



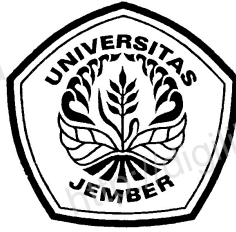
**ANALISIS KEBUTUHAN TENAGA PERAWAT DENGAN METODE
WORKLOAD INDICATOR STAFFING NEED (WISN)
DI INSTALASI RAWAT INAP BAGIAN INTERNA
RSD Dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

Oleh
Ari Purwanto
NIM. 062110101080

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2011



**ANALISIS KEBUTUHAN TENAGA PERAWAT DENGAN METODE
WORKLOAD INDICATOR STAFFING NEED (WISN)
DI INSTALASI RAWAT INAP BAGIAN INTERNA
RSD Dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Strata Satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Ari Purwanto

NIM. 062110101080

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2011

ii

HALAMAN PERSEMBAHAN

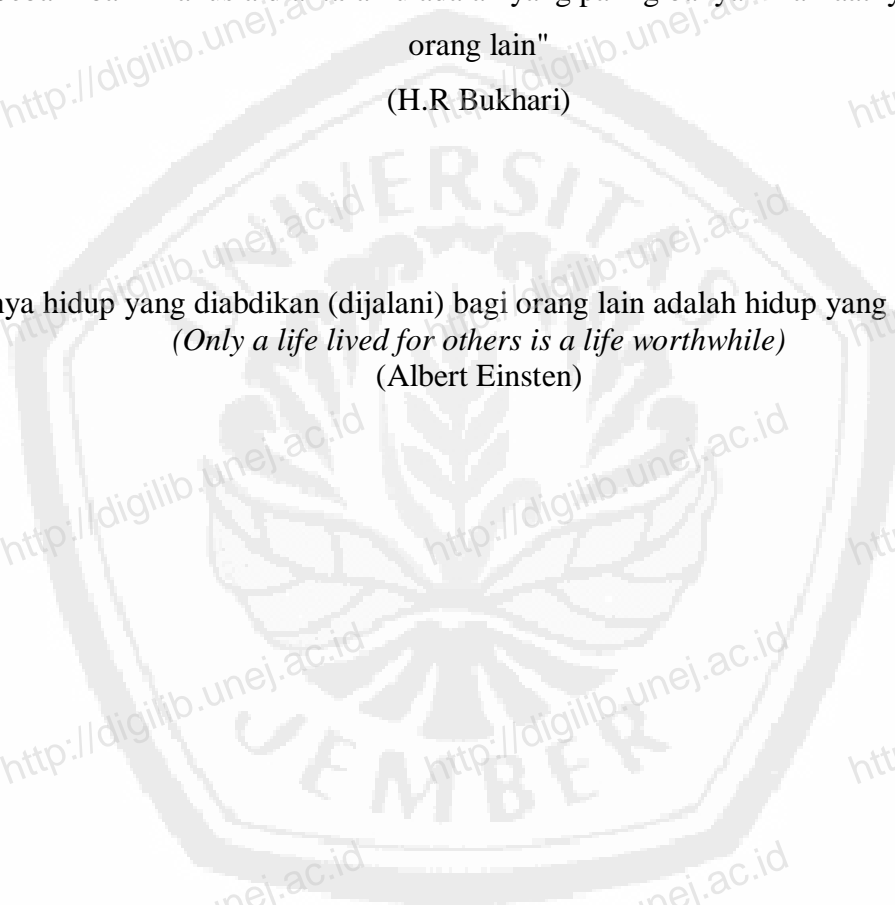
Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Abdussalim dan Ibunda ku
Ponisih S.Pd yang terhormat,
2. Adik ku Okta,
3. Teman-teman Seperjuangan FKM
Angkatan 2006,
4. Paduan Suara Mahasiswa UNEJ
Kebanggaanku,
5. Serta Almamaterku tercinta.

HALAMAN MOTTO

"Sebaik-baik manusia diantaramu adalah yang paling banyak manfaatnya bagi orang lain"
(H.R Bukhari)

Hanya hidup yang diabdikan (dijalani) bagi orang lain adalah hidup yang berharga
(*Only a life lived for others is a life worthwhile*)
(Albert Einstein)



HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ari Purwanto

NIM : 062110101080

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul : *ANALISIS KEBUTUHAN TENAGA PERAWAT DENGAN METODE WORKLOAD INDICATOR STAFFING NEED (WISN) DI INSTALASI RAWAT INAP BAGIAN INTERNA RSD Dr. SOEBANDI JEMBER* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 21 Februari 2011

Yang menyatakan

ARI PURWANTO

NIM. 062110101080

HALAMAN PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**ANALISIS KEBUTUHAN TENAGA PERAWAT DENGAN METODE
WORKLOAD INDICATOR STAFFING NEED (WISN)
DI INSTALASI RAWAT INAP BAGIAN INTERNA
RSD Dr. SOEBANDI JEMBER**

Oleh:

**Ari Purwanto
NIM. 062110101080**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing I : Abu Khoiri, S.KM.,M.Kes

Dosen Pembimbing II : Dyah Kusworini, S.KM.,M.Si

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul *Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat dengan Metode Workload Indicator Staffing Need (WISN di Instalasi Rawat Inap Bagian Interna RSD Dr. Soebandi Jember* telah disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Jember pada:

Hari : Senin

Tanggal : 28 Februari 2011

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

Dyah Kusworini, S.KM.,M.Si
NIP. 19680929 199203 2 014

Anggota I,

Anggota II,

Abu Khoiri, S.KM.,M.Kes
NIP. 19790305 200501 1 002

Artiantyo Wirjo Utomo S.Psi
NIP. 19750725 200312 1 002

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Jember

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

*Nurse Staffing Needs Analysis Based on Workload Indicator Staffing Needs at
Interna Ward On Dr. Soebandi Hospital Jember*

Ari Purwanto

**Administration and Health Policy Department
Faculty of Public Health
University of Jember**

Abstract

One of the barriers to the establishment of professionalism of human resources in the organization is the unmatched of the capacity of staff or improperly in distributing the number of staff which didn't based on the workload. Hospital service is determined by the human factor. As we all know, nurses are amongst the backbone of a hospital, where nursing services form an internal part of hospital healthcare and it often reflects a succesfull service of the hospital.

This study aimed at finding out the optimal of staff needed at interna ward on Dr. Soebandi Hospital Jember using WISN method in the year of 2010..

This research characteristic is descriptive with data study quantitative. The data was collecting used work sampling form. Samples were chosen activities every ten minutes which done by staff in 24 hours. Primary data collected by observation of worker activity pattern in six days. Secondary data source collected from medical record and human resources unit in Dr. Soebandi Hospital Jember. Afterward the data was analyzed with Workload Indicator Staffing Need (WISN) calculation method. Based on research result, productive time utilization at Interna Ward On Dr. Soebandi Hospital Jember reaches out for 76,5%. Based on WISN calculation method, the number of personel that needed is 25 people. So with the result that concludes, this time Interna Ward requires one more personel.

Keywords: *WISN, workload, nurses*

RINGKASAN

Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat Dengan Metode (WISN) Di Instalasi Rawat Inap Bagian Interna RSD Dr. Soebandi Jember; Ari Purwanto; 062110101080; 146 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Keperawatan memberikan pelayanan di rumah sakit selama 24 jam sehari, serta mempunyai kontak yang konstan dengan pasien. Oleh karena itu, pelayanan keperawatan di Rumah Sakit merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan memberikan kontribusi yang sangat menentukan kualitas pelayanan rumah sakit.

Analisis kebutuhan tenaga perawat bermanfaat bagi rumah sakit untuk perencanaan tenaga perawat terutama dalam menentukan jumlah kebutuhan tenaga perawat. Metode WISN adalah metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan pada beban kerja nyata yang dilaksanakan oleh tiap kategori SDM kesehatan pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan. (Depkes, 2004).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jumlah optimal kebutuhan tenaga perawat di Unit Rawat Inap Bagian Interna RSD Dr. Soebandi berdasarkan beban kerja nyata dengan metode WISN. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan analisa data kuantitatif dengan metode *work sampling*. Sampel penelitian adalah kegiatan perawat pada saat pengamatan, yaitu kegiatan yang dilakukan perawat interna RSD Dr. Soebandi setiap sepuluh menit selama 24 jam selama 6 hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan waktu produktif dari seluruh jumlah waktu kerja tersedia yaitu 76,5%. Dengan rincian kegiatan produktif langsung sebesar 26,16%, produktif tidak langsung sebesar 37,19%, dan non-fungsional sebesar 13,12%. Sedangkan Jumlah tenaga kerja di instalasi rawat inap bagian interna RSD Dr. Soebandi Jember berdasarkan metode WISN adalah 25 orang tenaga perawat.

Kata Kunci : WISN, beban kerja, perawat

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat Dengan Metode Workload Indicator Staffing Need (WISN) Pada Instalasi Rawat Inap Bagian Interna”**. Skripsi ini disusun untuk melakukan penelitian dalam memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Strata Satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Bapak Abu Khoiri, S.KM., M.Kes selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan Dosen Pembimbing I, serta Ibu Dyah Kusworini, S.KM.,M.Si selaku Dosen Pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan, motivasi, pemikiran dan perhatian serta meluangkan waktunya sehingga skripsi ini dapat disusun dengan baik.

Penyusunan skripsi ini juga tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Pihak RSD Dr. Soebandi, terutama Bapak Artiantyo Wirjo Utomo S.Psi yang telah menemani dalam pelaksanaan penelitian dalam skripsi ini;
3. Semua guru-guruku dari TK sampai dengan SMA serta seluruh bapak dan ibu dosen yang telah memberikan ilmunya semoga bermanfaat dan mendapatkan balasan dari-Nya;
4. Ayahanda Abdussalim dan Ibunda Ponisih S.Pd yang selalu memberikan doa, cinta dan kasih sayang yang tulus serta pengorbanannya selama ini dengan bekerja tanpa mengenal rasa lelah sedikit pun demi anaknya ini;
5. Adik Ku Okta Dwi K. yang selalu memberikan semangat dan membantu dalam proses penelitian ku.

6. Fitria Dewinur, S.Ked. Sosok yang selalu mendukung ku, terima kasih karena telah menjadi motivasiku dalam meraih masa depan yang lebih baik.
7. Sahabat-sahabatku (Iip Prima, Gilang Rosul, Rina Noer S.KM, Herman S.KM, Angga, Feri, Wafa S.KM, Sapi S.KM, Agus S.KM, Reza S.KM, M. Harianto S.KM), teman-temanku angkatan 2006 yang berbagai geng, terimakasih sudah menghias hari-hari ku, dan teman-teman Paduan Suara Mahasiswa UNEJ ku, serta kritik dan semangat yang telah diberikan dalam menyelesaikan skripsi ini;
8. Para responden yang telah berkerja sama dengan baik dalam memberikan informasi selama kegiatan penelitian.
9. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih.

Jember, Februari 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR DIAGRAM	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
DAFTAR ARTI DAN LAMBANG	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	6
1.3 Tujuan dan Manfaat	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Manajemen Sumber Daya Manusia	8
2.1.1 Definisi MSDM	8
2.1.2 Ruang Lingkup MSDM.....	9
2.1.3 Fungsi MSDM.....	10

2.2 SDM Kesehatan dan Tenaga Kesehatan	12
2.3 Perencanaan SDM Kesehatan.....	12
2.3.1 Determinan Dalam Perencanaan Kebutuhan SDM.....	13
2.3.2 Jenis Perencanaan Kebutuhan SDM	13
2.3.3 Strategi Perencanaan SDM Kesehatan.....	14
2.3.4 Tujuan Perencanaan Sumber Daya Manusia.....	15
2.4 Rumah Sakit	16
2.4.1 Pengertian Rumah Sakit	16
2.4.2 Klasifikasi Rumah Sakit.....	17
2.4.3 Jenis Ketenagaan di Rumah Sakit.....	17
2.4.4 Pelayanan Rawat Inap	18
2.5 Analisis Beban Kerja.....	18
2.6 Tenaga Perawat	23
2.6.1 Hak-hak perawat	23
2.6.2 Kewajiban Perawat	24
2.6.3 Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit	25
2.6.4 Beban Kerja Perawat.....	26
2.7 Waktu Produktif	27
2.8 Metode Penghitungan Tenaga Perawat.....	28
2.9 Metode WISN	31
2.8 Kerangka Konseptual	40
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	41
3.1 Jenis Penelitian	41
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	41
3.2.1 Lokasi Penelitian.....	41
3.2.2 Waktu Penelitian.....	41
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	41
3.4 Definisi Operasional	42

3.5 Data dan Sumber Data	45
3.6 Teknik Instrumen Pengumpulan Data	45
3.6.1 Teknik Pengumpulan data.....	45
3.6.2 Instrumen Pengumpulan data.....	46
3.7 Teknik Pengolahan dan Analisis Data	46
3.7.1 Teknik Pengolahan Data.....	46
3.7.2 Analisis data.....	47
3.8 Alur Penelitian	47
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	48
4.1 Gambaran Umum RSD Dr. Soebandi Jember	48
4.2 Unit Rawat Inap Bagian Interna RSD Dr Soebandi	52
4.3 Karakteristik Perawat Instalasi Rawat Inap Interna	56
4.4 Gambaran Penggunaan Waktu Kerja Perawat	59
4.5 Penghitungan Kebutuhan SDM Berdasarkan WISN	70
4.6 Analisis Kesenjangan Tenaga Perawat	75
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	76
5.1 Kesimpulan	76
5.2 Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	78
LAMPIRAN	80

DAFTAR TABEL

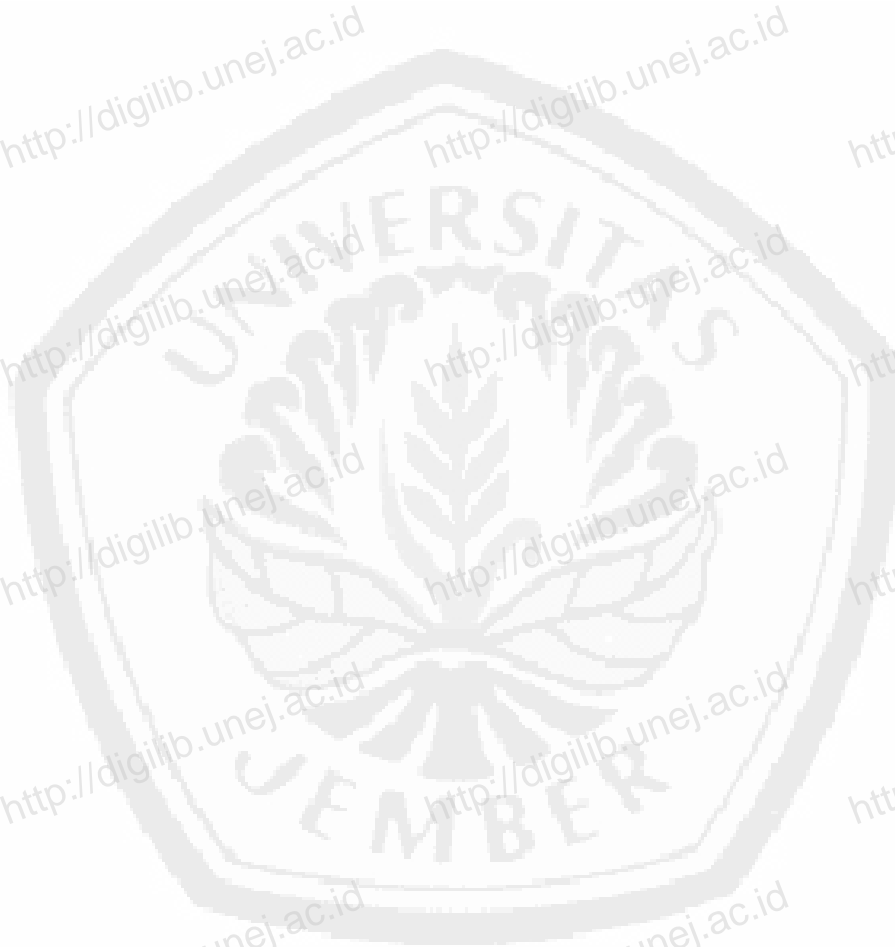
Tabel 2.1 Perbedaan metode work sampling dan time and motion study	22
Tabel 2.2 Perbandingan Jumlah Tempat Tidur Dengan Jumlah Perawat	28
Tabel 2.3 Contoh Penghitungan Waktu Kerja Tersedia (WKT) Kategori SDM	34
Tabel 2.4 Contoh Penentuan Unit Kerja dan Sub Unit Kerja Kategori SDM	36
Tabel 2.5 Contoh Penentuan Kegiatan Pokok Masing-masing Kategori SDM	37
Tabel 4.1 Data Ketenagaan RSD Dr. Soebandi Jember	50
Tabel 4.2 Data Pelayanan Rawat Inap Bagian Interna	52
Tabel 4.3 Hasil Observasi Penggunaan Waktu Kerja	63
Tabel 4.4 Waktu Kerja Tersedia Perawat	71
Tabel 4.5 Unit kerja, sub unit kerja dan kategori tenaga	72
Tabel 4.6 Penghitungan Standar Beban Kerja	72
Tabel 4.7 Penghitungan Waktu Kelonggaran Perawat	73
Tabel 4.8 Penghitungan Kuantitas Kegiatan Pokok	73
Tabel 4.9 Penghitungan Kebutuhan Tenaga	74
Tabel 4.10 Kesenjangan Tenaga Yang Ada	75

DAFTAR DIAGRAM

	Halaman
Diagram 2.1 Kerangka Konseptual Penelitian	40
Diagram 3.1 Alur Penelitian	47
Diagram 4.1 Grafik Barber Johnson Instalasi Rawat Inap	53
Diagram 4.2 Distribusi Jenis Kelamin Responden	57
Diagram 4.3 Distribusi Pendidikan Responden	57
Diagram 4.4 Distribusi Status Perkawinan Responden	58
Diagram 4.5 Distribusi Jabatan Responden	58
Diagram 4.6 Distribusi Status Ketenagaan Responden	59
Diagram 4.7 Aktivitas produktif perawat berdasarkan hari pengamatan	66
Diagram 4.8 Pembagian Penggunaan Waktu Produktif Langsung	67
Diagram 4.9 Pembagian Penggunaan Waktu Produktif Tidak Langsung	68
Diagram 4.10 Pembagian Penggunaan Waktu Kegiatan Non-Fungsional	69
Diagram 4.11 Pembagian Penggunaan Waktu Kegiatan Tidak Produktif	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A Formulir Karakteristik Responden.....	80
Lampiran B Lembar Pengamatan <i>Work Sampling</i>	81
Lampiran C Dokumentasi.	82



DAFTAR SINGKATAN



Depkes RI	= Departemen Kesehatan Republik Indonesia
f	= Frekuensi
GC	= <i>Gastric Cooling</i>
GDA	= Gula Darah Acak
ILO	= <i>International Labour Organization</i>
MSDM	= Manajemen Sumber Daya Manusia
RIW	= Ruang Interna Wanita
RIP	= Ruang Interna Pria
RSD	= Rumah Sakit Daerah
SBK	= Standar Beban Kerja
SDM	= Sumber Daya Manusia
SKN	= Sistem Kesehatan Nasional
SOP	= Standar Operasional Prosedur
WHO	= <i>World Health Organization</i>
WISN	= <i>Workload Indicator Staffing Need</i>

DAFTAR ARTI LAMBANG

%	=	Persentase
-	=	Sampai dengan
:	=	Perbandingan
.	=	Titik
,	=	Koma
()	=	Tanda kurung
“ ”	=	Tanda kutip
≤	=	Kurang dari atau sama dengan
>	=	Lebih dari
N	=	Jumlah total



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah strategis SDM Kesehatan yang dihadapi dewasa ini dan di masa depan antara lain pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan SDM untuk pembangunan kesehatan, perencanaan kebijakan dan program SDM Kesehatan masih lemah dan belum didukung sistem informasi SDM Kesehatan yang memadai, masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis SDM Kesehatan, kualitas hasil pendidikan SDM Kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum memadai, serta kurangnya pemerataan SDM Kesehatan yang berkualitas. (SKN, 2009)

Ketersediaan tenaga kesehatan memang harus diakui jauh dari ideal. Dari data Departemen Kesehatan (Depkes) hingga tahun 2006 jumlah tenaga medis (dokter spesialis, umum dan gigi) tercatat 68.227 orang, bidan 79.152 orang dan perawat 316.306 orang. (Depkes, 2006)

Undang-undang desentralisasi dan otonomi Indonesia mula-mula diterbitkan pada tahun 1999, dan mulai berlaku pada 1 Januari 2000, namun dengan peralihan yang kurang memadai. Undang-undang ini direvisi pada tahun 2004 untuk memberikan kewenangan yang lebih besar kepada provinsi. Tanggung jawab bagi sumber daya manusia juga didesentralisasi ke tingkat kabupaten/kota. Sekarang pemerintah daerah memiliki kewenangan baru, termasuk untuk SDM Kesehatan yang bertanggungjawab untuk penempatan tenaga kesehatan strategis dan pemindahan tenaga tertentu antar kabupaten/ kota dalam provinsi. (Depkes, 2004)

Memperhatikan dasar-dasar hukum serta adanya kebijakan desentralisasi, termasuk didalamnya desentralisasi di bidang kesehatan, maka fungsi perencanaan SDM kesehatan bagi daerah menjadi sangat penting dan menjadi tanggung jawab daerah itu sendiri. Untuk itu diperlukan perencanaan SDM dengan berorientasi pada analisis pekerjaan, agar pekerja yang diperlukan dapat dipenuhi, baik dari segi kuantitatif maupun kualitatif. Menanggapi hal tersebut, pemerintah daerah

memerlukan suatu metoda yang tepat untuk merencanakan jumlah dan jenis SDM Kesehatan.

Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten yang berkembang. Perkembangan tersebut juga terjadi di sektor kesehatan. Sebagai program pelayanan publik dan salah satu prioritas program pembangunan Jember, sektor kesehatan harus mampu memberikan pelayanan prima kepada masyarakat. Mulai dari fasilitas, sampai ketersediaan tenaga medisnya. Sama halnya dengan kondisi secara nasional, ketersediaan tenaga medis di Jember masih kurang. Untuk tenaga paramedis seperti bidan, satu desa hanya mempunyai satu bidan. Sebenarnya, jika dihitung berdasarkan rasio jumlah penduduk, satu bidan bisa mengcover 7500 penduduk, sedangkan untuk satu dokter menangani 30 ribu penduduk (Badan Kepegawaian Daerah, 2010).

Rumah Sakit merupakan salah satu sektor kesehatan yang mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh 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.

Masyarakat menuntut rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan dengan konsep *quality one step service*, artinya seluruh kebutuhan pelayanan kesehatan dan pelayanan yang berkaitan langsung harus dapat dilayani oleh rumah sakit secara cepat, akurat, bermutu dan terjangkau.

RSD Dr. Soebandi merupakan salah satu rumah sakit kelas B pendidikan milik Pemerintah Kabupaten Jember yang sudah terakreditasi dan merupakan salah satu rumah sakit yang representatif di Jember. Salah satu data yang ada di RSD Dr Soebandi menyebutkan bahwa jumlah pasien rawat inap di RSD Dr Soebandi pada tahun 2005 hanya 10.215 orang, kemudian tahun 2009 lalu sudah mencapai 14.000 orang. Meningkatnya jumlah pasien yang datang ke rumah sakit tersebut menunjukkan tingkat kepercayaan yang diberikan oleh masyarakat kepada rumah

sakit tersebut dalam hal pelayanan kesehatan semakin tinggi. RSD Dr. Soebandi dari tahun ketahun terus berbenah untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan, perubahan itu terlihat dari renovasi pembangunan gedung RSD Dr. Soebandi yang lebih modern dan megah, selain itu juga penambahan sarana medis yang dibutuhkan dalam menangani pasien. Namun, faktor profesionalisme sumber daya manusia juga berperan besar dalam suatu organisasi.

Anggaran belanja untuk pegawai memiliki proporsi yang paling banyak dari total keseluruhan anggaran belanja rumah sakit, bahkan Green dalam (Ilyas, 2004) menyatakan bahwa 75 % dari total alokasi anggaran rumah sakit digunakan untuk belanja pegawai. Oleh karena itu, salah satu indikator keberhasilan rumah sakit yang efektif dan efisien adalah tersedianya jumlah sumber daya manusia yang cukup dengan kualitas profesional sesuai dengan fungsi dan tugas setiap pegawai.

Keperawatan sebagai profesi dalam bidang kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan yang professional dan berorientasi pada paradigma sehat sesuai dengan paradigma keperawatan yang dimiliki (Depkes, 2000). Keperawatan memberikan pelayanan di rumah sakit selama 24 jam sehari, serta mempunyai kontak yang konstan dengan pasien. Oleh karena itu, pelayanan keperawatan di Rumah Sakit merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan memberikan kontribusi yang sangat menentukan kualitas pelayanan rumah sakit, sehingga setiap upaya untuk peningkatan pelayanan rumah sakit juga diikuti upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan (Gillies, 1996)

Profesi perawat di Indonesia memiliki proporsi relatif besar 40% dari seluruh jumlah tenaga kesehatan yang ada di Indonesia. Sehingga baik maupun buruk kinerja perawat menjadi salah satu indikator utama mutu asuhan keperawatan di rumah sakit atau di instansi kesehatan yang lain (Alimul, 2007). Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit, begitu pentingnya pelayanan di rumah sakit, Gillies (1994) memperkirakan bahwa sekitar 75 % tenaga kesehatan di rumah sakit adalah perawat, dan 60–70 % dari total anggaran digunakan untuk menggaji perawat. Oleh karena itu, perencanaan tenaga perawat

terutama dalam menentukan jumlah kebutuhan tenaga perawat perlu dikelola dengan sebaik-baiknya agar diperoleh ketenagaan keperawatan yang efektif dan efisien.

Kualitas asuhan keperawatan dapat mencapai hasil yang optimal apabila beban kerja dan sumber daya perawat yang ada memiliki proporsi yang seimbang. Saat ini mutu pelayanan keperawatan masih belum memuaskan dan masih dipengaruhi oleh berbagai masalah termasuk masalah perencanaan dan pengadaan tenaga perawat sebagai sub sistem dari sistem ketenagaan kesehatan secara nasional. Beberapa penelitian yang dilakukan di Indonesia menunjukkan fakta bahwa perawat yang bekerja di rumah sakit menjalani peningkatan beban kerja dan masih mengalami kekurangan jumlah perawat. Penelitian tersebut salah satunya adalah “Analisis Jumlah Tenaga Perawat Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam dan Bedah” oleh Fatima (2002). Berdasarkan formula Gillies dan Standar Tenaga Keperawatan RS menurut Depkes 2001, hasil penelitian menyebutkan bahwa jumlah perawat di ruang Cempaka dan Melati RSD Pasar Rebo masih membutuhkan tambahan 22 perawat.

Ruang rawat inap 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. Berdasarkan data RSD Dr. Soebandi pada tahun 2010, kunjungan pasien tertinggi terdapat pada ruang interna dengan 1071 orang pada RIP dan 1030 orang pada RIW.

Selama ini telah dikenal beberapa metode untuk merencanakan kebutuhan tenaga perawat di rumah sakit, seperti metode Lokakarya Nasional Keperawatan (1983), Permenkes 262/ 1979, serta metode menurut Gillies (1996). Ternyata setelah diterapkan dan dievaluasi memiliki banyak kelemahan, karena belum secara komprehensif memperhitungkan semua aspek yang diperlukan dalam menghitung kebutuhan SDM, sehingga hasil yang didapat belum menggambarkan secara nyata kebutuhan SDM di suatu rumah sakit.

Pada tahun 2004 Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 81/ MENKES/ SK/ 2004 telah mengeluarkan Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/ Kota serta

Rumah Sakit. Dalam pedoman ini yang paling menarik dan tepat digunakan di Rumah Sakit adalah Penghitungan Kebutuhan SDM dengan menggunakan Metode *Workload Indicator Staffing Need* (WISN). Metode WISN adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan pada beban pekerjaan nyata yang dilaksanakan oleh tiap kategori SDM kesehatan pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Metode ini meliputi lima langkah, yakni: menetapkan waktu kerja tersedia; menetapkan unit kerja dan kategori SDM; menyusun standar beban kerja; menyusun standar kelonggaran dan perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja (Depkes, 2004). Langkah-langkah tersebut menjabarkan setiap kegiatan yang meliputi fungsi administratif dan fungsi medis.

WISN merupakan metode yang baik karena mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realistis. Metode ini menghitung berapa banyak tenaga kesehatan (dari berbagai jenis) dibutuhkan di suatu fasilitas kesehatan berdasarkan beban kerja saat ini sehingga menunjukkan dengan jelas fasilitas mana saja yang secara relatif berlebih atau kekurangan staf. WISN juga memungkinkan untuk meneliti berapa banyak petugas (dari berbagai jenis) yang akan dibutuhkan apabila beban kerja bertambah atau berkurang dimasa mendatang. Selain itu, diperlihatkan besarnya perbedaan tekanan beban kerja diantara para tenaga kesehatan yang dialami di berbagai fasilitas kesehatan. (Depkes, 2009)

Dari semua kelebihanannya, metode WISN juga memiliki kekurangan yaitu terletak pada kelima langkah tersebut yang terlalu panjang dan memerlukan ketelitian yang tinggi. Karena, jika terjadi kesalahan perhitungan pada salah satu langkah, maka kesalahan juga akan berimbas pada hasil untuk langkah selanjutnya. Pada dasarnya metode WISN ini dapat di gunakan di rumah sakit, puskesmas dan sarana kesehatan lainnya, atau bahkan dapat digunakan untuk kebutuhan tenaga di Kantor Dinas Kesehatan.

Berdasarkan data kunjungan pasien pada Instalasi Rawat Inap yang mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, khususnya bagian interna dengan jumlah kunjungan tertinggi, serta manajemen RSD Dr. Subandi Jember belum pernah melakukan kajian

terhadap jumlah optimal kebutuhan perawat di unit Rawat Inap bagian interna dengan metode WISN (*Workload Indicator Staffing Need*) maka penulis tertarik untuk menghitung jumlah kebutuhan perawat di unit Rawat Inap bagian interna dengan metode WISN sehingga akan muncul jumlah perawat yang ideal sesuai dengan beban pekerjaannya sebagai rekomendasi kepada tim perencana dari RSD Dr. Soebandi.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka peneliti ingin mengetahui berapakah jumlah optimal kebutuhan tenaga perawat di Unit Rawat Inap bagian interna RSD Dr. Subandi berdasarkan beban kerja nyata dengan metode WISN (*Workload Indicator Staffing Need*)?

1.3 Tujuan dan Manfaat

1.3.1. Tujuan

a. Tujuan Umum

Mengetahui jumlah optimal kebutuhan tenaga perawat di Unit Rawat Inap bagian interna RSD Dr. Soebandi berdasarkan beban kerja nyata dengan metode WISN (*Workload Indicator Staffing Need*)

b. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui karakteristik perawat bagian rawat inap ruang interna RS dr. Soebandi Jember
- 2) Mengetahui gambaran penggunaan waktu kerja yang digunakan untuk melakukan kegiatan produktif langsung, produktif tidak langsung, tidak produktif dan kegiatan non-fungsional bagi perawat bagian rawat inap ruang interna RSD Dr. Soebandi Jember
- 3) Menghitung jumlah kebutuhan tenaga perawat bagian rawat inap ruang interna RSD Dr. Soebandi Jember menggunakan metode WISN
- 4) Mengetahui kesenjangan antara kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan WISN dengan jumlah tenaga perawat yang tersedia saat ini.

1.3.2. Manfaat

a. Secara teoritis

Menambah khasanah ilmu kesehatan masyarakat tentang perencanaan kebutuhan sumber daya manusia dengan menggunakan metode WISN, khususnya tentang penghitungan kebutuhan tenaga kerja dalam lingkup Administrasi dan Kebijakan Kesehatan serta penghitungan beban kerja individu dalam lingkup Kesehatan dan Keselamatan Kerja.

b. Secara praktis

- 1) Hasil-hasil WISN sangat membantu dalam menjelaskan klarifikasi atas peranan inti dan fungsi peranan tenaga kesehatan. Ini memungkinkan mereka untuk mengidentifikasi bagaimana mereka dapat bekerja secara lebih efektif dalam tim.
- 2) Penelitian yang dilakukan mahasiswa dapat menjadi pertimbangan bagi tim manajemen rumah sakit dalam melakukan perencanaan dan pengembangan sumber daya manusia.
- 3) Hasil penelitian ini sebagai salah satu referensi kajian tentang ilmu manajemen sumber daya manusia dan sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian lebih lanjut.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM)

Secara konseptual, sumber daya manusia (SDM) merupakan makhluk yang unik dan mempunyai karakteristik yang multi kompleks, dan hal ini dapat dilihat dari berbagai aspek yaitu:

a. SDM merupakan komponen kritis

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

b. SDM tidak instan

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

c. SDM tidak dapat distock

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

d. SDM adalah subyek yang dapat *obsolete*

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

(Ilyas, 2004).

2.1.1 Definisi MSDM

Berdasarkan asal katanya, manajemen berasal dari kata *management* yang merupakan bentuk *nouns* dari kata kerja *to manage* yang bermakna mengurus, mengatur, melaksanakan, dan mengelola sehingga manajemen adalah pengurusan,

pengaturan, pelaksanaan, dan pengelolaan. Kata sumber daya manusia merujuk pada pengertian manusia sebagai sumber daya. Apabila kedua kata tersebut digabungkan, maka manajemen sumber daya manusia dapat dijabarkan sebagai pengelolaan manusia sebagai sumber daya.

Manajemen sumber daya manusia dapat didefinisikan sebagai pendekatan strategik dan koheren untuk mengelola aset paling berharga milik organisasi, orang-orang yang bekerja dalam organisasi, baik secara individu maupun kolektif, dan memberikan sumbangan untuk mencapai sasaran organisasi (Triton, 2005)

Sedangkan menurut Hasibuan (2007), manajemen sumber daya manusia adalah ilmu dan seni mengatur hubungan peranan tenaga kerja agar efektif dan efisien membantu terwujudnya tujuan perusahaan, karyawan dan masyarakat.

2.1.2 Ruang Lingkup MSDM

Secara umum sumber daya yang ada dalam organisasi antara lain adalah sumber daya manusia, sumber daya modal, sumber daya lingkungan, sumber daya teknologi, sumber daya bahan-bahan material. Apabila akan dikelompokkan secara sederhana, maka sumber daya tersebut dapat dikelompokkan dalam sumber daya manusia dan sumber daya bukan manusia.

Sumber daya akal, sumber daya perasaan, sumber daya keinginan, sumber daya kemampuan, sumber daya keterampilan, sumber daya pengetahuan, dorongan daya dan karya merupakan unsur-unsur yang dapat digali dan dikembangkan dari sumber daya manusia.

Tugas manajemen sumber daya manusia berkisar pada upaya mengelola unsur manusia dengan segala potensi yang dimiliki seefektif mungkin sehingga dapat diperoleh sumber daya manusia yang puas (*satisfied*) dan memuaskan (*satisfactory*) bagi organisasi. Tidak ada tugas yang lebih penting yang dihadapi oleh setiap organisasi kecuali mengembangkan sumber daya manusia yang dimilikinya serta menciptakan kondisi yang memungkinkan sumber daya itu dapat menyumbangkan semua kemampuan mereka bagi kemenangan organisasi (Triton, 2005)

2.1.3 Fungsi MSDM

Fungsi –fungsi dalam Manajemen Sumber Daya Manusia antara lain :

a. Perencanaan

Meliputi perencanaan tenaga kerja secara efektif serta efisien agar sesuai dengan kebutuhan organisasi dalam membantu mewujudkan tujuan, dilakukan dengan menetapkan program kepegawaian.

b. Pengorganisasian

Pengorganisasian yaitu kegiatan untuk mengorganisasi semua karyawan dengan menetapkan pembagian kerja, hubungan kerja, delegasi wewenang, integrasi, dan koordinasi dalam organisasi. Organisasi hanya alat untuk mencapai tujuan, dengan organisasi yang baik akan membantu terwujudnya tujuan secara efektif.

c. Pengarahan

Pengarahan adalah kegiatan mengarahkan semua karyawan, agar mau bekerja efektif serta efisien dalam membantu tercapainya tujuan perusahaan, karyawan, dan masyarakat. Pengarahan dilakukan dengan menugaskan bawahan agar mengerjakan semua tugasnya dengan baik.

d. Pengendalian

Pengendalian meliputi kegiatan mengendalikan semua karyawan, agar mentaati peraturan-peraturan organisasi dan bekerja sesuai dengan rencana. Apabila didapati penyimpangan/ kesalahan, diadakan tindakan perbaikan dan penyempurnaan rencana.

e. Pengadaan

Pengadaan adalah proses penarikan, seleksi, penempatan, orientasi dan induksi untuk mendapatkan karyawan yang sesuai dengan kebutuhan organisasi. Pengadaan yang baik akan membantu terwujudnya tujuan organisasi.

f. Pengembangan

Merupakan proses peningkatan keterampilan teknis, teoritis, konseptual, dan moral karyawan melalui pendidikan dan pelatihan. Pendidikan dan pelatihan yang

diberikan harus sesuai dengan kebutuhan pekerjaan masa kini maupun masa depan.

g. Kompensasi

Kompensasi adalah pemberian balas jasa dan tidak langsung, atau berupa barang kepada karyawan sebagai imbalan jasa yang diberikan organisasi. Prinsip kompensasi adalah adil dan layak. Adil diartikan sesuai dengan prestasi kerjanya, layak diartikan dapat memenuhi kebutuhan primernya serta berpedoman pada batas upah minimum pemerintah.

h. Pengintegrasian

Pengintegrasian adalah kegiatan untuk mempersatukan kepentingan karyawan, agar tercapai kerjasama yang serasi dan saling menguntungkan.

i. Pemeliharaan

Merupakan kegiatan untuk memelihara atau meningkatkan kondisi fisik, mental, dan loyalitas karyawan, agar mereka tetap mau bekerja sama sampai pensiun.

j. Kedisiplinan

Kedisiplinan merupakan fungsi manajemen sumber daya manusia yang terpenting dan kunci terwujudnya tujuan yang maksimal.

k. Pemberhentian

Pemberhentian adalah putusnya hubungan kerja seseorang dari suatu organisasi. Pemberhentian ini disebabkan oleh keinginan karyawan, keinginan organisasi, kontrak kerja berakhir, pensiun, dan sebab-sebab lainnya. Pelepasan ini diatur oleh undang-undang No.12 tahun 1964

Fokus kajian manajemen sumber daya manusia adalah tenaga kerja manusia yang diatur menurut urutan fungsi-fungsinya, agar efektif dan efisien dalam mewujudkan tujuan perusahaan, karyawan, dan masyarakat (Hasibuan, 2007)

2.2 Sumber Daya Manusia Kesehatan dan Tenaga Kesehatan

Menurut Peraturan Pemerintah RI No.32 Tahun 1996, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan formal di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.

