dapat digunakan untuk menghitung kebutuhan perawat di UGD atau poliklinik. Kelemahan lainnya adalah tidak dapat mengetahui jenis tenaga yang dibutuhkan.

2.3 Perencanaan SDM Rumah Sakit

2.3.1 Definisi perencanaan SDM Rumah Sakit

Salah satu aspek terpenting dalam manajemen adalah perencanaan. Perencanaan strategis sangat penting untuk keberhasilan layanan rumah sakit. Karena upaya pembangunan rumah sakit didasarkan pada kebutuhan pengguna layanan kesehatan, maka manajemen rumah sakit mampu mengatasi beberapa masalah layanan yang dihadapi rumah sakit dengan menerapkan sistem perencanaan yang baik. Sedangkan menurut Depkes (2004), tujuan perencanaan tenaga kesehatan adalah

untuk menyesuaikan kebutuhan pembangunan kesehatan dengan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan. (Rubiana, Ismi, 2017)

Tata Cara Perencanaan nomor 32 Tahun 1996 tentang tenaga Kesehatan mengatur wacana perencanaan tenaga kesehatan. Pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilakukan, berdasarkan peraturan pemerintah ini, diantaranya buat memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata. Jenis dan jumlah fasilitas kesehatan yang tepat, jenis layanan yang diharapkan, serta planning nasional buat tenaga kesehatan semuanya dipertimbangkan.

Perencanaan SDM rumah sakit (Ilyas, 2011), seperti yang dijelaskan dalam (Susanti et al., 2021) adalah suatu sistem perencanaan SDM yang juga mempertimbangkan lokasi, keterampilan, dan perilaku yang diperlukan untuk menyediakan layanan kesehatan. Karena sudah ditemukan SDM yang sesuai dengan kompetensi dan beban kerja, maka dapat diasumsikan bahwa agar perencanaan SDM rumah sakit dapat berfungsi secara efektif. Ada lima langkah yang harus diselesaikan untuk merencanakan kebutuhan sumber daya manusia rumah sakit : 1) menilai kesesuaian tenaga kerja saat ini dengan prediksi di masa depan; 2) evaluasi persediaan rumah sakit; 3) mengevaluasi kebutuhan staf rumah sakit di masa depan; 4) mengevaluasi perbedaan antara tenaga saat ini dan tenaga yang di butuhkan di masa depan; dan 5) mencatat kebutuhan staf rumah sakit, termasuk jumlah, jenis, dan tingkat keahlian yang di butuhkan. Manajer keperawatan harus berkontribusi untuk mengkaji dan menskemakan kebutuhan staf perawatan di bagian rumah sakit melalui kerangka atau rencana strategis (Susanti et al., 2021).

Ada empat metode persiapan yang dapat digunakan untuk merencanakan kebutuhan tenaga kesehatan:

1. Metode Kebutuhan Kesehatan, atau perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan epidemiologi penyakit yang paling banyak terjadi di masyarakat, merupakan salah satu metode.