Sedangkan SDM Kesehatan menurut SKN 2009 adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/ penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan.

Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai dengan tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, fokus ditujukan pada pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan guna menjamin ketersediaan dan pendistribusian sumber daya manusia kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi:

- a. Perencanaan kebutuhan sumber daya manusia yang diperlukan
- b. Pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan SDM Kesehatan
- c. Pendayagunaan SDM Kesehatan, termasuk peningkatan kesejahteraannya
- d. Pembinaan serta pengawasan SDM Kesehatan

(SKN, 2009)

2.3 Perencanaan SDM Kesehatan

Tahapan dalam manajemen kesehatan dimulai dari perencanaan. Semua orang menyadari bahwa perencanaan bagian terpenting dalam proses manajemen dan oleh karena itu menyita waktu banyak dalam proses manajemen. Untuk manajer sumber daya manusia, perencanaan berarti penentuan program karyawan (sumber daya manusia) dalam rangka membantu tercapainya sasaran atau tujuan organisasi itu.

Dengan kata lain mengatur orang-orang yang akan menangani tugas-tugas yang dibebankan kepada masing-masing orang dalam rangka mencapai tujuan organisasi (Notoatmodjo, 2003)

Perencanaan SDM kesehatan adalah proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, kita meramalkan atau memperkirakan siapa mengerjakan apa, dengan keahlian apa, kapan dibutuhkan dan berapa jumlahnya. (Ilyas, 2004)

2.3.1 Determinan Dalam Perencanaan Kebutuhan SDM

Determinan yang berpengaruh dalam perencanaan kebutuhan SDM kesehatan adalah:

- a. Perkembangan penduduk, baik jumlah, pola penyakit, daya beli, maupun keadaan sosiobudaya dan keadaan darurat/ bencana.
- b. Pertumbuhan ekonomi
- c. Berbagai kebijakan di bidang pelayanan kesehatan

Pada dasarnya kebutuhan SDM kesehatan dapat ditentukan berdasarkan:

- a. Kebutuhan epidemiologi SDM kesehatan
- b. Permintaan (*demand*) akibat beban pelayanan kesehatan atau
- c. Sarana upaya kesehatan yang ditetapkan
- d. Standar atau rasio terhadap nilai tertentu (Depkes, 2004)

Memperhatikan kebijakan desentralisasi, termasuk di dalamnya desentralisasi di bidang kesehatan, maka fungsi perencanaan SDM kesehatan bagi daerah menjadi sangat penting dan menjadi tanggung jawab daerah itu sendiri. Oleh karena itu, dengan adanya desentralisasi di bidang kesehatan, pejabat pengelola SDM di kabupaten/ kota dan propinsi perlu memiliki kemampuan atau kompetensi yang memadai dalam membuat perencanaan SDM kesehatan (Depkes, 2004)

2.3.2 Jenis Perencanaan Kebutuhan SDM

Secara garis besar, perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar sebagai berikut:

a. Perencanaan kebutuhan SDM pada tingkat institusi

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

b. Perencanaan kebutuhan SDM tingkat wilayah

Perencanaan di sini dimaksudkan untuk menghitung kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan kebutuhan di tingkat wilayah (propinsi/ kabupaten/ kota) yang merupakan gabungan antara kebutuhan institusi dan organisasi.

c. Perencanaan kebutuhan SDM untuk bencana

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

Untuk itu pengelola kebutuhan SDM kesehatan yang bertanggung jawab pada ketiga kelompok di atas perlu memahami secara lebih rinci teknis perhitungannya untuk masing-masing kelompok. (Depkes, 2004).

2.3.3 Strategi Perencanaan SDM Kesehatan

Dalam perencanaan SDM kesehatan perlu memperhatikan Strategi Perencanaan SDM Kesehatan:

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

- d. Pemilihan metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan didasarkan pada kesesuaian metode dengan kemampuan dan keadaan daerah masing-masing (Depkes, 2004).

Perencanaan sumber daya manusia pada intinya meliputi perkiraan, permintaan dan suplai karyawan atau tenaga di suatu organisasi. Dari uraian itu, secara terinci dapat disimpulkan bahwa kegiatan perencanaan sumber daya manusia terdiri dari 4 kegiatan yang saling berkaitan, yaitu:

- a. Inventarisasi persediaan sumber daya manusia

Yaitu menelaah dan menilai sumber daya manusia yang ada atau tersedia saat ini (tentang jumlahnya, kemampuannya, keterampilannya dan potensi pengembangannya) serta menganalisis penggunaan sumber daya sekarang ini.

- b. Perkiraan (peramalan) sumber daya manusia

Melakukan prediksi atau taksiran kebutuhan (permintaan) dan penawaran (suplai) sumber daya manusia di waktu yang akan datang, baik jumlah (kuantitas) maupun kualitasnya.

- c. Penyusunan rencana sumber daya manusia

Memadukan kebutuhan (permintaan) dengan penawaran (suplai) sumber daya manusia, melalui rekrutmen (penarikan), seleksi, pelatihan, penempatan, pemindahan, promosi dan pengembangan.

- d. Monitoring dan evaluasi

Untuk memberikan umpan balik terhadap pencapaian tujuan sasaran perencanaan sumber daya manusia, perlu disusun perencanaan sumber daya manusia, perlu disusun rencana monitoring dan evaluasi serta indikator monitoring dan evaluasi tersebut (Notoatmodjo, 2003).

2.3.4 Tujuan Perencanaan Sumber Daya Manusia

Tujuan perencanaan sumber daya manusia diantaranya adalah:

- a. Menentukan kualitas dan kuantitas karyawan yang akan mengisi semua jabatan dalam perusahaan.

- b. Menjamin tersedianya tenaga kerja masa kini maupun masa depan, sehingga setiap pekerjaan ada yang mengerjakan
- c. Menghindari terjadinya kesalahan manajemen dan tumpang tindih dalam pelaksanaan tugas
- d. Mempermudah koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi sehingga produktivitas kerja meningkat
- e. Menghindari kekurangan dan atau kelebihan karyawan
- f. Menjadi pedoman dalam menetapkan program penarikan, seleksi, pengembangan, kompensasi, pengintegrasian, pemeliharaan, kedisiplinan, dan pemberhentian karyawan
- g. Menjadi pedoman dalam melaksanakan mutasi (vertikal atau horisontal) dan pensiun karyawan
- h. Menjadi dasar dalam melakukan penilaian karyawan (Hasibuan, 2007)

2.4 Rumah Sakit

2.4.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut World Health Organization (WHO, 1997),

“The hospital is an integral part of social medical organization, the function of which to provide for the population complete health care both curative and preventive, and whose out patient service reach: the hospital is also a central for training of health workers and for social research”

Batasan di atas menjelaskan bahwa pelayanan rumah sakit merupakan pelayanan yang komprehensif, bukan hanya mencakup kegiatan pengobatan, tetapi juga mencakup upaya pencegahan. Selain itu, kegiatan rumah sakit juga mencakup kegiatan rawat jalan dan pelayanan kesehatan di rumah. Rumah sakit juga berfungsi sebagai pusat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dan sebagai tempat penelitian.

Rumah sakit merupakan bagian dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan. Dengan demikian,

pengembangan rumah sakit tidak dapat dilepaskan dari kebijaksanaan pembangunan kesehatan, yakni harus sesuai dengan Garis-Garis Besar Haluan Negara, Sistem Kesehatan Nasional, dan Repelita di bidang kesehatan serta peraturan perundang-undangan lainnya. (Adikoesoemo, 2003)

Peran rumah sakit dalam Sistem Kesehatan Nasional adalah rumah sakit sebagai mata rantai kegiatan rujukan medik. Rujukan yang dimaksud meliputi upaya pengembangan dan pemulihan, sehingga dalam kaitan inilah tampak bahwa rumah sakit memiliki peran utama sebagai penyelenggara upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi penderita. (Depkes, 2004)

2.4.2 Klasifikasi Rumah Sakit

- a. Kelas A : mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan sub spesialisik luas
- b. Kelas B II: mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan sub spesialisik terbatas
- c. Kelas B I : mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya 11 jenis pelayanan spesialisik
- d. Kelas C : mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya 5 jenis pelayanan spesialisik dasar lengkap
- e. Kelas D: mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya pelayanan medik dasar

Rumah sakit kelas A dan B II dapat berfungsi sebagai rumah sakit pendidikan.

2.4.3 Jenis Ketenagaan di Rumah Sakit

Menurut Peraturan Pemerintah RI No.32 Tahun 1996, tenaga kesehatan terdiri dari :

- a. Tenaga medis, meliputi dokter dan dokter gigi
- b. Tenaga keperawatan, meliputi perawat dan bidan
- c. Tenaga kefarmasian, meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker.
- d. Tenaga kesehatan masyarakat, meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian.

- e. Tenaga gizi meliputi nutrisionis dan dietisien
- f. Tenaga keterampilan fisik, meliputi fisioterapis, okupasiterapis, dan terapis wicara
- g. Tenaga keteknisian medis, meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi transfusi dan perekam medis.

2.4.4 Pelayanan Rawat Inap

Menurut Depkes RI (1987) Rawat Inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medis lainnya.

Di dalam ruang perawatan pelayanan yang didapatkan adalah pelayanan tenaga medis, pelayanan tenaga keperawatan, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan makanan dan minuman serta kondisi lingkungan fisik ruangan rawat inap.

2.5 Analisis Beban Kerja

Beban kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan professional dalam satu tahun dalam satu sarana pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2004).

Metode paling akurat untuk peramalan jangka pendek adalah menggunakan informasi mengenai beban kerja (*work load*) yang sesungguhnya berdasarkan analisis pekerjaan terhadap beban kerja yang perlu disesuaikan. Teknik analisis beban kerja (*work load analysis*) ini memerlukan penggunaan rasio atau pedoman penyusunan staf standar untuk menentukan kebutuhan personalia. (Simamora, 1992).

Dalam perhitungan beban kerja ada tiga cara yang dapat digunakan, diantaranya adalah (Ilyas, 2004) :

a. *Work sampling*

Barnes (1980) menyatakan bahwa *work sampling* digunakan untuk mengukur aktivitas pegawai dengan menghitung waktu yang digunakan untuk bekerja dan

waktu yang tidak digunakan untuk bekerja dalam jam kerja mereka, kemudian disajikan dalam bentuk presentase.

Menurut Niebel (1982) dalam Suharyono (2005), *work sampling* adalah suatu teknik untuk mengukur proporsi besaran masing-masing pola kegiatan dari total waktu kegiatan yang telah dilaksanakan dari suatu kelompok kerja atau unit kerja.

Pada *work sampling*, yang diamati adalah apa yang dilakukan oleh responden dimana informasi yang dibutuhkan oleh penelitian ini adalah waktu dan kegiatannya, bukan siapa. Jadi hal yang penting adalah apa yang dikerjakan oleh personil, dimana kegiatannya dilakukan pengamatan dari kejauhan.

Barnes (1980) menyatakan ada tiga kegunaan utama dari *work sampling*, diantaranya adalah:

- 1) *Activity and Delay Sampling*, yaitu untuk mengukur aktivitas dan penundaan aktivitas dari seorang pekerja. Contohnya adalah dengan mengukur persentase seseorang bekerja dan persentase seseorang tidak bekerja.
- 2) *Performance Sampling*, yaitu untuk mengukur waktu yang digunakan untuk bekerja, dan waktu yang tidak digunakan untuk bekerja.
- 3) *Work Measurement*, untuk menetapkan waktu standar dari suatu kegiatan

Tahapan pelaksanaan *work sampling*

Tahapan-tahapan yang harus dilaksanakan dalam melakukan survei pekerjaan dengan *work sampling* diantaranya adalah:

- 1) Menentukan jenis personil yang akan diteliti
- 2) Apabila didapati jumlah personel banyak, maka perlu dilakukan pemilihan sampel sebagai subjek personel yang akan diamati
- 3) Membuat formulir daftar kegiatan
- 4) Melatih pelaksana peneliti mengenai tata cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*. Petugas pelaksana sebaiknya mempunyai latar belakang pendidikan yang sejenis dengan subjek yang akan diamati untuk mempermudah dalam proses pengamatan. Setiap pelaksana peneliti mengamati 5-8 personel yang sedang bekerja.

- 5) Pengamatan dilakukan dengan interval 2-15 menit tergantung karakteristik pekerjaan. Makin tinggi tingkat mobilitas pekerjaan yang diamati maka semakin pendek waktu pengamatan. Semakin pendek jarak pengamatan maka semakin banyak sampel pengamatan yang dapat diamati oleh peneliti, sehingga akurasi penelitian menjadi semakin akurat. Pengamatan dilakukan selama jam kerja. Apabila jenis tenaga yang diteliti berfungsi 24 jam maka pengamatan dilaksanakan sepanjang hari.

Menurut Ilyas (2004), aktivitas tenaga pelaksana/ SDM kesehatan dalam penggunaan waktu kerjanya dapat diamati dan dibedakan atas empat macam jenis kegiatan, yaitu:

- 1) Kegiatan langsung adalah kegiatan yang dilakukan berkaitan langsung dengan pasien/ pelanggannya, disini dicantumkan semua kegiatan yang mungkin dilakukan oleh tenaga tersebut
- 2) Kegiatan tidak langsung adalah kegiatan yang dilakukan tidak langsung terhadap pelanggan/ konsumennya
- 3) Kegiatan pribadi, kegiatan untuk kepentingan pribadinya seperti makan, minum, ke toilet
- 4) Kegiatan non produktif adalah seluruh kegiatan yang dilakukan oleh tenaga tersebut yang tidak bermanfaat kepada pelanggan/ konsumen, kepada unit satuan kerjanya maupun kepada organisasinya, seperti membaca koran, menonton televisi, mengobrol, dan lain-lain.

Kelebihan metode *work sampling*

Metode *work sampling* memiliki kelebihan jika dibandingkan dengan teknik penelitian yang hampir sejenis. Menurut Barnes (1980), kelebihan metode *work sampling* diantaranya adalah:

- 1) Banyaknya jumlah pengamatan kegiatan yang tidak praktis terhadap waktu dan berbiaya tinggi pada penggunaan *time study*, secara teknik *work sampling* dapat dengan mudah diselesaikan.

- 2) Untuk beberapa tenaga kerja yang sedang diamati cukup diperlukan satu orang tenaga pengamat pada teknik *work sampling*
- 3) Diperlukan waktu dan tenaga pengamat yang lebih hemat sebesar 5-50% pada teknik *work sampling* dibandingkan dengan teknik *time study*
- 4) Tidak diperlukan pengamat yang sangat terlatih atau sangat menguasai pekerjaannya di dalam teknik *work sampling*, karenayang diamati hanya kegiatannya.
- 5) Teknik *work sampling* dapat dihentikan setiap saat tanpa berdampak buruk terhadap hasil penelitian
- 6) Teknik *work sampling* kurang memberikan rasa bosan dan kelelahan bagi pengamat dibandingkan dengan pengamatan terus menerus pada teknik *time study*
- 7) Teknik *work sampling* tidak melakukan pengamatan secara terus menerus terhadap seorang tenaga pekerja yang diamati, karena banyak pekerja yang tidak senang bila diamati terus menerus atau tidak senang dengan kehadiran pengamat di tempat kerja pada waktu yang lama
- 8) *Work sampling* tidak memerlukan stop watch digital

Kekurangan teknik *work sampling*

Disamping kelebihan, tentunya *work sampling* memiliki kekurangan, diantaranya antara lain:

- 1) Teknik *work sampling* tidak dapat memberikan informasi yang sangat lengkap terhadap rincian detail kegiatan tenaga yang diamati
 - 2) Tenaga yang diamati dapat saja bekerja lebih baik atau sesuai dengan uraian tugasnya pada saat pengamat hadir di dekatnya pada teknik *work sampling*, sehingga bisa terjadi bias terhadap kegiatan yang sesungguhnya
 - 3) Teknik *work sampling* memberikan hasil penelitian secara berkelompok, tidak dapat memberikan informasi secara individual
- b. *Time and motion study*

Pada *time and motion study* pengamat melakukan pengamatan dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang diamati. Pada teknik ini yang dihasilkan tidak hanya berupa beban kerja dari personel, tetapi yang lebih penting adalah mengetahui dengan baik kualitas kerja personel.

Penelitian dengan *menggunakan* time and motion study dapat digunakan untuk mengevaluasi tingkat kualitas suatu pendidikan secara terus menerus sampai pekerjaan selesai dan sampai selesainya jam kerja pada hari itu. Kegiatan ini dilakukan pengulangan pada keesokan harinya. Teknik ini merupakan pekerjaan yang sulit dilakukan, berat dan mahal sehingga jarang dilakukan.

Kemungkinan terjadinya bias *dapat* diminimalisir dengan ditambahkan lama waktu pengamatan, sehingga dapat dikatakan bahwa data yang didapatkan akurat. Bias yang terjadi karena seseorang akan berperilaku kerja lebih baik apabila diamati secara dekat oleh orang lain. Namun pada hari-hari selanjutnya orang cenderung akan bekerja dalam ritme yang normal.

Tabel 2.1 Perbedaan antara metode *work sampling* dan *time and motion study*

!	Work sampling	Time and motion study
1	Yang disampling adalah kegiatannya	Kegiatan diamati seluruhnya
2	Karyawan yang diamati lebih banyak	Karyawan umumnya disampling
3	Kualitas kerja tidak terdeteksi	Kualitas kerja merupakan tujuan
4	Lebih sederhana	Lebih melelahkan
5	Lebih murah	Sangat mahal

Sumber: Barnes (1980)

c. Daily log

Daily log merupakan bentuk sederhana dari work sampling, dimana orang yang diteliti menuliskan sendiri kegiatan dan waktu yang digunakan untuk penelitian tersebut. Penggunaan teknik ini sangat bergantung terhadap kerjasama dan kejujuran dari personel yang sedang diteliti.

Pada metode ini peneliti biasanya membuat pedoman dan formulir isian yang dapat dipelajari dan diisi sendiri oleh informan. Sebelum dilakukan penelitian perlu diberikan penjelasan mengenai tujuan dan cara pengisian formulir kepada subyek personel yang diteliti. Perlu ditekankan bahwa yang dipentingkan adalah kegiatan,

waktu, dan lamanya kegiatan. Sedangkan informasi mengenai personel tidak akan tercantum pada laporan penelitian.