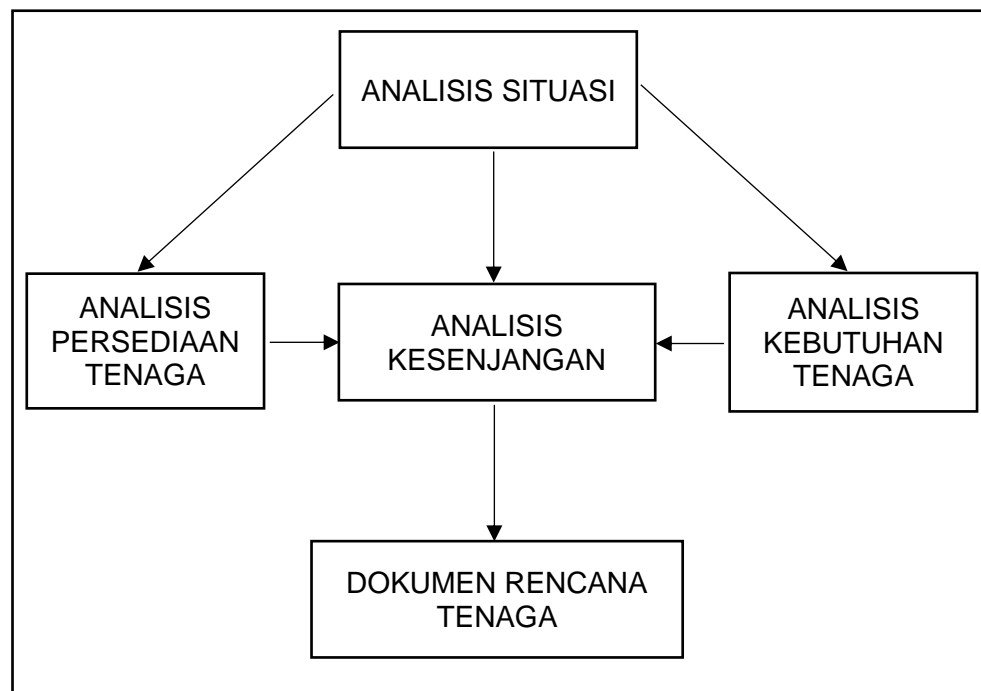
2. *Health Service Demand*, atau merencanakan jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan sebagai respon atas meningkatnya permintaan akan layanan.
3. Metode Sasaran Pelayanan Kesehatan, khususnya merencanakan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ditunjuk seperti rumah sakit dan puskesmas.
4. Metode rasio, atau perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan menurut standar atau rasio tertentu,

2.3.2 Tujuan Perencanaan Sumber Daya Manusia

Tujuan perencanaan sumber daya manusia ialah untuk mencapai tujuan kesehatan yang tepat dengan melaksanakan tugas yang tepat pada waktu dan tempat yang tepat serta dengan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan kualifikasi yang tepat untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Sebagai hasil dari perencanaan sumber daya manusia kesehatan yang baik, dampak kesehatan akan meningkat, layanan kesehatan dan sistem kesehatan akan bekerja lebih baik, sumber daya keuangan dan operasional akan digunakan secara lebih efektif, serta rekrutmen dan retensi akan meningkat.

2.3.3 Langkah Perencanaan SDM Kesehatan di Rumah Sakit

Perencanaan sumber daya manusia untuk sektor kesehatan memerlukan 5 langkah, yaitu: Analisis tenaga rumah sakit, analisis kebutuhan staf masa depan rumah sakit, serta analisis kesenjangan. Tenaga rumah sakit waktu ini dibandingkan menggunakan persyaratan kepegawaian rumah sakit di masa depan, dan laporan akhir merupakan daftar kebutuhan kepegawaian rumah sakit dalam hal jumlah, jenis, dan taraf keahlian yang dibutuhkan buat jangka waktu tertentu. Proses perencanaan SDM adalah sebagai berikut: (Ilyas, 2013) dalam (Permadani, 2016)



Sumber : Ilyas (2013)

Gambar 2 Skema Proses Perencanaan SDM

1. Analisis Situasi:

Perencana rumah sakit harus menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut saat melakukan analisis situasi:

- a. Apakah tenaga yang tersedia saat ini mencukupi? Oleh karena itu, perlu dikaji keragaman dan jumlah perawat di setiap unit kerja rumah sakit. Penting untuk memeriksa apakah tenaga saat ini memiliki keterampilan yang diperlukan untuk rumah sakit. Penting untuk melakukan pengamatan beban kerja dan jumlah tenaga saat ini.
- b. Perencanaan harus bisa menentukan apakah tenaga kerja saat ini dapat memenuhi permintaan untuk tiga sampai lima tahun ke depan. Artinya, perencanaan harus mampu mengantisipasi perubahan jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat di masa yang akan datang. Kompetensi perencana SDM kesehatan adalah kemampuan untuk mengantisipasi tren permintaan layanan dan menyelaraskan dengan kebutuhan tenaga kerja di masa depan.