Hasil analisis dari daily log dapat digunakan untuk melihat pola beban kerja seperti kapan beban kerjanya tertinggi? Apa jenis pekerjaan yang membutuhkan waktu banyak? Metoda ini sangat memerlukan kerjasama karyawan yang diteliti agar hasil yang didapatkan akurat, artinya dituntut kejujuran dari responden.

2.6 Tenaga Perawat

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan (Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992). Seorang perawat dikatakan professional jika memiliki ilmu pengetahuan, keterampilan keperawatan professional serta memiliki sikap professional sesuai kode etik profesi. Husein (1994), menegaskan bahwa yang dimaksud dengan keterampilan professional keperawatan bukan sekedar terampil dalam melakukan prosedur keperawatan, tetapi mencakup keterampilan interpersonal, keterampilan intelektual dan keterampilan teknis.

Profil perawat professional adalah gambaran dan penampilan menyeluruh perawat dalam melakukan aktivitas keperawatan sesuai kode etik keperawatan. Aktivitas keperawatan meliputi peran dan fungsi pemberian asuhan/ pelayanan keperawatan, mencakup peran sebagai pelaksanaan, pengelolaan institusi keperawatan, pendidik klien (individu, keluarga, dan masyarakat) serta kegiatan di bidang keperawatan.

2.6.1 Hak-Hak Perawat

Perawat mempunyai hak yang sama dengan yang umumnya diberikan masyarakat pada semua orang. Tetapi di samping itu, umumnya disepakati bahwa para perawat juga mempunyai hak professional, hak-hak professional perawat menurut Claire Fagin (1975), sebagai berikut :

1. Hak memperoleh martabat dalam rangka mengekspresikan dan meningkatkan dirinya melalui penggunaan kemampuan khususnya dan sesuai dengan latar belakang pendidikannya.
2. Hak memperoleh pengakuan sehubungan dengan kontribusinya melalui ketetapan yang diberikan lingkungan untuk praktik yang dijalankan serta imbalan ekonomi sehubungan dengan profesinya.
3. Hak mendapatkan lingkungan kerja dengan stress, fisik, dan emosional, serta risiko kerja yang seminimal mungkin.
4. Hak untuk melakukan praktek-praktek profesi dalam batas-batas hukum yang berlaku.
5. Hak menetapkan standar yang bermutu dalam perawatan yang dilakukan
6. Hak berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan yang berpengaruh terhadap perawatan.
7. Hak untuk berpartisipasi dalam organisasi sosial dan politik yang mewakili perawat dalam meningkatkan asuhan keperawatan.

2.6.2 Kewajiban Perawat

Iswani (2000) dalam Etika Keperawatan menyatakan kewajiban perawat sebagai berikut :

1. Perawat wajib mematuhi semua peraturan institusi yang bersangkutan.
2. Perawat wajib memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi dan batas-batas kegunaannya.
3. Perawat wajib menghormati hak-hak pasien/ klien
4. Perawat wajib merujuk pasien/ klien kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, bila yang bersangkutan tidak dapat mengatasinya sendiri.
5. Perawat wajib memberikan kesempatan kepada pasien/ klien untuk berhubungan dengan keluarganya, sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan atau standar profesi yang ada.

6. Perawat wajib memberikan kesempatan kepada pasien/ klien untuk menjalankan ibadahnya sesuai dengan agama atau kepercayaan masing-masing sepanjang tidak mengganggu pasien yang lain.
7. Perawat wajib berkolaborasi dengan tenaga medis atau tenaga kesehatan terkait lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan kepada pasien/ klien.
8. Perawat wajib memberikan informasi yang akurat tentang tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien/ klien dan atau keluarganya sesuai dengan batas kemampuannya.
9. Perawat wajib meningkatkan mutu pelayanan keperawatannya sesuai dengan standar profesi keperawatan demi kepuasan pasien/ klien.
10. Perawat wajib membuat dokumentasi asuhan keperawatan secara akurat dan berkesinambungan.
11. Perawat wajib mengikuti perkembangan IPTEK keperawatan atau kesehatan secara terus-menerus.
12. Perawat wajib melakukan pelayanan darurat sebagai tugas kemanusiaan sesuai dengan batas-batas kewenangannya.
13. Perawat wajib merahasiakan segala sesuai yang diketahuinya tentang pasien/ klien, kecuali jika diminta keterangan oleh pihak yang berwenang.
14. Perawat wajib memenuhi hal-hal yang telah disepakati atau perjanjian yang telah dibuat sebelumnya terhadap institusi tempat kerja.

2.6.3 Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Pelayanan keperawatan di Rumah Sakit merupakan kepedulian yang mendalam dari seorang perawat terhadap pasien di Rumah Sakit. Pelayanan keperawatan bertugas membantu individu, keluarga dan kelompok seoptimal mungkin dalam ruang lingkup kehidupan dan pekerjaannya. Perawat harus mampu melakukan upaya promosi dan pemeliharaan kesehatan serta mencegah terjadinya penyakit.

Gillies (1989), menyatakan bahwa manajemen keperawatan merupakan proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan, untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman bagi pasien.

Griffith (1987), kegiatan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit dapat dibagi menjadi keperawatan klinik dan manajemen keperawatan, kegiatan keperawatan klinik antara lain adalah pemberian motivasi dan dukungan emosi pasien, pemberian obat, komunikasi, menjalin hubungan dan menjaga lingkungan tempat perawatan. Sedangkan manajemen keperawatan adalah penanganan administratif, monitoring mutu pelayanan, ketenagaan dan lain-lain. Dengan demikian pelayanan keperawatan ternyata tidak hanya dibatasi oleh pagar Rumah Sakit aja, keunikan disiplin ilmu keperawatan yang selalu memandang sistem customer tidak hanya sebagai individu tetapi juga merupakan bagian dari keluarga dan masyarakatnya.

2.6.4 Beban Kerja Perawat

Suatu langkah penting dalam meningkatkan efektifitas dari penyusunan tenaga adalah memperbaiki keseimbangan antara jumlah personil dan beban kerja. Untuk keseimbangan ini, manajer keperawatan harus mampu memperkirakan dengan tepat beban kerja di unitnya.

Di dalam menentukan beban kerja perawat, khususnya di ruang rawat inap, hal-hal yang mempengaruhi adalah (Setyowati, 1996) :

- a. Berapa banyak pasien yang masuk/ dirawat pada satu unit setiap hari, bulan, tahun (sensus pasien).

Makin banyak jumlah pasien yang dirawat, berarti makin besar beban kerja perawat.

- b. Pengukuran perawatan langsung dan tidak langsung yang dibutuhkan oleh masing-masing pasien.
- c. Kondisi pasien atau derajat ketergantungan pasien.

Sistem klasifikasi yang membagi dalam 4 kategori yaitu : *minimal care/ self care; partial care; total care; intensive care*. Untuk yang membagi dalam tiga kategori, *total care dan intensive care* digabung.

- 1) Pasien dengan kategori *self care*, mampu melaksanakan aktifitas harian sendiri, sepanjang perawat memberikan alat-alat penyediaan yang diperlukan.
 - 2) Pasien dengan kategori *partial care*, dapat melakukan kegiatan harian sendiri, tapi memerlukan bantuan perawat untuk terapi khusus atau aspek tertentu dari perawatan personal.
 - 3) Pasien dengan *total care* adalah pasien yang lemah dan memerlukan bantuan perawat untuk semua aktivitas harian.
 - 4) Pasien dengan *intensive care* adalah pasien yang berada dalam bahaya kematian yang memerlukan pengawasan terus menerus.
- d. Rata-rata hari perawatan
Lamanya hari perawatan akan berpengaruh pula pada beban kerja perawat. Hari perawatan yang makin lama, maka beban kerja perawatpun akan meningkat.
- e. Frekuensi tindakan perawat yang dibutuhkan
Demikian pula dengan frekuensi tindakan perawat. Berbeda sekali bila pasien hanya memerlukan *suction* tiga sehari dengan pasien yang memerlukan *suction* setiap jam.
Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk melihat beban kerja. Contohnya adalah dengan cara *work sampling* dan *time and motion study*

2.7 Waktu produktif

Waktu merupakan faktor utama dalam pencapaian organisasi. Semakin tinggi tingkat ketepatan waktu dan semakin efisien tingkat penggunaan waktu maka semakin berhasil suatu organisasi dalam menjalankan fungsinya. (Azhar, 2008)

Pengukuran waktu kerja memberi cara kepada manajemen untuk mengukur waktu yang diperlukan untuk menjalankan suatu operasi atau rangkaian operasi, sehingga waktu tak efektif ditemukan dan dapat dipisahkan dari waktu efektif. Dengan cara ini akan diketahui bahwa ada waktu tidak efektif, sifatnya serta berapa banyak sebelumnya terdapat waktu tak efektif tersembunyi dalam keseluruhan waktu pembuatan atau proses (ILO, 1983)

Ruang lingkup waktu produktif dan waktu tidak produktif menurut ILO adalah:

a. Waktu produktif

Waktu produktif terbagi menjadi dua:

- 1) Waktu kerja dasar, yaitu waktu kerja minimal yang tidak dapat ditawar-tawar lagi yang secara teori diperlukan untuk menghasilkan suatu kegiatan.
- 2) Waktu kerja tambahan, adalah waktu kerja yang bertambah atau melebihi waktu kerja dasar. Waktu kerja dapat bertambah karena cara kerja yang tidak efisien, kelemahan metode, tidak adanya prosedur, dan lain-lain.

b. Waktu tidak produktif

Waktu kerja yang terbuang, yang menyebabkan terhentinya suatu proses atau operasional kegiatan sehingga akan mengurangi produktivitas. Waktu tidak produktif terjadi disebabkan oleh:

- 1) Pihak manajemen gagal dalam merencanakan, mengendalikan, atau melakukan pengawasan secara efisien
- 2) Faktor pekerja, seperti meninggalkan pekerjaan tanpa alasan yang cukup, keterlambatan, bermalas-malasaan bekerja, dan sebagainya.

(Ilyas, 2004)

2.8 Metode Penghitungan Tenaga Perawat

a. Cara rasio

Adalah suatu cara dengan membandingkan penggunaan rasio standar tenaga, berdasarkan SK Menkes No 262 tahun 1979. Dengan cara rasio ini, jumlah tenaga dapat dengan mudah ditetapkan. Tetapi mungkin tidak sesuai dengan penggunaan. Cara ini dapat digunakan untuk rumah sakit pada periode awal.

Tabel 2.2 Perbandingan Jumlah Tempat Tidur Dengan Jumlah Perawat

	Tempat tidur	Jumlah tenaga perawat
RS kelas A & B	2	3-4
RS kelas C	1	1
RS kelas D	2	1

Sumber: SK Menkes No 262 tahun 1979

b. Cara Need

Cara ini adalah dengan menghitung kebutuhan menurut beban kerja yang kita perhitungkan sendiri, sehingga memenuhi standar profesi. Untuk itu diperlukan deskripsi tentang pelayanan apa saja yang diberikan kepada pasien, kemudian dihitung standar waktu yang diperlukan agar pelayanan dapat berjalan dengan baik.

Untuk pasien rawat inap, menurut Minetti dan Hutchhinson rata-rata diperlukan 4 jam perawatan perhari, dimana standar waktu asuhan keperawatan yang diperlukan untuk setiap kategori pasien adalah sebagai berikut.

- 1) *Self care* : setengah kali dari jumlah waktu rata-rata yang diperlukan
- 2) *Partial care* : tiga perempat kali dari jumlah waktu rata-rata yang diperlukan
- 3) *Total care* : satu setengah kali dari jumlah waktu rata-rata yang diperlukan
- 4) *Intensive care* : dua kali dari jumlah waktu rata-rata yang diperlukan

Sedangkan menurut Howard & Beatrice, waktu perawatan langsung yang dibutuhkan per pasien per hari :

- 1) *Self care* : 2,8 jam
- 2) *Partial care* : 4,3 jam
- 3) *Total care* : 5,8 jam

Setelah diketahui rata-rata standar waktu yang diperlukan untuk pelayanan setiap pasien, maka beban kerja dari setiap kualifikasi tenaga dalam rumah sakit tersebut dapat dihitung dengan memprediksi jumlah seluruh pasien per hari.

c. Cara demand

Perhitungan cara ini adalah perhitungan waktu pelayanan per pasien atas hasil penelitian. Hasil penelitian di rumah sakit di Filipina didapatkan data rata-rata jam perawatan per pasien per hari sebagai berikut :

- 1) Penyakit dalam : 3,4 jam
- 2) Bedah : 3,5 jam
- 3) Bedah + Non bedah : 3,5 jam
- 4) Post partum (Normal) : 3,0 jam
- 5) Bayi baru lahir : 2,5 jam

Setelah diketahui waktu asuhan keperawatan untuk tiap jenis pasien, maka dikonversikan ke kebutuhan tenaga seperti pada perhitungan *Need*.

Selain cara penentuan kebutuhan tenaga seperti di atas, maka terdapat pula beberapa formula yang dapat dipakai untuk menghitung kebutuhan tenaga.

a. Formula Lokakarya Keperawatan :

$$\frac{A \times 52 \times 7 \times tt \times BOR}{41 \text{ minggu} \times 40 \text{ jam}} + 25\%$$

41 minggu x 40 jam

A = rata-rata jumlah jam perawatan yang diterima dalam 24 jam

Tt = jumlah tempat tidur

BOR = rata-rata tempat tidur yang terisi

Formula ini memperhitungkan hari kerja efektif yaitu 41 minggu dalam setahun, jam kerja adalah 40 jam dalam satu minggu. Tambahan 25 % adalah untuk penyesuaian dan antisipasi bila terdapat tenaga yang cuti, sakit, pendidikan, dan lain-lain.

b. Formula Gillies

$$\frac{A \times B \times 365}{365 - \text{hari libur} \times \text{jam kerja/hari}}$$

365 - hari libur x jam kerja/ hari

A = rata-rata jam perawatan per hari

B = sensus harian rata-rata/ jumlah pasien rata-rata per hari

c. Formula Nina :

Nina (1990) menghitung kebutuhan tenaga perawat dengan melalui 5 tahapan :

1) Tahap I : dihitung A, yaitu jumlah rata-rata jam perawatan pasien selama 24 jam

2) Tahap II : dihitung B, yaitu jumlah rata-rata jam perawatan pasien seluruh rumah sakit

$$B = A \times tt \text{ (tempat tdr)}$$

3) Tahap III : dihitung C, yaitu jumlah rata-rata jam perawatan pasien seluruh rumah sakit dalam setahun

$$C = B \times 365$$

- 4) Tahap IV : dihitung D, yaitu perkiraan rata-rata jam perawatan seluruh pasien rumah sakit, selama setahun dibuhungkan dengan BOR

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

- 5) Tahap V : didapat E, yaitu jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan.

$$E = D / 1878$$

Angka 1878 diperoleh dari hari kerja efektif pertahun ($365 - 52 = 313$ hari) dan jam kerja efektif per hari ($8 \text{ jam} - 2 \text{ jam} = 6 \text{ jam per hari}$)

2.9 Metode WISN (*Workload Indicator Staffing Need*)

Metode perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja ini merupakan suatu metode perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan beban kerja nyata yang dilaksanakan oleh setiap kategori sumber daya manusia kesehatan pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit.

Metode perhitungan tersebut pada saat ini telah diadaptasi dan digunakan oleh Departemen Kesehatan RI dalam menghitung jumlah kebutuhan masing-masing kategori tenaga kesehatan yang dibutuhkan di Kantor Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Propinsi, Kabupaten/ Kota, serta disahkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No.81/Menkes/SK/2004.

Keunggulan metode perhitungan ini dibandingkan dengan metode perhitungan kebutuhan tenaga lainnya antara lain:

- Mudah dilaksanakan, karena menggunakan data yang dikumpulkan dari laporan kegiatan rutin unit layanan
- Mudah dalam melakukan prosedur perhitungan, sehingga manajer kesehatan semua tingkatan dapat segera memasukkannya dalam perencanaan ketenagaan
- Mudah untuk segera mendapatkan hasil perhitungannya, sehingga dapat segera dimanfaatkan oleh manajer kesehatan di semua tingkatan dalam pengambilan keputusan/ kebijakan

- d. Metode perhitungan dapat digunakan bagi berbagai jenis ketenagaan, termasuk tenaga non kesehatan (tenaga administrasi, tenaga keuangan, tenaga perencanaan, tenaga penunjang umum lainnya)
- e. Hasil perhitungannya realistik, sehingga hasilnya akan memberikan kemudahan dalam menyusun perencanaan anggaran dan alokasi sumber daya lainnya.

Adapun langkah perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan WISN ini meliputi 5 langkah, yaitu :

- a. Menetapkan waktu kerja tersedia
- b. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM
- c. Menyusun standar beban kerja
- d. Menyusun standar kelonggaran
- e. Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja

Pada dasarnya metode WISN ini dapat digunakan di rumah sakit, puskesmas dan sarana kesehatan lainnya, atau bahan dapat digunakan untuk kebutuhan tenaga di Kantor Dinas Kesehatan. Sebagai contoh di bawah ini disajikan penggunaan metode WISN di sarana pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

- a. Menetapkan Waktu Kerja Tersedia

Menetapkan waktu kerja tersedia tujuannya adalah diperolehnya waktu tersedia masing-masing kategori SDM yang bekerja di Rumah Sakit selama kurun waktu satu tahun.