- c. Kekurangan personel dengan keterampilan yang diperlukan untuk memenuhi permintaan layanan kesehatan dapat diakibatkan oleh pergeseran permintaan layanan di masa mendatang. Selain itu, perencana tenaga kesehatan harus merencanakan pelatihan yang diperlukan untuk meningkatkan dan menyesuaikan kompetensi rumah sakit. Rotasi dan mutasi SDM juga harus direncanakan untuk mengakomodasi permintaan dan beban layanan di masa depan. Penyediaan tenaga yang profesional dalam jumlah yang cukup dan tepat guna untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
 - d. Pemeriksaan jenis, jumlah, dan distribusi tenaga yang saat ini. Beban kerja tenaga kerja yang ada dan pola beban kerja dianalisis. Pola kunjungan pasien mempengaruhi pola beban kerja di rumah sakit yang akan berbeda.
 - e. Untuk mengetahui berapa banyak personel rumah sakit profesional dan non-profesional, dengan inventarisasi keahlian yang sudah ada. Ini akan menjadi informasi bagi manajemen. Apakah personel sudah ditempatkan pada unit yang sesuai keahlian dan keterampilannya?
2. Analisis Persediaan Tenaga
- Langkah selanjutnya dalam perencanaan tenaga rumah sakit ialah melihat tenaga saat ini dan kemungkinan pergantian personel sebagai akibat pergantian personel. Ketika mengevaluasi persediaan tenaga rumah sakit, faktor-faktor berikut harus diperhitungkan :
- a. Kuantitas dan ketersediaan tenaga
Mengumpulkan informasi tentang tenaga rumah sakit saat ini, baik medis maupun non-medis, termasuk jumlah dan jenisnya. Selanjutnya, buat peta distribusi tenaga kerja menurut jenis, jumlah, kualifikasi, dan lokasi. Untuk membandingkan proporsi profesional dan non-profesional, penting untuk mengetahui kualifikasi staf.
 - b. Jumlah personel yang berhenti karena pensiun, relokasi, atau tugas sekolah. Kecenderungan jumlah pegawai untuk

berpindah atau meninggalkan organisasi karena berbagai alasan dapat dilihat dari data retrospektif. Data kandidat dapat digunakan untuk memperkirakan jumlah tenaga yang akan pensiun dan melanjutkan pendidikan.

- c. Jumlah personel yang kembali bekerja setelah pindah dari lokasi lain. Berdasarkan data retrospektif, dimungkinkan untuk memperkirakan bahwa perpindahan dari organisasi lain merupakan rata-rata jumlah tenaga yang bergabung dengan organisasi.

3. Analisis Kebutuhan Tenaga

Analisis kebutuhan tenaga merupakan langkah ketiga dalam perencanaan sumber daya manusia rumah sakit, dapat menggunakan berbagai rumus yang telah dikembangkan untuk menghitung beban kerja staf rumah sakit saat melakukan analisis kebutuhan.

4. Dokumen Analisis Kesenjangan dan Rencana Tenaga

Setelah analisis situasi dan kebutuhan tenaga kerja, kesenjangan rumah sakit perlu dilakukan. Kesenjangan juga dapat menunjukkan kurangnya tenaga atau berlebihan dalam suatu unit. Jenis dan jumlah yang dibutuhkan, siapa yang tersedia, dan kapan rumah sakit perlu menambah atau menghapus semuanya dirinci dalam analisis.

2.4 Beban Kerja

2.4.1 Pengertian Beban Kerja

Beban kerja adalah kuantitas hasil kerja atau catatan yang dihasilkan oleh sejumlah tenaga pada bagian tertentu. Perspektif objektif dan subjektif dapat digunakan untuk mengevaluasi jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh kelompok atau individu dalam jumlah waktu atau jumlah pekerjaan tertentu. Jumlah total waktu yang dihabiskan atau aktivitas yang diselesaikan secara objektif. Sementara itu, beban kerja seseorang merupakan indikator subjektif dari tekanan kerja, kepuasan kerja, dan klaim terlalu banyak bekerja. Jumlah total tugas perawat yang

diselesaikan saat bekerja di unit layanan keperawatan dikenal sebagai beban kerja mereka (Karina, 2019).

Beban kerja keperawatan merupakan semua prestasi yang dicapai oleh perawat pada pekerjaannya; itu mengukur kualitas perawatan. Beban kerja menunjukkan banyak kegiatan keperawatan harus dilakukan selama shift mereka dan ini diklasifikasikan sebagai kegiatan langsung atau tidak langsung. Contoh kegiatan langsung adalah pemantauan tanda-tanda vital, pemberian obat-obatan, pemberian cairan dan darah infus, membalut luka, mengedukasi keluarga dan pasien, sedangkan proses pendokumentasian merupakan bentuk kegiatan keperawatan tidak langsung (Press et al., 2021)

Gagasan beban kerja muncul dari keterbatasan kapasitas pemrosesan informasi. Ketika dihadapkan pada suatu tugas, individu diharapkan untuk menyelesaikannya pada tingkat tertentu. Bila keterbatasan individu menyulitkan mereka untuk menghasilkan akibat kerja di taraf dan kapasitas yang diharapkan. Kegagalan dalam hasil kinerja dari kesenjangan ini. Ini menyoroti pentingnya menelaah lebih lanjut tentang beban kerja serta mengukurnya. (Rosyida, 2020)

2.4.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja

1. Jumlah perawat

Menurut Ilyas (2004), beban kerja perawat yang tidak seimbang sering menjadi masalah di rumah sakit. Manajer sering mengalami kesulitan dalam menentukan kualitas pekerjaan karena sebagian besar didasarkan pada keluhan subyektif. Situasi ini biasanya muncul selama tahap perencanaan ketika kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan untuk perawat tidak sesuai dengan kapasitas kerjanya

2. Kondisi tempat kerja

Tuntutan kerja, hubungan antar perawat dengan tanggung jawabnya dalam bekerja, serta hubungan yang kurang baik antar perawat berpotensi menambah beban kerja.

3. Pimpinan

Pimpinan juga harus mampu merencanakan pengembangan karir aktif perawat dan mengkoordinasikan lingkungan kerja yang produktif dan dinamis. meningkatkan profesionalisme perawat dengan mendorong mereka menjadi perawat yang baik dan berwawasan ke depan.

4. Tanggung jawab perawat

Pasien dan pasien perawat lainnya mendapat manfaat dari tanggung jawab perawat. Hal tersebut dapat menambah beban kerja perawat lain untuk bekerja dengan perawat yang baru lulus atau baru masuk ruangan. Bisa juga karena perawat baru merasa memiliki tanggung jawab atas keselamatan pasien.

(Rosyida, 2020) Faktor-faktor berikut mempengaruhi beban kerja:

1. Faktor Eksternal

Beban kerja yang berasal dari luar tubuh pekerja dikenal dengan faktor eksternal beban kerja. Komponen beban kerja eksternal yang meliputi beban kerja eksternal berikut, sering disebut sebagai stressor:

- a. Hal yang harus dilakukan penataan ruang kerja, alat dan fasilitas kerja, kondisi kerja, perilaku kerja, dan alat bantu kerja adalah contoh tugas fisik. Dua contoh tugas mental adalah kompleksitas pekerjaan dan tanggung jawab atas pekerjaan seseorang.
- b. Workplace management. Faktor organisasi yang berdampak pada beban kerja meliputi hal-hal seperti jam kerja, istirahat, kerja shift, gaji, shift malam, penugasan, dan wewenang.
- c. Lingkungan kerja. Kondisi tempat kerja yang berpotensi mempengaruhi produktivitas meliputi lingkungan kerja fisik (seperti pencahayaan, kebisingan, getaran, dan mekanik), lingkungan kerja kimiawi (seperti debu, gas, dan kontaminan udara), lingkungan kerja biologis (seperti bakteri, virus, dan parasit), dan lingkungan kerja psikologis (penempatan kerja)

2. Faktor Internal

Faktor beban kerja internal adalah faktor yang disebabkan oleh beban kerja eksternal yang berasal dari dalam tubuh. Strain adalah istilah untuk reaksi ini. Kesimpulannya, faktor internal terdiri dari:

- a. Faktor somatik, seperti jenis kelamin, usia, tipe tubuh, kesehatan, dan status gizi
- b. Faktor psikologis, seperti motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan, dan kepuasan.