Data yang dibutuhkan untuk menetapkan waktu kerja tersedia adalah sebagai berikut :

- 1) Hari kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di RS atau Peraturan Daerah setempat, pada umumnya dalam 1 minggu 5 hari kerja. Dalam 1 tahun 250 hari kerja (5 hari x 50 minggu). (A)
- 2) Cuti tahunan, sesuai dengan ketentuan setiap SDM memiliki hak cuti 12 hari setiap tahun. (B)
- 3) Pendidikan dan pelatihan, sesuai ketentuan yang berlaku di RS untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi/ profesionalisme setiap kategori

- SDM memiliki hak untuk mengikuti pelatihan/ kursus/ seminar/ lokakarya dalam 6 hari kerja. (C)
- 4) Hari libur nasional, berdasarkan Keputusan Bersama Menteri Terkait tentang hari libur nasional dan cuti bersama, tahun 2002-2003 ditetapkan 15 hari kerja dan 4 hari kerja untuk cuti bersama. (D)
 - 5) Ketidakhadiran kerja, sesuai data rata-rata ketidakhadiran kerja (selama kurun waktu 1 tahun) karena alasan sakit, tidak masuk dengan atau tanpa pemberitahuan/ ijin. (E)
 - 6) Waktu kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di RS atau Peraturan Daerah, pada umumnya waktu kerja dalam 1 hari adalah 8 jam (5 hari kerja/ minggu). (F)

Berdasarkan data tersebut selanjutnya dilakukan perhitungan untuk menetapkan waktu tersedia dengan rumus sebagai berikut :

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

Keterangan :

A = Hari Kerja

B = Cuti tahunan

C = Pendidikan dan Pelatihan

D = Hari Libur Nasional

E = Ketidakhadiran Kerja

F = Waktu Kerja

Apabila ditemukan adanya perbedaan rata-rata ketidakhadiran kerja atau RS menetapkan kebijakan untuk kategori SDM tertentu dapat mengikuti pendidikan dan pelatihan lebih lama dibanding kategori SDM lainnya, maka perhitungan waktu kerja tersedia dapat dilakukan perhitungan menurut kategori SDM. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat simulasi perhitungan berdasarkan rumus waktu kerja tersedia sebagaimana diuraikan pada Tabel 2.1 berikut :

Tabel 2.3 Contoh Penghitungan Waktu Kerja Tersedia (WKT) Kategori SDM

KODE	FAKTOR	KATEGORI SDM		KETERANGAN
		Perawat	Dokter	
A	Hari Kerja	260	260	Hari/ tahun
B	Cuti Tahunan	12	12	Hari/ tahun
C	Pendidikan dan Pelatihan	5	10	Hari/ tahun
D	Hari Libur Nasional	19	19	Hari/ tahun
E	Ketidakhadiran Kerja	10	12	Hari/ tahun
F	Waktu Kerja	8	8	Jam/ hari
Hari Kerja Tersedia		214	207	Hari kerja/ thn
Waktu Kerja Tersedia		1,712	1,656	Jam/ tahun

Sumber : Kepmenkes No. 81 Tahun 2004

Uraian perhitungannya adalah sebagai berikut :

1) Hari kerja tersedia untuk kategori SDM :

$$a) \text{ Perawat} = \{260 - (12+5+19+10)\}$$

$$= 214 \text{ Hari kerja/ tahun}$$

$$b) \text{ Dokter} = \{260 - (12+10+19+12)\}$$

$$= 207 \text{ Hari kerja/ tahun}$$

2) Waktu kerja tersedia untuk kategori SDM :

$$a) \text{ Perawat} = (214 \text{ hari/ tahun}) \times 8 \text{ (jam/hari)}$$

$$= 1,712 \text{ jam kerja/ tahun}$$

$$b) \text{ Dokter} = (207 \text{ hari/ tahun}) \times 8 \text{ (jam/hari)}$$

$$= 1,656 \text{ jam kerja/ tahun}$$

b. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM

Tujuannya adalah diperolehnya unit kerja dan kategori SDM yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan pada pasien, keluarga dan masyarakat di dalam dan luar RS.

Data dan informasi yang dibutuhkan untuk penetapan unit kerja dan kategori SDM adalah sebagai berikut :

1) Bagan Struktur Organisasi RS dan uraian tugas pokok dan fungsi masing-masing unit dan sub-unit kerja.

- 2) Keputusan Direktur RS tentang pembentukan unit kerja struktural dan fungsional, misalnya: Komite Medik, Komite Pengendalian Mutu RS Bidang/ Bagian Informasi.
- 3) Data Pegawai berdasarkan pendidikan yang bekerja pada tiap unit kerja di RS.
- 4) PP 32 tahun 1996 tentang SDM Kesehatan
- 5) Peraturan perundang-undangan berkaitan dengan jabatan fungsional SDM kesehatan.
- 6) Standar profesi, standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) pada tiap unit kerja RS.

Analisa Organisasi

Fungsi utama rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan kesehatan kuratif, rehabilitatif secara serasi dan terpadu dengan pelayanan preventif dan promotif. Berdasarkan fungsi utama tersebut, unit kerja RS dapat digolongkan sebagai berikut:

- a. Unit kerja fungsional langsung, adalah unit dan sub-unit kerja yang langsung berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan di dalam dan di luar RS, misalnya : Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi/ Apotik, dll.
- b. Unit kerja fungsional penunjang, adalah unit dan sub-unit kerja yang tidak langsung berkaitan dengan penyelenggaraan :
 - 1) Pelayanan kesehatan perorangan di RS, misalnya : Instalasi Tata Usaha Rawat Inap/ Rawat Jalan
 - 2) Pelayanan kesehatan promotif di dalam dan luar RS, misalnya: Unit Penyuluhan Kesehatan Masyarakat RS (PKM-RS)

Apabila ditemukan unit atau sub-unit kerja fungsional yang belum diatur atau ditetapkan oleh Direktur, Depkes, Pemda (Pemilik RS) perlu ditelaah terlebih dahulu sebelum disepakati ditetapkan keberadaannya. Selanjutnya apakah fungsi, kegiatan-kegiatannya dapat digabung atau menjadi bagian unit kerja yang telah ada.

Setelah unit kerja dan sub unit kerja di RS telah ditetapkan, langkah selanjutnya adalah menetapkan kategori SDM sesuai kompetensi atau pendidikan untuk menjamin mutu, efisiensi dan akuntabilitas pelaksanaan kegiatan/ pelayanan di tiap unit kerja RS.

Untuk menghindari hambatan atau kesulitan perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan beban kerja, sebaiknya tidak menggunakan metode analisis jabatan untuk menetapkan kategori SDM sesuai kompetensi yang dipersyaratkan dalam melaksanakan suatu pekerjaan/ kegiatan di tiap unit kerja RS.

Tabel 2.4 Contoh Penentuan Unit Kerja dan Sub Unit Kerja Kategori SDM

NO	UNIT KERJA	SUB UNIT KERJA	KATEGORI SDM
A.	Instalasi Rawat Jalan	Poli Penyakit Dalam	Dr. Sp. PD
			Perawat
		Poli Kebidanan	Dr. Sp. OBG
			Bidan
Poli Bedah	Dr. Sp. BU		
	Perawat		
B.	Rawat Inap	Rawat Inap Bedah	Dr. Sp. BU
			Dr. Sp. BO
			Dr. Sp. Anastesi
			Dokter (umum)
			Penata anestesi
			Perawat

Sumber : Kepmenkes No. 81 Tahun 2004

c. Menyusun Standar Beban Kerja

Standar beban kerja adalah volume/ kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (rata-rata waktu) dan waktu yang tersedia per-tahun yang dimiliki oleh masing-masing kategori tenaga.

Pelayanan kesehatan di RS bersifat individual, spesifik dan unik sesuai karakteristik pasien (umur, jenis kelamin), jenis dan berat ringannya penyakit, ada tidaknya komplikasi. Di samping itu, harus mengacu pada standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) serta penggunaan teknologi kedokteran dan prasarana yang tersedia secara tepat guna. Oleh karena itu pelayanan kesehatan RS

mempunyai SDM yang mempunyai berbagai jenis kompetensi, jumlah dan distribusinya tiap unit kerja sesuai beban kerja.

Data dan informasi yang dibutuhkan untuk menetapkan beban kerja masing-masing kategori SDM utamanya adalah sebagai berikut :

- 1) Kategori SDM yang bekerja pada tiap unit kerja RS sebagaimana hasil yang telah ditetapkan pada langkah kedua
- 2) Standar profesi, standar pelayanan yang berlaku di RS
- 3) Rata-rata waktu yang dibutuhkan oleh tiap kategori SDM untuk melaksanakan/ menyelesaikan berbagai pelayanan RS
- 4) Data dan informasi kegiatan pelayanan pada tiap unit kerja RS

Beban kerja masing-masing kategori SDM di tiap unit kerja RS adalah meliputi :

- 1) Kegiatan pokok yang dilaksanakan oleh masing-masing kategori SDM
- 2) Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok
- 3) Standar beban kerja per 1 tahun masing-masing kategori SDM

Kegiatan pokok adalah kumpulan berbagai jenis kegiatan sesuai standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) untuk menghasilkan pelayanan kesehatan/ medik yang dilaksanakan oleh SDM kesehatan dengan kompetensi tertentu.

Langkah selanjutnya untuk memudahkan dalam menetapkan beban kerja masing-masing kategori SDM, perlu disusun kegiatan pokok serta jenis kegiatan pelayanan, yang berkaitan langsung/ tidak langsung dengan pelayanan kesehatan perorangan.

Pada Tabel 2.5 berikut ini merupakan contoh sederhana penyusunan kegiatan pokok di Unit Kerja Instalasi Rawat Jalan Poli Spesialis Penyakit Dalam.

Tabel 2.5 Contoh Penentuan Kegiatan Pokok Masing-masing Kategori SDM

UNIT KERJA/ KATEGORI SDM	KEGIATAN	KEGIATAN POKOK
INSTALASI RAWAT JALAN		
Poli Penyakit Dalam Dr. Sp. PD	Pasien baru : Anamnesa Pemeriksaan fisik Pembacaan hasil lab. Penulisan resep/ rujukan	Pemeriksaan pasien baru

UNIT KERJA/ KATEGORI SDM	KEGIATAN	KEGIATAN POKOK
INSTALASI RAWAT JALAN	Pasien lama : Anamnesa Pemeriksaan fisik Pembacaan hasil lab. Penulisan resep/ rujukan	Pemeriksaan pasien lama

Sumber : Kepmenkes No. 81 Tahun 2004

Rata-rata waktu ialah suatu waktu yang dibutuhkan untuk menjelaskan suatu kegiatan pokok, oleh masing-masing kategori SDM pada tiap unit kerja. Kebutuhan waktu untuk menyelesaikan kegiatan sangat bervariasi dan dipengaruhi standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP), sarana dan prasarana medik yang tersedia serta kompetensi SDM.

Rata-rata waktu ditetapkan berdasarkan pengamatan dan pengalaman selama bekerja dan kesepakatan bersama. Agar diperoleh data rata-rata waktu yang cukup akurat dan dapat dijadikan acuan, sebaiknya ditetapkan berdasarkan waktu yang memiliki kompetensi, kegiatan pelaksanaan standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP) dan memiliki etos kerja yang baik.

Secara bertahap RS dapat melakukan studi secara intensif untuk menyusun standar waktu yang dibutuhkan menyelesaikan tiap kegiatan oleh masing-masing kategori SDM.

Standar beban kerja adalah volume/ kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (waktu rata-rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori SDM.

Adapun rumus perhitungan standar beban kerja adalah sebagai berikut :

$$\text{Standar beban kerja} = \frac{\text{Waktu kerja tersedia}}{\text{Rata-rata waktu kegiatan pokok}}$$

d. Penyusunan standar kelonggaran

Penyusunan standar kelonggaran tujuannya adalah diperolehnya faktor kelonggaran tiap kategori SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu untuk

menyelesaikan suatu kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan pokok/ pelayanan.

Penyusunan faktor kelonggaran dapat dilaksanakan melalui pengamatan dan wawancara kepada tiap kategori tentang kegiatan-kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pada pasien, misalnya : rapat, penyusunan laporan kegiatan, menyusun kebutuhan obat/ bahan habis pakai. Frekuensi kegiatannya dinyatakan dalam suatu hari, minggu, atau bulan.

Selama pengumpulan data, sebaiknya mulai dilakukan pencatatan tersendiri apabila ditemukan kegiatan yang tidak dapat dikelompokkan atau sulit dihitung beban kerjanya karena tidak/ kurang berkaitan dengan pelayanan pada pasien untuk selanjutnya digunakan sebagai sumber data penyusunan faktor kelonggaran tiap kategori SDM. Setelah faktor kelonggaran tiap kategori SDM diperoleh, langkah selanjutnya adalah menyusun Standar Kelonggaran dengan rumus :

$$\text{Standar kelonggaran} = \frac{\text{Rata-rata waktu per faktor kelonggaran}}{\text{Waktu kerja tersedia}}$$

e. Perhitungan kebutuhan SDM Per Unit Kerja

Perhitungan kebutuhan SDM per unit kerja tujuannya adalah diperolehnya jumlah dan jenis/kategori SDM per unit kerja sesuai beban kerja selama satu tahun. Sumber data yang dibutuhkan untuk perhitungan kebutuhan SDM per unit kerja meliputi :

1. Data yang diperoleh dari langkah-langkah sebelumnya yaitu :

- Waktu kerja tersedia
- Standar beban kerja dan
- Standar kelonggaran masing-masing kategori SDM

2. Kuantitas kegiatan pokok tiap unit kerja selama kurun waktu satu tahunan.

Setelah itu, kebutuhan dapat dihitung menggunakan rumus :

$$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{Kuantitas Kegiatan Pokok}}{\text{Standar Beban Kerja}} + \text{Standar}$$

(Depkes, 2004)

2.8 Kerangka Konseptual

Dalam melakukan perencanaan SDM dalam rumah sakit, perencana harus melalui langkah-langkah antara lain analisis situasi, analisis persediaan tenaga, analisis kebutuhan tenaga, serta analisis kesenjangan. Karena perhitungan kebutuhan tenaga berakar pada beban kerja personel, sehingga metode perhitungan yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode WISN (*Workload Indicator Staff Need*). Dimana dalam proses perhitungan kebutuhan didasarkan kepada beban kerja nyata yang dilaksanakan oleh setiap personil, dan pengamatan dilakukan dengan menggunakan metode *work sampling*. (Ilyas, 2004)

Skema kerangka konsep yang dibuat dapat dilihat di bawah ini :

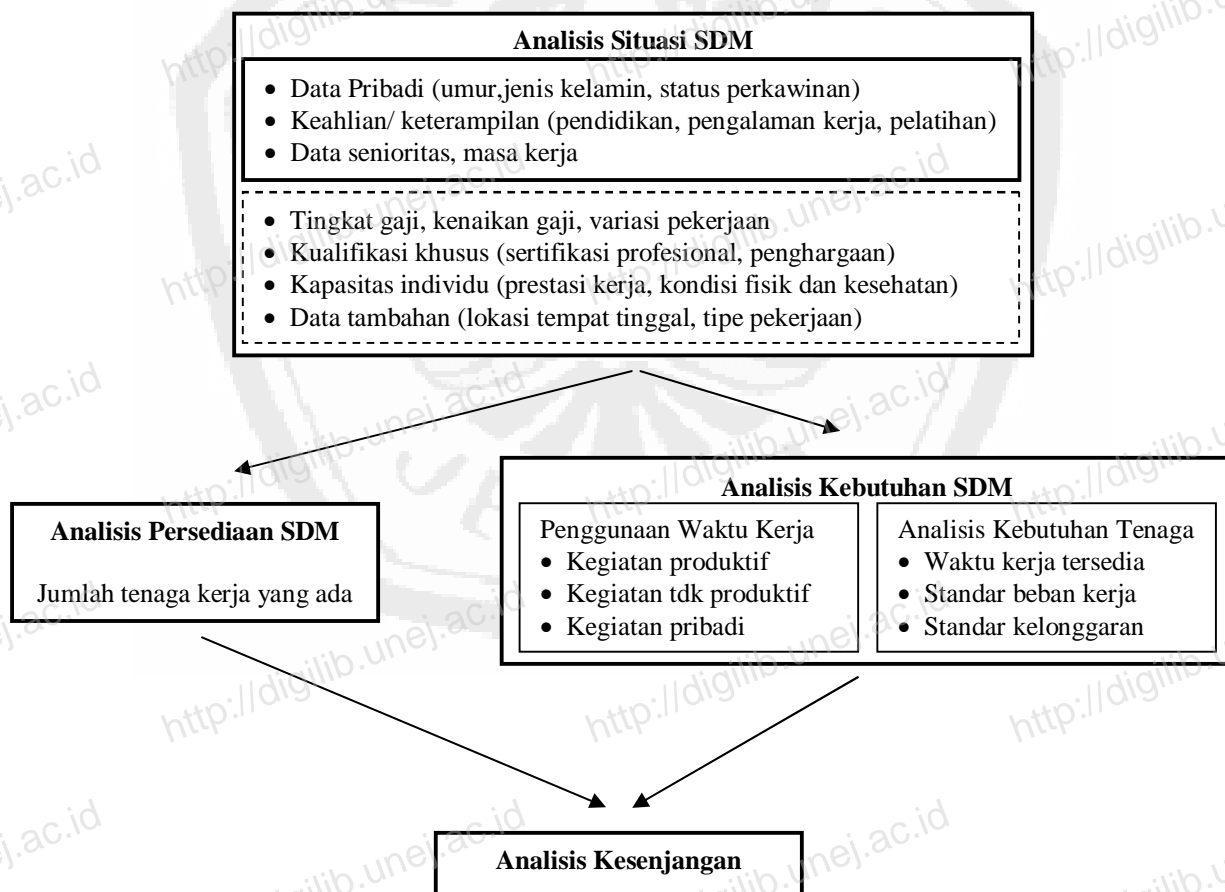


Diagram 2.1 Kerangka Konseptual

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian deskriptif dengan analisa data kuantitatif. Penelitian deskriptif merupakan penelitian dengan tujuan untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki (Nazir, 2003). Metode yang digunakan dalam pengamatan untuk mendapatkan jumlah penggunaan waktu setiap pola aktivitas personil di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Dr. Soebandi adalah dengan menggunakan metode *work sampling*, dimana aktivitas responden yang diamati akan diteliti setiap waktu sepuluh menit selama enam hari kerja. Selanjutnya penggunaan waktu produktif yang di dapat, digunakan untuk menghitung kebutuhan tenaga dengan menggunakan metode WISN.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di bagian interna instalasi rawat inap RSD Dr. Soebandi yang berada di Jl. Dr Soebandi 124 Jember. Terdiri dari Ruang Anturium (Ruang Rawat Inap Pria) dan Ruang Adenium (Ruang Rawat Inap Wanita). Peneliti memilih unit ini dikarenakan data kunjungan pasien yang tertinggi diantara unit-unit lain yaitu 1071 pada RIP dan 1030 pada RIW.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 6 hari mulai tanggal 10-16 Februari 2011.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Yang menjadi populasi penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap bagian interna RSD Dr. Soebandi. Karena perawat yang bertugas di instalasi rawat inap bertugas selama 24 jam, maka pengamatan dilakukan kepada seluruh responden tiap shift. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah seluruh aktivitas yang dilakukan oleh perawat di Instalasi Rawat Inap bagian interna.

3.4 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Karakteristik responden	Data yang berisi informasi mengenai staf perawat di Instalasi Rawat Jalan RS dr. Soebandi	Data ketenagaan dari keperawatan dan kuesioner.	Telaah dokumen dan kuesioner	Jumlah dan kualifikasi perawat di Instalasi RaJal RS dr. Soebandi	Nominal
2.	Waktu kerja tersedia	Waktu yang tersedia bagi staf perawat untuk bekerja selama satu tahun	Data dari unit personalia	Telaah dokumen	Jumlah waktu yang tersedia bagi staf untuk bekerja dlm satu tahun	Rasio
3.	Kegiatan produktif langsung	<p>Kegiatan produktif perawat sesuai job description yang berhubungan langsung dengan pasien. Yang termasuk kegiatan ini yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Komunikasi dengan pasien/ keluarga <ul style="list-style-type: none"> Memberi orientasi pada pasien tentang perawatan Memberi dukungan emosional Menjelaskan tentang prosedur Penyuluhan kesehatan pada pasien/ keluarga Pemberian obat-obatan baik oral/ injeksi Nutrisi dan eliminasi <ul style="list-style-type: none"> Member makan, baik oral maupun naso-gastric tube Mengantar dan mengambil makan Menolong pasien BAK, BAB, muntah Memberi, mengambil, mengosongkan pispot Hygiene pasien <ul style="list-style-type: none"> Memandikan pasien Mengganti sprej Kebersihan mulut Transportasi pasien Visite dengan dokter atau asistensi tindakan dokter Pemeriksaan pasien, observasi, control Mengumpulkan specimen untuk pemeriksaan lab. Tindakan dan prosedur <ul style="list-style-type: none"> Melakukan kateterisasi Memberikan oksigen 	Formulir pencatatan kegiatan, jam digital	Mengamati dan mencatat hasil pengamatan	Jumlah kegiatan produktif langsung dalam menit	Rasio

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		<ul style="list-style-type: none"> - Memasang, melepas, memperbaiki posisi infuse - Merawat luka - Melakukan persiapan operasi 				
4.	Kegiatan produktif tidak langsung	<p>Kegiatan produktif perawat sesuai job description namun tidak berhubungan langsung dengan pasien. Yang termasuk kegiatan ini yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Administrasi pasien <ul style="list-style-type: none"> - Melengkapi formulir catatan perawat, observasi, dll - Melengkapi formulir diet pasien - Melengkapi formulir infuse harian b. Menyiapkan terapi <ul style="list-style-type: none"> - Menyiapkan resep - Menyiapkan obat c. Kurir <ul style="list-style-type: none"> - Mengirim resep ke apotik dan mengambil obat - Mengirim specimen ke lab dan mengambil hasilnya d. Interaksi profesi e. Melakukan serah terima pada setiap shift 	Formulir pencatatan kegiatan, jam digital	Mengamati dan mencatat hasil pengamatan	Jumlah kegiatan produktif tidak langsung dalam menit	Rasio
5.	Kegiatan non produktif	<p>Kegiatan yang tidak terkait dengan kegiatan perawatan dan tidak bermanfaat bagi unit layanan. Yang termasuk kegiatan ini yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengobrol b. Menganggur c. Baca Koran/ majalah d. Telepon/ sms urusan pribadi e. Bermain game f. Tidur g. Terlambat hadir/ pulang lebih awal h. Meninggalkan tempat kerja tanpa alasan jelas 	Formulir pencatatan kegiatan, jam digital	Mengamati dan mencatat hasil pengamatan	Jumlah kegiatan non produktif dalam menit	Rasio
6.	Kegiatan non fungsional	<p>Kegiatan yang tidak ada hubungannya dengan pelayanan pasien namun tidak dapat dihindari perawat sebagai bagian dari organisasi maupun sebagai seorang manusia.</p>	Formulir pencatatan kegiatan, jam digital	Mengamati dan mencatat hasil pengamatan	Jumlah kegiatan pribadi dalam menit	Rasio

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		Yang termasuk kegiatan ini yaitu : a. Uraian tugas struktural b. Makan c. Sholat d. Hygiene perawat Telepon/ sms dinas				
7.	Jumlah waktu setiap pola kegiatan	Besaran waktu dari masing-masing pola kegiatan staf dalam waktu kerjanya	Formulir pencatatan kegiatan, jam digital	Rekap satuan waktu realisasi hasil pencatatan dan pengamatan pada setiap pola kegiatan	Jumlah waktu setiap pola kegiatan dalam menit	Rasio
8.	Standar beban kerja	Besaran volume/ kuantitas dari suatu kegiatan pokok yang dapat dilaksanakan oleh seorang staf dalam 1 tahun	Data waktu kerja tersedia dan data dari hasil pengamatan langsung (<i>work sampling</i>)	Membagi besaran waktu kerja tersedia dengan rata-rata waktu penyelesaian satu unit kegiatan pokok	Volume/ kuantitas dari suatu kegiatan pokok yang dapat dilaksanakan oleh seorang staf dalam 1 tahun	Rasio
9.	Standar kelonggaran	Besaran waktu yang diperlukan staf untuk melakukan semua jenis kegiatan yang tidak terkait langsung atau mempengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan produksi unit layanan. Terdiri dari standar kelonggaran terkait kegiatan (kegiatan produktif tidak langsung) dan standar kelonggaran individu (kelonggaran karena beban kerja)	Dari hasil pengamatan langsung (<i>work sampling</i>) dan standar ILO	Telaah dokumen	Jumlah waktu yang diperlukan oleh staf untuk melakukan semua jenis kegiatan yang tidak terkait langsung atau mempengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan produksi unit layanan	Rasio
10.	Jumlah kebutuhan tenaga	Banyaknya staf yang dibutuhkan untuk menyelesaikan seluruh beban kerja/ produk layanan dalam satu tahun	Data jumlah beban kerja, hasil perhitungan standar kelonggaran	Membagi beban kerja dengan standar beban kerja setahun, ditambah standar kelonggaran setahun	Jumlah optimal tenaga perawat yang dibutuhkan di Instalasi Rawat Jalan RS dr. Soebandi	Rasio

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah kenyataan yang menggambarkan suatu kejadian-kejadian dan kesatuan nyata (Prabu, 2006). Data dapat digunakan sebagai informasi dalam penelitian. Oleh karena itu, data yang dikumpulkan harus akurat dan terjamin validitasnya. Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi data primer dan data sekunder, yaitu :

a. Data primer

Data primer adalah data yang diambil langsung dari subjek penelitian dengan menggunakan alat pengukuran atau alat pengambil data, langsung pada subjek sebagai sumber informasi yang dicari (Saryono, 2008).

Pengumpulan data dilakukan dengan metode *work sampling*, yaitu pengamatan sesaat dan berkala pada responden dalam melaksanakan aktivitas di bagian interna Instalasi Rawat Inap RSD Dr. Soebandi.

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang dikumpulkan melalui pihak kedua. Biasanya diperoleh melalui badan atau instansi yang bergerak dalam proses pengumpulan data, baik oleh instansi pemerintah maupun swasta (Sedarmayanti, 2002). Dalam penelitian ini, data sekunder diperoleh dari hasil laporan kegiatan pada bagian interna Instalasi Rawat Inap RSD Dr. Soebandi, data ketenagaan, serta profil RSD Dr. Soebandi.

3.6 Teknik Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data merupakan bagian instrumen pengumpulan data yang menentukan berhasil tidaknya suatu penelitian (Bungin, 2009). Secara umum metode pengumpulan data menurut Nazir (2003) dapat dibagi atas beberapa kelompok yaitu metode dengan menggunakan pertanyaan, pengamatan langsung dan metode khusus.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengamatan (observasi). Secara metodologis, penggunaan pengamatan adalah untuk mengoptimalkan kemampuan peneliti dari segi motif, kepercayaan, perhatian, perilaku tak sadar, kebiasaan dan sebagainya. Pengamatan memungkinkan peneliti merasakan apa yang dirasakan dan dihayati oleh subjek penelitian sehingga memungkinkan pula peneliti sebagai sumber data (Moleong, 2009). Bentuk pengamatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi partisipasi pasif, dalam hal ini peneliti datang di tempat kegiatan orang yang diamati tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut (Sugiyono, 2007).

3.6.2 Instrumen pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan sebagai sarana yang dapat diwujudkan dalam benda (Ridwan, 2003). Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

- a. formulir 01 yaitu data karakteristik responden
- b. formulir 02 yaitu lembar pengamatan *work sampling*
- c. jam digital dan *stopwatch*

3.7 Teknik pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan urutan sebagai berikut :

a. Penyuntingan data

Dilakukan setiap selesai dilakukan pengamatan, untuk memeriksa jika ada kesalahan, kekuranglengkapan, dan ketidakkonsistenan data pengamatan.

b. Pengelompokan data

Aktivitas dikelompokkan menjadi aktivitas produktif, aktivitas tidak produktif, dan aktivitas pribadi.

c. Memasukkan data

Seluruh data dari lembar pengamatan dipindahkan ke dalam komputer selanjutnya dilakukan pengolahan.

3.6.2 Analisis data

Menurut Moleong (2009), analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data. Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber yaitu pengamatan peneliti, dokumen resmi, dan lain-lain.

Analisis perhitungan kebutuhan tenaga dilakukan dengan urutan :

a. Menghitung proporsi aktivitas produktif

Aktivitas perawat dari hasil formulir pengamatan dan pencatatan aktivitas dikelompokkan menjadi aktivitas produktif dan aktivitas tidak produktif, aktivitas non fungsional, serta non produktif

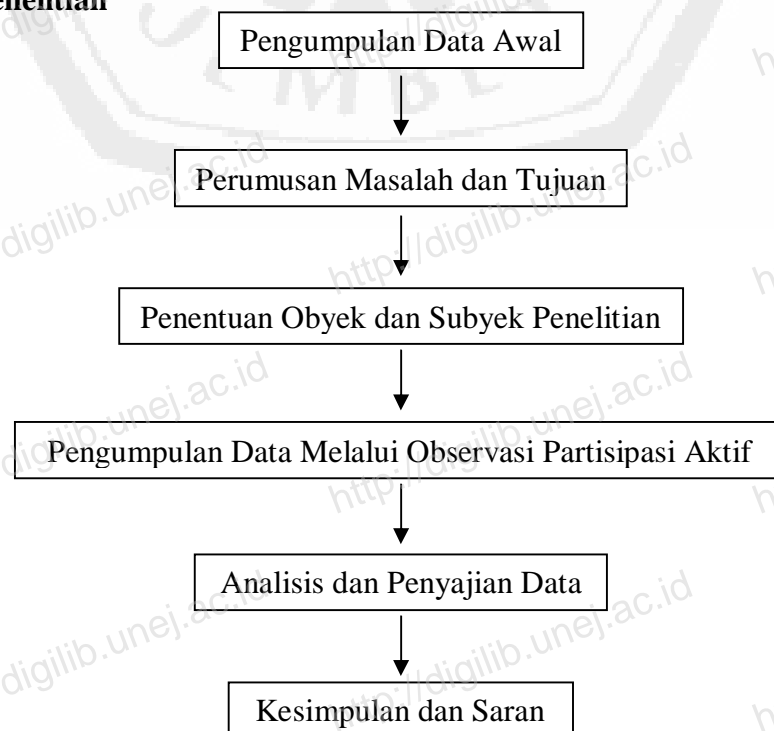
b. Persentase setiap kelompok aktivitas dijadikan dalam bentuk tabel

Dilakukan perhitungan proporsi aktivitas produktif per hari

c. Menghitung jumlah kebutuhan tenaga kerja

Untuk menghitung jumlah kebutuhan tenaga, hasil pengamatan yang dilakukan menggunakan metode *work sampling* dijadikan dasar penghitungan WISN, yaitu prosedur menghitung jumlah kebutuhan SDM berdasarkan indikator beban kerja.

3.7 Alur Penelitian



BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum RSD Dr. Soebandi Jember

4.1.1 Sejarah Berdirinya RSD Dr. Soebandi Jember

RSD Dr. Soebandi didirikan pada tahun 1955 dan yang terletak di jalan Nusa Indah No. 28 Jember dengan nama Rumah Sakit Kabupaten. Dari Rumah Sakit Kabupaten ini kemudian berkembang menjadi RSD Dr. Soebandi Jember dengan tipe kelas “C” dan sudah mulai mempunyai gedung baru yang terletak di Kecamatan Patrang tepatnya di jalan dr. Soebandi Jember.

Pada tanggal 8 Agustus 1986 berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan No. 233 tahun 1983 RSD Dr. Soebandi mengajukan untuk melakukan peningkatan kelas dari C menjadi B serta Rumah Sakit Pusat Rujukan Jawa Timur Bagian Timur.

Berdasarkan KEPMENKES No.782/MENKES/SK/XI/1986 tepatnya pada tanggal 7 November 1986 RSD Dr. Soebandi Jember berhasil mendapat penghargaan berupa “Pataka Nugraha Karya Husada Tk.II dan piala berdasarkan Penampilan terbaik diantara Rumah Sakit Pemerintah kelas C Strata III tahun 1986 dalam segi kemampuan pelayanan kesehatan dan Manajemen.

Dengan meningkatnya jenis – jenis pelayanan, kemampuan SDM, peralatan medis, sarana dan prasarana maka RSD Dr. Soebandi Jember ditetapkan menjadi rumah sakit kelas B non pendidikan pada tanggal 15 Desember 1993 dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1162/MENKES/SK/XII/1993.

Perkembangan selanjutnya yang hingga saat ini yaitu adanya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1097/MENKES/SK/IX/2002 yang turun pada 5 September 2002 tentang peningkatan Rumah Sakit menjadi Kelas B Pendidikan.

4.1.2 Kebijakan Yang Berlaku di RSD Dr. Soebandi Jember

a. Falsafah, Tujuan, Visi, Misi, Motto, Peran/Fungsi

1) Falsafah

- a) Berdasarkan PANCASILA dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia
- b) Mengutamakan Perikemanusiaan, Keadilan, Pemerataan serta meningkatkan kepercayaan akan kemampuan sendiri
- c) Mengutamakan kepentingan masyarakat daripada kepentingan individu/golongan

2) Tujuan

Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan mengutamakan upaya pelayanan kesehatan rumah sakit, serta pendidikan dan penelitian tenaga profesional kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu.

3) Visi

Menjadi Rumah Sakit pendidikan yang bermutu, mandiri dan menjadi pilihan utama masyarakat.

Misi

- a) Menyelenggarakan pelayanan Rumah Sakit yang bermutu, berorientasi pada kepuasan pelanggan dan menjadi pilihan utama masyarakat
- b) Melaksanakan fungsi Rumah Sakit pendidikan yang berbasis pada ilmu dan teknologi kedokteran
- c) Menjalin kemitraan untuk mencapai kemandirian Rumah Sakit
- d) Menjadi Rumah Sakit pusat rujukan wilayah Jawa Timur bagian timur

4) Motto

Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu dan Manusiawi

5) Peran/Fungsi

- a) Pelaksana pelayanan medis, penunjang medis dan non medis
- b) Pelaksana pelayanan dan asuhan keperawatan
- c) Pelaksana pelayanan rujukan

d) Pelaksana pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan

e) Pelaksana penelitian dan pengembangan kesehatan

4.1.3 Ketenagaan Rumah Sakit

Berikut jenis ketenagaan beserta jumlahnya yang terdapat di RSD Dr. Soebandi Jember berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan yaitu yang terdiri dari :

Tabel 4.1 Data Ketenagaan RSD Dr. Soebandi Jember Berdasarkan Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Status Kepegawaian				Jumlah
		PNS	Rlst	Hr	Lain-lain	
A. Tenaga Dokter						
1	Dokter Umum+S2	2				2
2	Dokter Umum	8		3		11
3	Dokter Spesialis	31		4	8	43
4	Dokter Gigi + Spesialist	8				8
B. Tenaga Keperawatan						
1	Sarjana Keperawatan	5		2		7
2	D.3 Keperawatan	115		165		280
3	SPR/SPK	49				49
4	Bidan					
	D.3 Kebidanan	9		14		23
	Bidan / P.2B	10				10
5	Perawat Gigi					
	SPRG	2		2		4
C. Tenaga Kefarmasian						
1	Apoteker Spesialis	1				1
2	Apoteker	2		3		5
3	SMA/SMF	14		6		20
D. Tenaga Gizi						
1	Sarjana Gizi	1				1
2	D.3 Gizi	10				10
3	Pemb. Ahli Gizi (SPAG)	2				2
E. Tenaga Kesehatan Masyarakat						
1	S.1(SKM)	2		3		5
2	D.3 Analis Kesehatan	9		7		16
3	SMAK	1		1		2
4	D.3 Kesh. Lingkungan	5				5
5	SPPH	2				2

No	Jenis Pendidikan	Status Kepegawaian				Jumlah
		PNS	Rlst	Hr	Lain-lain	
F. Tenaga Keterampilan						
1	D.3 Fisioterapi	7				7
2	D.3 Terapi Wicara	3				3
3	D.3 Okupasi Terapi	1				1
G. Tenaga Keteknisan Medis						
1	D.3 Radiologi	6		1		7
2	D.3 Tehnik Elektromedik	4		1		5
3	D.3 Refraksionis Option	2				2
4	D.3 Perekam Medis & INF.KES	3		1		4
5	D.3 Tehniker Gigi	1		1		2
H. Tenaga Non Kesehatan						
1	S.2 Umum	2				2
2	S.1 Umum	25		3		28
3	D.3 Umum	6	1	18		25
4	SMA Sederajat/SLTP	180	3	15	1	199
5	SLTP Sederajat	49	3	1		53
6	SD	39	6	2		47
Jumlah		616	13	253	9	891

Sumber : Data Sekunder Bagian SDM RSD Dr. Soebandi Jember (2010)

4.1.4 Sarana dan Prasarana

a. Fasilitas Medis

RSD Dr. Soebandi memiliki fasilitas pelayanan medis sebagai berikut:

- 1) ICU untuk 4 tempat tidur lengkap dengan monitor ICU dan Ventilator
- 2) Kamar hemodialisa dengan mesin sebanyak 6 buah
- 3) Peralatan radiodiagnostik
- 4) Peralatan elektromedik (EKG dan EEG / Brain Mapping), treadmill
- 5) Peralatan patologi klinik dan rehabilitasi medik
- 6) Peralatan klinik mata (Autovent Keratometer, Non Contact, Tonometer, Operating Microscope)
- 7) Peralatan klinik gigi dengan peralatan yang canggih (Dental Unit)
- 8) Peralatan kulit kelamin

- 9) Peralatan incubator perinatologi (Baby Incubator, Phototherapy, Infant warmer),dll.

b. Fasilitas Non Medis

Fasilitas non medis antara lain :

- 1) SIM-RS dengan server dan beberapa workstation meliputi : modul informasi kesehatan, informasi keuangan, dan farmasi yang terhubung ke unit-unit kerja seperti : pendaftaran, IRD, rekam medis, poli klinik, bangsal rawat inap, farmasi, instalasi penunjang lainnya.
- 2) Mobil ambulance dan mobil jenazah yang terdiri dari 9 unit.
- 3) Laundry dan Dapur, dll.

4.2 Unit Rawat Inap Bagian Interna RSD Dr. Soebandi Jember

4.2.1 Gambaran singkat

Unit rawat inap bagian interna RSD Dr. Soebandi terletak di lantai 1, terletak di tengah2 area rumah sakit. Terdiri dari dua ruangan yaitu ruang anturium (RIP) dan ruang adenium (RIW). Jumlah tenaga perawat yaitu 24 orang dengan 11 orang pada RIP dan 13 orang di RIW.

4.2.2 Data Pelayanan Rawat Inap Bagian Interna

Tabel 4.2 Data Pelayanan Rawat Inap Bagian Interna RSD Dr. Soebandi Tahun 2010

No	Rawat Inap	Tempat Tidur	BOR	LOS	TOI	BTO	Hari Perawatan
1.	RIW	21	64,32	4,79	2,66	49,50	4930
2.	RIP	25	59,93	4,62	3,09	47,36	5469

Sumber : Data sekunder, 2010

Berdasarkan tabel 4.2 diatas, dapat dilakukan pembuatan Grafik Barber Johnson. Angka BOR, LOS, TOI, BTO merupakan empat parameter indikator yang dibutuhkan dalam pembuatan grafik tersebut. Karena terdiri dari dua ruangan, maka diambil nilai rata-rata dari keduanya sehingga didapat angka BOR yaitu 62,1%, angka LOS yaitu 4,71 hari, angka TOI yaitu 2,88 hari, dan angka BTO sebanyak 48,4 kali.