(Fajri et al., 2020) Secara teori beban kerja seorang perawat dikatakan sangat dipengaruhi oleh unsur-unsur sebagai berikut:

- a. Jumlah perawat. Beban kerja perawat yang tidak seimbang merupakan salah satu masalah yang sering terjadi di rumah sakit. Manajer sering mengalami kesulitan dalam menentukan kualitas pekerjaan karena sebagian besar didasarkan pada keluhan subyektif. Hal ini biasanya muncul selama fase perencanaan ketika kebutuhan fasilitas perawatan kesehatan akan perawat melebihi kapasitasnya untuk melakukan tugasnya.
- b. Kondisi lingkungan kerja. Tuntutan kerja, dan keterkaitan tanggung jawab perawat dalam bekerja, dan lingkungan kerja itu sendiri semuanya dapat berkontribusi terhadap peningkatan beban kerja.
- c. Pengelolaan. Selain itu, kepemimpinan harus mampu merencanakan pengembangan karir perawat secara aktif dan mengkoordinasikan lingkungan kerja yang positif dan dinamis. meningkatkan profesionalisme perawat dengan mendorong mereka menjadi perawat yang baik dan berwawasan ke depan.
- d. Tugas perawat. Tugas perawat untuk pasien dan pasien perawat lainnya. Hal tersebut dapat menambah beban kerja perawat lain untuk bekerja dengan perawat yang baru lulus atau baru masuk ruangan. Bisa juga karena perawat baru merasa memiliki tanggung jawab atas keselamatan pasien.

2.4.3 Indikator Beban Kerja

(Bratiyani, 2018) Diketahui beberapa indikator untuk menentukan besarnya beban kerja di tempat kerja. Beberapa indikator tersebut adalah:

1. Kondisi Kerja

Kondisi kerja merupakan hal yang menentukan seberapa baik seorang karyawan memahami pekerjaannya.

2. Pemanfaatan Waktu Kerja

Pemanfaatan waktu kerja sesuai SOP tentunya akan mengurangi beban kerja. Namun, ada kalanya organisasi tidak memiliki SOP sama sekali atau tidak konsisten menerapkan SOP. Pekerja sering bekerja untuk jumlah waktu yang berlebihan.

3. Target yang harus dipenuhi

Target kerja tentunya akan berdampak langsung pada seberapa banyak pekerjaan yang diselesaikan. Personel lebih terbebani ketika mereka harus melakukan lebih banyak pekerjaan dalam waktu yang lebih singkat atau ketika ada ketidaksesuaian antara jumlah pekerjaan yang harus mereka lakukan dan waktu yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan pelaksanaan.

2.4.4 Jenis Beban Kerja

(Tri Buana, 2019) menjelaskan jenis beban kerja secara rinci antara lain sebagai berikut:

1. Beban kerja kuantitatif, dimana jumlah total pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang dianggap sebagai beban kerja.
2. Beban kerja kualitatif, atau tingkat sulitnya pekerjaan seseorang.
3. Beban kerja fisik, di mana kemampuan fisik karyawan untuk menyelesaikan tugas menjadi tolak ukur, dan dapat berpengaruh pada penyakit fisik karyawan.

4. Beban kerja mental, atau kemampuan mental karyawan sebagai pondasinya, akan berpengaruh pada psikologi karyawan jika menjadi beban kerja mental.

(Sari, 2020) Beban kerja dibagi menjadi dua kategori beban kerja:

1. Beban kerja kuantitatif

Kelebihan beban fisik atau mental, di mana seorang karyawan dituntut untuk menyelesaikan sejumlah tugas yang berlebihan di tempat kerja, dapat menyebabkan stres di tempat kerja. Tekanan waktu adalah faktor lain yang berkontribusi terhadap kelebihan kuantitatif ini. Tenggat waktu bisa menjadi pendorong prestasi kerja yang baik dalam keadaan tertentu; namun, jika tekanan waktu membuat orang merasa cemas di tempat kerja atau menyebabkan masalah kesehatan, ini menunjukkan kelebihan pekerjaan secara kuantitatif. Berikut adalah contoh beban kerja kuantitatif tersebut:

- a. Observasi pasien yang ketat selama jam kerja;
- b. Jumlah dan variasi pekerjaan yang harus dilakukan;
- c. Kontak langsung pasien ke pasien terus menerus selama jam kerja;
- d. Rasio perawat ke pasien

2. Beban kerja kualitatif

Individu menghadapi beban kerja kualitatif sebagai akibat tuntutan pekerjaan yang melebihi kemampuan kognitif dan teknis individu mereka. Pekerjaan individu pekerja menjadi tidak produktif dan destruktif sampai batas tertentu sebagai akibat dari beban kerja. Kelelahan mental, yang dapat bermanifestasi sebagai respons emosional dan psikomotor patologis, akan muncul jika pola ini berlanjut. Beban kerja kualitatif ini mencakup, misalnya, hal-hal berikut:

- a. Kesulitan bekerja di rumah sakit tidak dapat dikompensasikan secara memadai dengan pengetahuan dan keterampilan perawat;
- b. Akuntabilitas yang signifikan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang sakit kritis;
- c. Harapan pemimpin rumah sakit terhadap kualitas pelayanan;
- d. kekhawatiran keluarga tentang keselamatan pasien;
- e. Setiap kali dihadapkan pada pilihan yang tepat;
- f. Tugas yang membutuhkan pemberian obat yang ekstensif;
- g. Penanganan pasien yang memiliki karakteristik tertentu.

2.4.5 Perhitungan Beban Kerja

Menurut Nursalam (2017) dalam (Tri Buana, 2019), terdapat tiga metode perhitungan beban kerja personal, antara lain sebagai berikut:

1. *Work Sampling*. Di bidang industri, metode ini dikembangkan untuk menentukan beban kerja suatu unit, bidang, atau jenis tenaga kerja tertentu. Aspek-aspek tertentu dari pekerjaan dapat diamati dengan menggunakan metode *work sampling*, seperti:
 - a. Jenis kegiatan apa yang dilakukan oleh personel selama jam kerja?
 - b. Apakah aktivitas selama jam kerja sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya?
 - c. Berapa banyak waktu pekerja dihabiskan untuk tugas-tugas produktif atau tidak efisien?
 - d. Pola beban kerja apa yang digunakan dalam kaitannya dengan jadwal dan waktu kerja?

Dalam mengumpulkan ribuan pengamatan aktivitas dari sejumlah personel yang diamati dengan menggunakan metode *work sampling*. Distribusi normal dari sampel pengamatan kegiatan penelitian akan diperoleh karena

banyaknya jumlah pengamatan. Ini menunjukkan bahwa distribusi data cukup besar untuk memungkinkan analisis yang tepat.

2. *Time and motion study*. Dalam metode ini, kita mengamati dan mengikuti secara dekat kegiatan orang-orang yang kita amati. Beban kerja personel dan kualitas kerja akan diukur dengan menggunakan strategi ini.
3. Metode pengambilan sampel kerja yang langsung adalah entri buku harian atau catatan aktivitas sendiri oleh staf yang sedang diawasi. Tindakan yang diambil dan jumlah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikannya di catat dalam catatan. Penggunaan ini bergantung pada kerja sama personel yang diamati. Hemat biaya dan pendekatan yang relatif sederhana. Informan dapat menelaah pedoman dan formulir yang dibuat oleh peneliti. Ditekankan kepada personel yang diteliti bahwa jenis kegiatan, waktu, dan durasi kegiatan adalah faktor yang paling penting, dan informasi personel tidak akan dimasukkan dalam laporan penelitian, sebelum merekam kegiatan peneliti dan menjelaskan tujuannya. dan metode pengisian formulir kepada mereka. Keberhasilan catatan harian bergantung pada pencatatan tugas yang dilakukan dan waktu yang dihabiskan dengan cermat.

(Susanti et al., 2021) Jumlah perawat yang dibutuhkan untuk merawat klien di setiap unit harus disesuaikan menurut kategori. Berbagai pendekatan dapat digunakan untuk memperkirakan staf yang diperlukan untuk memenuhi standar praktik keperawatan berdasarkan jenis klien yang dirawat dan rasio perawat ke klien.

Perawatan untuk klien:

1. Perawatan diri mengacu pada kemampuan klien untuk melakukan tugas keperawatan dan perawatan sendiri. Klien secara mandiri terlibat dalam aktivitas perawatan diri.
2. Istilah "perawatan parsial" mengacu pada situasi di mana pasien hanya memerlukan sedikit bantuan dari perawat

untuk prosedur dan perawatan tertentu, seperti memasukkan obat ke dalam infus atau menyesuaikan posisinya.