Dari rata-rata tersebut dapat digambarkan Grafik Barber Johnson Ruang Interna RSD

Dr. Soeandi Jember sebagai berikut :

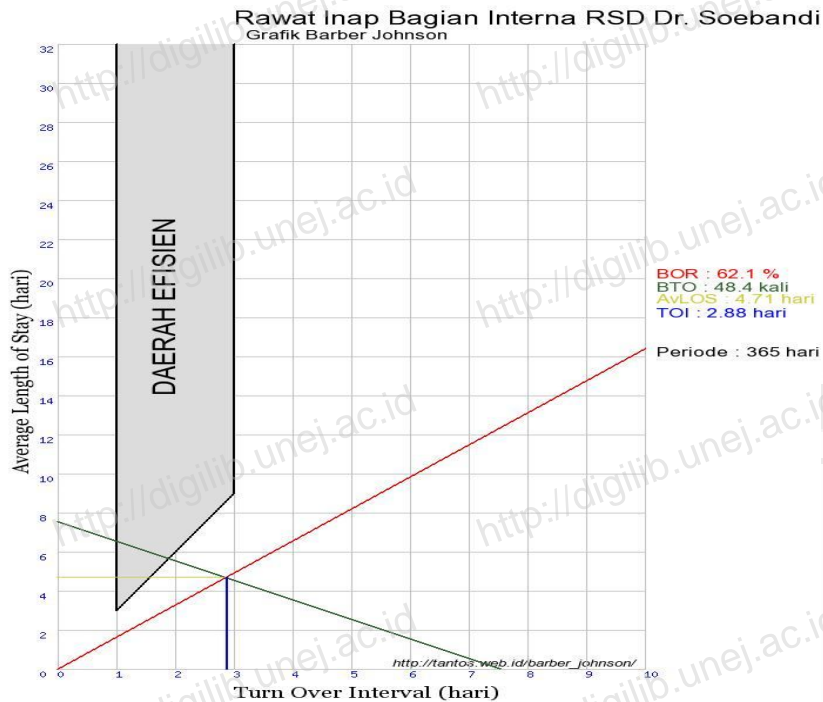


Diagram 4.1 Grafik Barber Johnson Instalasi Rawat Inap Bagian Interna RSD Dr. Soebandi tahun 2010

a. BOR

Bed Occupancy Ratio (BOR) merupakan persentase pemakaian tempat tidur pada periode tertentu. BOR yang ideal adalah 60-85%.

b. AvLos

Average Length Of Stay (AvLos) merupakan rata-rata jumlah hari pasien rawat inap tinggal di rumah sakit. AvLOS yang ideal adalah 3-12 hari.

c. TOI

TOI (Turn Over Interval) merupakan rata-rata hari tempat tidur tersedia pada periode tertentu yang tidak terisi. Idealnya adalah 1-3 hari.

d. BTO

BTO (Bed Turn Over) maksudnya adalah berapa kali satu tempat tidur dipakai oleh pasien pada periode tertentu. Idealnya adalah 40-50 kali.

Diagram 4.1 menggambarkan bahwa titik pertemuan antara empat parameter yaitu BOR, AvLos, TOI, BTO (Titik Barber Johnson) berada di luar daerah efisien. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan tempat tidur pada periode tersebut belum efisien.

4.2.3 Uraian tugas Kepala Ruang, Perawat Primer, Perawat Asosiasi

a. Kepala Ruang

Tugas Pokok:

Melaksanakan dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat yang menjadi tanggung jawabnya.

Uraian tugas :

Melaksanakan fungsi perencanaan meliputi :

- Merencanakan kebutuhan tenaga
- Merencanakan kebutuhan peralatan keperawatan
- Merencanakan dan menentukan jenis kegiatan

Melaksanakan fungsi penggerakan/ pelaksanaan meliputi :

- Mengkoordinasikan seluruh kegiatan pelayanan di ruangan
- Menyusun daftar dinas
- Melaksanakan rapat bulanan/ pertemuan berkala
- Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan bagi stafnya
- Mempertanggungjawabkan pelaksanaan inventarisasi alat
- Mengatur dan mengkoordinasikan peralatan agar siap pakai
- Meneliti pengisian formulir dan status harian pasien
- Memeriksa dan meneliti pengisian daftar permintaan diet
- Mengadakan kerjasama lintas program dan lintas sektor

Melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian, dan penilaian meliputi :

- Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan keperawatan
- Mengawasi dan mengendalikan pendayagunaan peralatan
- Mengevaluasi peningkatan pengetahuan dan keterampilan staf
- Mengawasi pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan kegiatan asuhan

keperawatan

b. Perawat Primer

Tugas pokok :

Melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif

Uraian tugas :

- Menerima pasien baru dan mengkaji kebutuhan pasien secara menyeluruh
- Menentukan tujuan dan rencana keperawatan
- Melaksanakan rencana tindakan bekerja sama dengan perawat pelaksana
- Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan dengan tim kesehatan
- Membagi pasien berdasarkan tingkat ketergantungan pasien kepada perawat pelaksana
- Mendampingi dokter visite untuk order tindakan kolaborasi
- Membuat resume keperawatan dan merencanakan pulang
- Mempersiapkan pasien pulang
- Merencanakan kunjungan rumah
- Membuat laporan

c. Perawat Assosiate

Tugas pokok :

- Melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien

Uraian tugas :

- Memberikan asuhan keperawatan secara langsung berdasarkan proses keperawatan dan order perawat utama.
- Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah disusun perawat utama
- Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan
- Mendokumentasikan semua tindakan yang telah diberikan dan respon pasien
- Melaksanakan program hasil kolaborasi dengan tim medis penuh tanggung jawab
- Memenuhi kebutuhan biopsikososial dan spiritual pasien
- Mempersiapkan pasien baik fisik/ mental untuk menghadapi tindakan keperawatan, pengobatan, tindakan operasi dan pencegahan diagnostik

- Melatih pasien untuk memenuhi kebutuhan sendiri
- Membantu perawat utama, kepala ruang, dalam tata laksana administrasi ruang
- Menyiapkan dan mengatur alat-alat yang ada
- Menciptakan dan memelihara kebersihan, keamanan, dan keindahan ruangan
- Melaksanakan tugas dinas pagi, sore, dan malam secara bergantian
- Melaksanakan tugas dan wewenang perawat utama pada hari libur, sore, dan malam

4.3 Karakteristik Perawat Instalasi Rawat Inap Bagian Interna RSD Dr.

Soebandi Jember

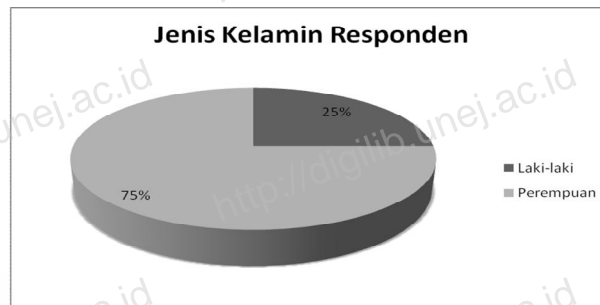
Karakteristik perawat dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan. Berdasarkan data yang diperoleh dari Bagian Keperawatan RSD dr. Soebandi Jember tanggal 3 Februari 2011 serta kuesioner karakteristik responden, tenaga perawat yang terdaftar di instalasi rawat inap bagian interna RSD dr. Soebandi Jember berjumlah 24 orang. Distribusi karakteristik responden tersebut antara lain :

a. Umur responden

Umur responden merupakan karakteristik responden yang membedakan tingkat kedewasaan responden. Dari hasil penelitian terhadap 24 responden dapat disimpulkan bahwa seluruh responden berusia 21-39 tahun. Terdapat batas-batas usia tertentu dimana seseorang berada dalam puncak produktif atau berada dalam penurunan kemampuan melaksanakan pekerjaannya, yang disebabkan oleh karena penurunan fisik/ psikis karena bertambahnya usia. Menurut Simanjuntak (2009), tingkat partisipasi kerja pekerja mula-mula meningkat sesuai dengan bertambahnya umur, tetapi kemudian menurun menjelang usia tua. Disebutkan pula bahwa kelompok umur paling produktif sampai 39 tahun.

b. Jenis kelamin responden

Dari hasil penelitian terhadap 24 responden diperoleh data sebagaimana tersaji dalam diagram berikut :



Sumber : Data Primer Terolah, 2011

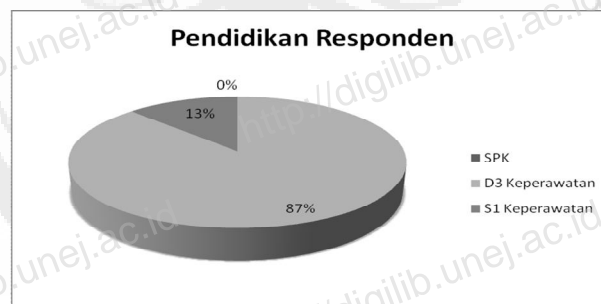
Diagram 4.2 Distribusi Jenis Kelamin Responden

Berdasarkan diagram 4.2 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu 18 orang dengan persentase sebesar 75%.

Dalam menentukan kebutuhan tenaga, harus diperhatikan pula berapa kebutuhan akan tenaga kerja wanita dan pria. Hal ini didasari oleh karena adanya beberapa pekerjaan yang lebih mementingkan tenaga laki-laki, karena ketahanan fisiknya, begitu juga ada pekerjaan yang lebih mementingkan tenaga wanita karena alasan tertentu demi kelancaran pekerjaan tersebut.

c. Pendidikan responden

Dari hasil penelitian terhadap 24 responden diperoleh data sebagaimana tersaji dalam diagram berikut :



Sumber : Data Primer Terolah, 2011

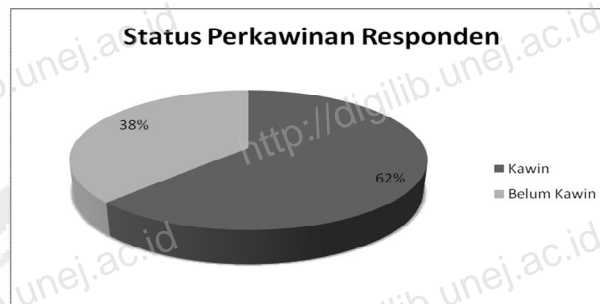
Diagram 4.3 Distribusi Pendidikan Responden

Berdasarkan diagram 4.3 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan D3 Keperawatan yaitu 21 orang dengan persentase sebesar 87%. Tingkat pendidikan seseorang akan membuat pengetahuan seseorang akan suatu

pekerjaan bertambah luas, sehingga ia dapat menyelesaikan pekerjaan tersebut secara cepat dan tepat.

d. Status perkawinan responden

Dari hasil penelitian terhadap 24 responden diperoleh data sebagaimana tersaji dalam diagram berikut :



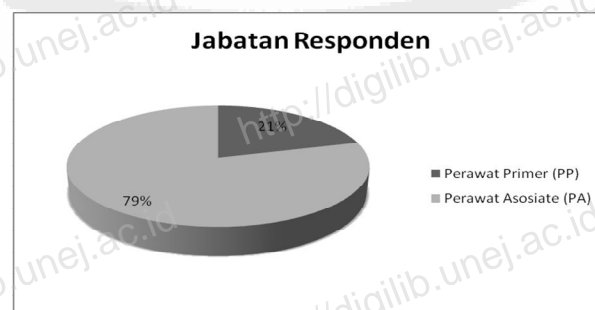
Sumber : Data Primer Terolah, 2011

Diagram 4.4 Distribusi Status Perkawinan Responden

Berdasarkan diagram 4.4 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki status kawin yaitu 15 orang dengan persentase sebesar 62%. Perawat yang belum kawin biasanya tidak terlalu memiliki beban atau tanggung jawab keluarga. Sebaliknya, bagi perawat yang sudah kawin akan mempunyai beban memikirkan keluarganya. Apalagi jika seandainya keluarga yang ditinggal sedang sakit atau memerlukan perhatian khusus.

e. Jabatan responden

Dari hasil penelitian terhadap 24 responden diperoleh data yang tersaji dalam diagram berikut :



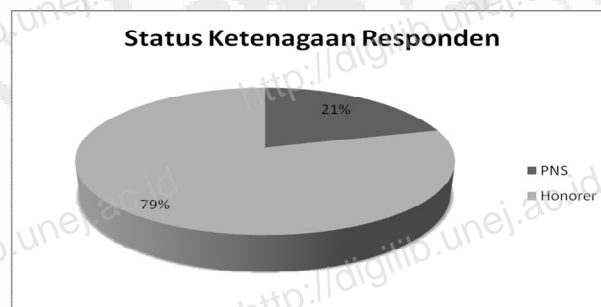
Sumber : Data Primer Terolah, 2011

Diagram 4.5 Distribusi Jabatan Responden

Berdasarkan diagram 4.5 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki jabatan sebagai perawat asosiate (pelaksana) yaitu 19 orang dengan persentase sebesar 79%. Perawat yang memiliki jabatan structural biasanya lebih jarang melakukan kegiatan langsung. Perawat yang memiliki jabatan lebih tinggi lebih banyak melakukan kegiatan non fungsional. Hal ini disebabkan karena kewajiban melaksanakan tugas non fungsional seperti rapat-rapat, kegiatan-kegiatan lain karena jabatan yang diembannya.

f. Status ketenagaan responden

Dari hasil penelitian terhadap 24 responden diperoleh data sebagaimana tersaji dalam diagram berikut :



Sumber : Data Primer Terolah, 2011

Diagram 4.6 Distribusi Status Ketenagaan Responden

Berdasarkan diagram 4.6 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki status ketenagaan honorer yaitu 19 orang dengan persentase sebesar 79%.

4.4 Gambaran Penggunaan Waktu Kerja Perawat

Hasil pengamatan yang akan disajikan adalah hasil pengamatan pada dua ruang rawat inap interna (penyakit dalam) di RSD dr. Soebandi Jember, yaitu :

- a. RIP (Ruang Interna Pria)
- b. RIW (Ruang Interna Wanita)

4.4.1 Jenis Kegiatan Perawat Sehari-hari

Untuk mengetahui gambaran penggunaan waktu kerja perawat, maka terlebih dahulu perlu diketahui aktifitas perawatan sehari-hari yang dilakukan perawat. Dari hasil pengamatan selama 6 hari, pengamat mengelompokkan aktifitas perawatan tersebut menjadi kegiatan produktif langsung, kegiatan produktif tidak langsung, kegiatan non fungsional, dan kegiatan tidak produktif.

1. Kegiatan produktif langsung sebagai berikut :

a. Komunikasi dengan keluarga pasien

- 1) Menjelaskan tentang prosedur-prosedur
- 2) Penyuluhan kesehatan kepada pasien/ keluarga
- 3) Penyuluhan penderita pulang
- 4) Penerangan pada penderita baru

b. Pemberian obat-obatan baik oral maupun injeksi

- 1) Memasukkan obat injeksi ke dalam cairan infus
- 2) Membagikan obat oral kepada pasien

c. Transportasi pasien

- 1) Mengantarkan pasien untuk melakukan pemeriksaan penunjang
- 2) Mengantar pasien pulang sampai ambulans
- 3) Mengirim pasien yang meninggal ke kamar mayat

d. Mengumpulkan *specimen* untuk pemeriksaan laboratorium

- 1) Mengambil darah/ urine untuk pemeriksaan laboratorium

e. Visite dengan dokter

f. Pemeriksaan pasien

- 1) Kepala ruangan, staf visite perawatan mengobservasi pasien

g. Tindakan dan prosedur

- 1) Melakukan kateterisasi, memperbaiki dan mencabutnya
- 2) Memasang, melepas, dan memperbaiki posisi infuse
- 3) Merawat luka
- 4) Melakukan nebulizer

- 5) Menguras lambung (GC)
 - 6) Cek GDA
 - 7) Membantu merubah posisi pasien
 - 8) Memberikan, menambahkan, mengganti oksigen
 - 9) Memasang transfuse
2. Kegiatan produktif tidak langsung sebagai berikut :
- a. Administrasi pasien
 - 1) Mengisi dan melengkapi macam-macam formulir yang berhubungan dengan pasien
 - 2) Mencatat catatan perawat (SOAP), infeksi nosokomial, lembar observasi dll
 - 3) Menyiapkan formulir laboratorium, melampirkan ke status pasien
 - 4) Menulis daftar infus harian
 - 5) Mencatat resep pasien ke buku catatan resep
 - 6) Mencatat daftar diet pasien untuk dipersiapkan makanannya dari dapur RS
 - 7) Mencatat buku laporan (rekapitulasi)
 - b. Menyiapkan terapi
 - 1) Meracik (oplos) obat injeksi
 - 2) Menyiapkan alat
 - c. Interaksi profesi
 - 1) Diskusi dengan dokter visite
 - 2) Diskusi dengan dokter muda
 - d. Pergantian shift
 - 1) Membaca laporan, timbang terima
3. Kegiatan non fungsional sebagai berikut :
- a. Uraian tugas struktural
 - 1) Mengikuti rapat, bertemu pimpinan
 - 2) Menyusun jadwal dinas
 - 3) Mengikuti upacara/ apel pagi
 - 4) Mengetik/ *print* daftar dinas

- 5) Bimbingan perawat praktek dan penelitian mahasiswa
 - b. Makan / minum
 - c. Sholat
 - d. Hygiene perawat
 - 1) Ke kamar mandi
 - 2) Mencuci tangan di *wastafel*
 - e. Telepon/ sms urusan pekerjaan
4. Kegiatan tidak produktif sebagai berikut :
 - 1) Mengobrol
 - 2) Menganggur
 - 3) Baca Koran/ majalah
 - 4) Telepon/ sms urusan pribadi
 - 5) Tidur
 - 6) Bermain game
 - 7) Meninggalkan tempat kerja tanpa alasan yang jelas
 - 8) Belum hadir/ pulang lebih awal

4.4.2 Hasil Observasi Penggunaan Waktu Kerja dengan Metode *Work Sampling*

Teknik *work sampling* bertujuan untuk mengukur beban kerja yang dilakukan oleh seorang tenaga pada suatu unit, bidang ataupun jenis tenaga tertentu (Ilyas, 2004). Pada *work sampling* hal-hal yang diamati adalah :

1. Kegiatan yang dilaksanakan perawat RSD dr. Soebandi selama jam kerja.
2. Pengamatan dilakukan dengan interval waktu 10 menit per pengamatan, dikelompokkan ke dalam penggunaan waktu produktif langsung, produktif tidak langsung, non fungsional, dan tidak produktif.