3. Perawatan total (total care), khusus klien yang membutuhkan observasi ketat dan bantuan perawatan diri penuh.
4. Klien dalam perawatan intensif (intensive care) membutuhkan observasi dan intervensi keperawatan yang konstan.

Langkah-langkah berikut dapat digunakan untuk mengetahui berapa banyak tenaga yang dibutuhkan untuk setiap unit:

1. Estimasi standar jumlah klien berdasarkan data sensus
2. Digunakan untuk menyesuaikan rasio perawat dengan klien. Menganalisis alur kerja atau alur kerja perawat, yang rata-rata frekuensi dan waktu kerjanya ditentukan oleh data sensus klien, merupakan pendekatan teknik industri untuk mengidentifikasi tanggung jawab perawat. dihitung untuk mengetahui berapa banyak perawat yang dibutuhkan.
3. Dengan mempertimbangkan komponen input-proses-output-umpan balik, pendekatan sistem kepegawaian atau sistem tenaga kerja dapat menentukan jumlah perawat ideal untuk setiap unit berdasarkan kategorinya.

Selain itu, beban kerja perawat digunakan untuk menghitung jumlah tenaga yang dibutuhkan. Faktor-faktor berikut harus diperhitungkan ketika menentukan beban kerja perawat:

1. Jumlah pasien yang dirawat harian, bulanan, dan tahunan di unit tersebut
2. Tingkat ketergantungan atau keadaan
3. Durasi rata-rata perawatan
4. Pendidikan kesehatan, evaluasi keperawatan tidak langsung, dan pengukuran keperawatan langsung
5. Kebutuhan klien akan asuhan keperawatan reguler
6. Waktu yang dihabiskan untuk perawatan langsung, tidak langsung, dan pendidikan kesehatan

(Susanti et al., 2021) Saat melakukan analisis ketenagaan, sejumlah keadaan harus diperhitungkan, antara lain:

1. Rumah sakit berkembang yang akan mengakibatkan penambahan atau modifikasi tempat tidur dan pergeseran rasio perawat-pasien. Rumah sakit juga harus merencanakan penambahan perawat jika sudah merencanakan perluasan.
2. Tingkat Penghunian Tempat Tidur (BOR) akan meningkat sebagai akibat dari berbagai perubahan pelayanan dan fasilitas rumah sakit, sehingga perlu melihat situasi dan kebutuhan kepegawaian. Untuk memastikan bahwa layanan dilakukan secara maksimal, hal ini perlu diantisipasi terlebih dahulu.
3. Penurunan motivasi dan produktivitas kerja, yang di tunjukkan dengan sering terlambat masuk kerja, absen dan bekerja lebih lambat. Hal ini dapat terjadi karena: jumlah staf yang tidak memadai, tidak ada kompensasi, kerja keras, dan kurangnya perhatian dari pimpinan kepada bawahan. Jika hal ini terjadi, analisis tenaga kerja harus segera dilakukan
4. Ada masalah dengan layanan yang diberikan. Apakah pelanggan melaporkan puas atau tidak puas dengan layanan yang mereka terima? Biasanya, pasien sering menyuarakan ketidakpuasan mereka terhadap fasilitas, biaya perawatan, dan staf perawat. Analisis personel diperlukan jika keluhan ini telah diidentifikasi. Baik unit rawat jalan maupun rawat inap menerima keluhan ini.

Hal ini dikarenakan jika pengaturan kepegawaian lebih baik dan tepat maka proses pelayanan juga akan lebih baik, termasuk ketika asuhan keperawatan didokumentasikan (Hasanah et al., 2022), sehingga perencanaan kepegawaian harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan. Ketersediaan sumber daya manusia yang cukup, profesional, berkualitas,

dan sesuai dengan fungsi dan tanggung jawab masing-masing personel merupakan salah satu indikator keberhasilan rumah sakit yang efektif dan efisien dalam mengatur sumber dayanya. Menghitung beban kerja staf diperlukan saat merencanakan kebutuhan perawat. Kurangnya tenaga kerja atau, sebaliknya, kelebihan tenaga kerja dapat menghasilkan analisis yang kurang tepat. (Elisabeth, 2022), sehingga analisis beban kerja perawat harus dilakukan dengan tepat.