Dari hasil pengamatan aktivitas perawat di instalasi rawat inap bagian interna RSD dr. Soebandi selama enam hari, didapat data sebagai berikut :

Tabel 4.3 Hasil Observasi Penggunaan Waktu Kerja

No.	Nama Kegiatan	f	%	
			Per keg.	Keseluruhan
1.	Kegiatan produktif langsung			
	Komunikasi dengan keluarga pasien	222	9,818	2,569
	Pemberian obat-obatan baik oral maupun injeksi :			
	Memasukkan obat injeksi ke dalam cairan infus	212	9,376	2,453
	Membagikan obat oral kepada pasien	125	5,528	1,446
	Transportasi pasien	153	6,766	1,770
	Mengumpulkan specimen untuk pemeriksaan lab.	125	5,528	1,446
	Visite dengan dokter	113	4,997	1,307
	Observasi pasien	180	7,961	2,083
	Tindakan dan prosedur :			
	Memasang, melepas, dan memperbaiki posisi infuse	366	16,187	4,236
	Merawat luka	54	2,388	0,625
	Memberikan, menambahkan, mengganti oksigen	220	9,730	2,546
	Menguras lambung (GC)	120	5,307	1,389
	Cek GDA	88	3,892	1,018
	Melakukan <i>nebulizer</i>	69	3,051	0,798
	Memasang transfuse	136	6,015	1,574
	Melakukan kateterisasi, memperbaiki dan mencabutnya	78	3,449	0,902
	TOTAL	2261	100	26,16
2.	Kegiatan produktif tidak langsung			
	Administrasi pasien :			
	Mengisi formulir yang berhubungan dengan pasien	331	10,298	3,831
	Mencatat catatan perawat (SOAP), lembar observasi dll	886	27,566	10,254
	Menyiapkan formulir lab, melampirkan ke status pasien	178	5,538	2,060
	Menulis daftar infus harian	138	4,293	1,597
	Mencatat resep pasien ke buku catatan resep	205	6,378	2,372
	Mencatat buku laporan (rekapitulasi)	292	9,085	3,379
	Mencatat daftar diet pasien	88	2,738	1,018
	Menyiapkan terapi :			
	Meracik (oplos) obat oral & injeksi	380	11,823	4,398
	Menyiapkan alat	245	7,622	2,835

No.	Nama Kegiatan	f	%	
			Per keg.	Keseluruhan
po	Interaksi profesi :			
	Diskusi dengan dokter visite	131	4,075	1,516
	Pergantian shift :			
	Membaca laporan (timbang terima)	340	10,578	3,935
	TOTAL	3214	100	37,19
3.	Kegiatan non fungsional			
	Uraian tugas struktural :			
	Mengikuti rapat, bertemu pimpinan	60	5,291	0,694
	Menyusun jadwal dinas	3	0,264	0,034
	Mengikuti upacara / apel pagi	40	3,527	0,462
	Bimbingan perawat praktek dan penelitian mahasiswa	80	7,054	0,925
	Mengetik/ <i>print</i>	74	6,525	0,856
	Makan/ minum	223	19,664	2,581
	Sholat	303	26,719	3,506
	Hygiene perawat :			
	Ke kamar mandi	162	14,285	1,875
	Mencuci tangan di <i>wastafel</i>	73	6,437	0,844
	Telepon/ sms urusan dinas	116	10,229	1,342
	TOTAL	1134	100	13,12
4.	Kegiatan tidak produktif			
	Mengobrol	256	12,604	2,962
	Menganggur	627	30,871	7,256
	Baca koran/ majalah	143	7,040	1,655
	Telepon/ sms urusan pribadi	72	3,545	0,833
	Tidur	822	40,472	9,513
	Bermain game	9	0,443	0,104
	Terlambat hadir/ pulang lebih awal	57	2,806	0,659
	Meninggalkan tempat kerja tanpa alasan yg jelas	45	2,215	0,520
	TOTAL	2031	100	23,5

f = frekuensi, jumlah kegiatan dalam satuan menit

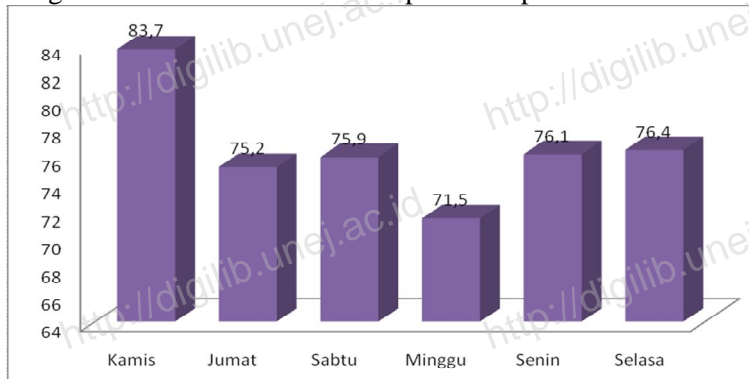
Tabel 4.2 di atas menggambarkan aktivitas dan waktu yang digunakan perawat selama dilakukan pengamatan dengan formulir *work sampling*. Aktivitas yang dilakukan terbagi menjadi empat, yaitu jenis kegiatan produktif langsung, kegiatan produktif tidak langsung, kegiatan non fungsional, kegiatan non produktif. Dari total penggunaan waktu oleh perawat selama dilakukan pengamatan, didapatkan bahwa penggunaan waktu untuk kegiatan produktif langsung sebesar 26,16%, kegiatan produktif tidak langsung 37,19, kegiatan non-fungsional sebesar 13,12%, serta kegiatan tidak produktif sebesar 23,5%. Hal ini menunjukkan bahwa kegiatan yang lebih banyak dilakukan oleh perawat adalah kegiatan keperawatan tidak langsung. Hal ini disebabkan, karena kegiatan keperawatan tidak langsung memang banyak dan harus diselesaikan sesuai dengan prosedur. Menurut Rowland, waktu untuk kegiatan keperawatan tidak langsung adalah 38 menit per pasien per hari.

Jika dilihat dari penggunaan waktu tidak produktif sebesar 23,5% dari keseluruhan kegiatan perawat. Maka dapat dikatakan bahwa waktu kegiatan produktif perawat mencapai 76,5% (Waktu Produktif Langsung+Produktif Langsung+Non Fungsional).

Menurut International Labour Organization (ILO) faktor minimal kelonggaran tenaga kerja yang mencakup keletihan dan kejenuhan, untuk pria mencapai 9% dan wanita 11%, tenaga kerja dianggap produktif bila mampu menyelesaikan 80% dari beban tugasnya. Menurut Ilyas (2004) menyatakan waktu kerja yang produktif berkisar 80% dan jika pekerja sudah bekerja diatas 80% waktu produktifnya, perlu dipertimbangkan dan memperhatikan bahwa unit tersebut benar-benar membutuhkan tenaga baru. Berdasarkan teori Ilyas, maka pada perawat interna RSD Dr. Soebandi, angka 76,5% berarti tidak perlu diadakan penambahan tenaga. Namun mengingat singkatnya waktu penelitian, sehingga sebaran kunjungan pasien kurang merata. Mungkin saja ketika dilakukan penelitian, jumlah kunjungan pasien relatif rendah, sehingga perawat memiliki banyak waktu luang untuk beristirahat. Berdasarkan hari pengamatan, dapat dilihat perbedaan persentase kegiatan produktif per hari perawat.

Hal ini dapat dilihat pada diagram di bawah ini :

Diagram 4.7 Persentase aktivitas produktif perawat berdasarkan hari pengamatan



Satuan dalam persentase kegiatan (%)

a. Hasil pengamatan produktivitas pada hari kamis

Pada hari kamis didapati penggunaan waktu yang produktif bagi perawat adalah sebesar 83%. Ini merupakan angka tertinggi dibandingkan hari lainnya. Hal ini dapat terjadi karena pada hari kamis, jumlah pasien cukup banyak dengan ketergantungan cukup tinggi sehingga menyebabkan jumlah tindakan keperawatan semakin meningkat. Selain itu, pada hari tersebut terdapat perawat yang ijin karena sakit sehingga jumlah perawat yang bekerja lebih sedikit dari biasanya. Hal ini berdampak pada semakin lamanya waktu yang digunakan perawat untuk melakukan tindakan perawatan.

b. Hasil pengamatan produktivitas pada hari jumat

Pada hari jumat didapati penggunaan waktu yang produktif bagi perawat adalah sebesar 75,2%.

c. Hasil pengamatan produktivitas pada hari sabtu

Pada hari sabtu didapati penggunaan waktu yang produktif bagi perawat adalah sebesar 75,9%.

d. Hasil pengamatan produktivitas pada hari minggu

Pada hari minggu didapati penggunaan waktu yang produktif bagi perawat adalah sebesar 71,5%. Ini merupakan angka terendah dibandingkan hari lainnya. Hal ini dapat terjadi karena pada hari minggu ada beberapa kegiatan di hari-hari efektif yang

tidak dilakukan. Contohnya adalah tidak dilakukan visite oleh dokter, selain itu loket pembayaran untuk administrasi pasien juga tutup.

e. Hasil pengamatan produktivitas pada hari senin

Pada hari senin didapati penggunaan waktu yang produktif bagi perawat adalah sebesar 76,1%.

f. Hasil pengamatan produktivitas pada hari selasa

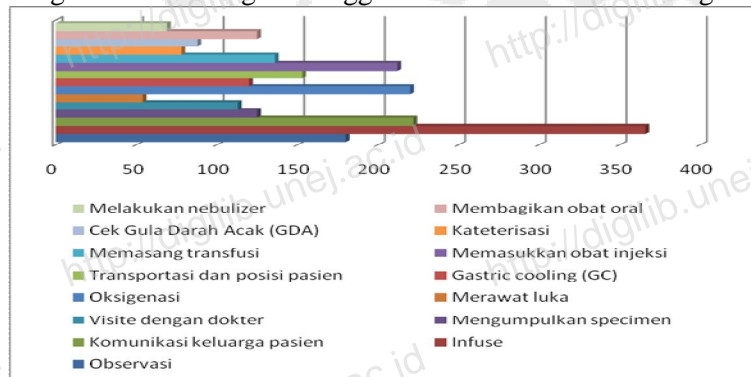
Pada hari selasa didapati penggunaan waktu yang produktif bagi perawat adalah sebesar 76,4%. Hari selasa bertepatan dengan hari libur nasional. Namun jika dibandingkan dengan hari minggu, angka tersebut tidak terlalu rendah. Hal ini dapat terjadi karena pada hari selasa, seluruh tempat tidur penuh terisi oleh pasien sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan semakin banyak.

Pembagian penggunaan waktu akan dijelaskan berdasarkan grafik di bawah ini.

a. Penggunaan waktu produktif langsung

Penggunaan waktu produktif langsung perawat mencapai 26,16% atau sebanyak 2261 menit. Jika dirata-rata, maka setiap harinya waktu kerja yang digunakan untuk melakukan kegiatan produktif langsung adalah selama 376,83 menit atau selama 6,28 jam. Pembagian penggunaan waktu akan dijelaskan berdasarkan diagram 4.8 di bawah ini :

Diagram 4.8 Pembagian Penggunaan Waktu Produktif Langsung



Sumber : Data Primer Terolah, 2011

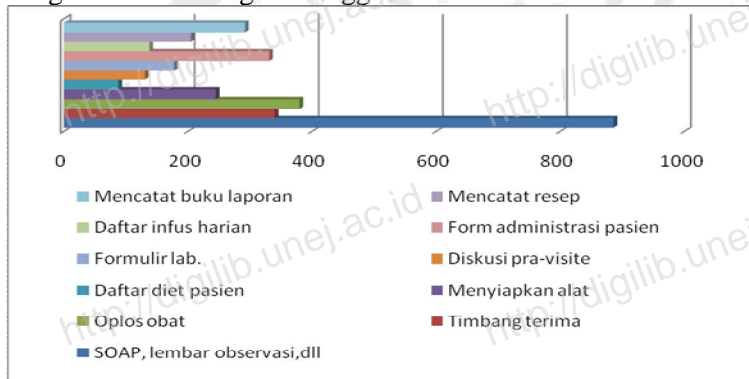
Dari diagram 4.8 terlihat bahwa tiga kegiatan dengan persentase terbanyak untuk penggunaan waktu produktif langsung yaitu memasang, melepas, dan

memperbaiki posisi infuse sebesar 16,187%. Sebanyak 9,818% digunakan untuk komunikasi dengan keluarga pasien. Sedangkan 9,730% digunakan untuk memberikan, menambahkan, mengganti oksigen.

b. Penggunaan waktu produktif tidak langsung

Penggunaan waktu produktif tidak langsung perawat mencapai 37,19% atau sebanyak 3214 menit. Jika dirata-rata, maka setiap harinya waktu kerja yang digunakan untuk melakukan kegiatan produktif langsung adalah selama 535,67 menit atau selama 8,92 jam. Pembagian penggunaan waktu akan dijelaskan berdasarkan diagram 4.9 di bawah ini :

Diagram 4.9 Pembagian Penggunaan Waktu Produktif Tidak Langsung



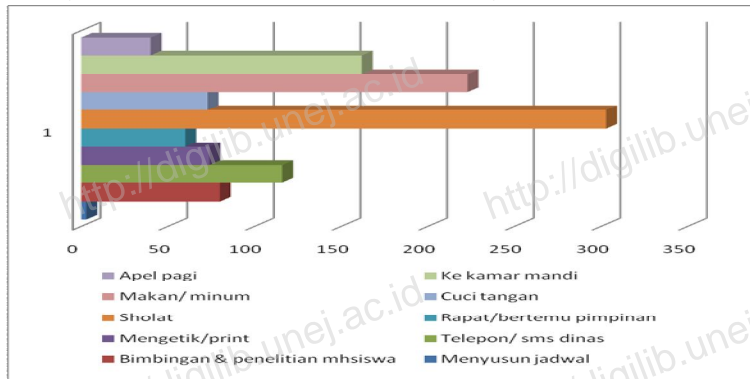
Sumber : Data Primer Terolah, 2011

Dari diagram 4.9 terlihat bahwa tiga kegiatan dengan persentasi terbanyak untuk penggunaan waktu produktif tidak langsung yaitu mencatat catatan perawat (SOAP), lembar observasi dll sebesar 27,566%. Sebanyak 11,823% digunakan untuk meracik (oplos) obat oral & injeksi. Sebanyak 10,578% digunakan untuk membaca laporan (timbang terima).

c. Penggunaan waktu untuk kegiatan non-fungsional

Penggunaan waktu untuk kegiatan non-fungsional perawat mencapai 13,12% atau sebanyak 1134 menit. Jika dirata-rata, maka setiap harinya waktu kerja yang digunakan untuk melakukan kegiatan non-fungsional adalah selama 189 menit atau selama 3,15 jam. Pembagiannya dijelaskan berdasarkan diagram 4.10 di bawah ini :

Diagram 4.10 Pembagian Penggunaan Waktu Kegiatan Non-Fungsional



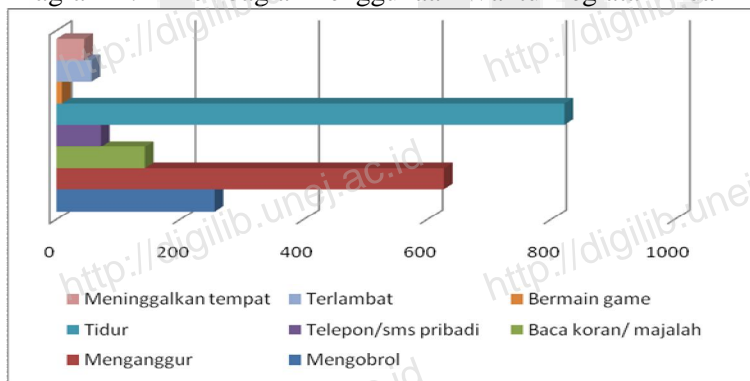
Sumber : Data Primer Terolah, 2011

Dari diagram 4.10 terlihat bahwa tiga kegiatan dengan persentase terbanyak untuk penggunaan waktu kegiatan fungsional yaitu sholat sebesar 26,719%. Sebanyak 19,664% digunakan untuk makan/ minum. Sebanyak 14,285% digunakan untuk ke kamar mandi.

d. Penggunaan waktu untuk kegiatan tidak produktif

Penggunaan waktu untuk kegiatan tidak produktif perawat mencapai 23,5% atau sebanyak 2031 menit. Jika dirata-rata, maka setiap harinya waktu kerja yang digunakan untuk melakukan kegiatan tidak produktif adalah selama 338,5 menit atau selama 5,64 jam. Pembagian penggunaan waktu akan dijelaskan berdasarkan diagram 4.11 di bawah ini :

Diagram 4.11 Pembagian Penggunaan Waktu Kegiatan Tidak Produktif



Sumber : Data Primer Terolah, 2011

Dari diagram 4.11 terlihat bahwa tiga kegiatan dengan persentasi terbanyak untuk penggunaan waktu kegiatan tidak produktif yaitu tidur sebesar 40,472%. Sebanyak 30,871% menganggur. Sebanyak 12,604% digunakan untuk mengobrol.

Pengamatan pola kegiatan menggunakan metode *work sampling* sebenarnya memiliki sedikit kekurangan. Diantaranya adalah karena sampel hasil pengamatan diambil secara acak atau random, sehingga bisa saja hasil kesimpulan akhir belum tentu sesuai dengan keadaan sebenarnya di lapangan. Untuk mengatasi kekurangan ini, peneliti melakukan sedikit modifikasi terhadap metode *work sampling* dengan menambahkan catatan lama waktu kegiatan responden. Karena *work sampling* tidak melihat kinerja individu (siapa yang melakukan kegiatan), maka kualitas kerja dari masing-masing staf yang diamati tidak terukur. Penelitian ini hanya menitikberatkan pada seberapa besar penggunaan waktu produktif perawat, dan akhirnya menghitung berapa jumlah optimal kebutuhan tenaga di unit ini.

4.5 Penghitungan Kebutuhan SDM Berdasarkan Metode WISN (Work Load Indikator Staff Need)

Untuk menghitung jumlah perawat yang dibutuhkan di Instalasi Rawat Inap bagian interna berdasarkan metode WISN, diperlukan 5 langkah, yaitu :

1. Menetapkan waktu kerja tersedia

Waktu kerja tersedia adalah waktu kerja yang seharusnya dipenuhi oleh perawat untuk menjalankan kegiatan pokoknya. Menetapkan waktu kerja tersedia tujuannya adalah diperolehnya waktu kerja tersedia perawat yang bekerja selama kurun waktu satu tahun. Rumus untuk menghitung waktu kerja tersedia yaitu :

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

Dimana :

A = Hari kerja, jumlah hari kerja dalam satu tahun

Karena pelayanan keperawatan berlangsung selama 24 jam, maka hari kerja dihitung 7 hari. Dalam satu tahun 7 hari dikalikan dengan jumlah minggu pada tahun 2010. (7 hari x 52 minggu). (A)

- B = Cuti tahunan, sesuai ketentuan setiap SDM memiliki hak cuti 12 hari kerja setiap tahun. (B)
- C = Pendidikan dan pelatihan, waktu yang disediakan untuk program diklat per tahun. Jumlah pendidikan dan pelatihan yang diikuti oleh perawat interna dalam setahun adalah 48 hari. Jika dirata-rata dengan keseluruhan jumlah perawat maka $48 : 24 = 2$ hari.
- D = Hari libur nasional, jumlah hari libur nasional & cuti bersama dalam satu tahun. Karena yang berlaku adalah sistim shift, maka hari libur tetap masuk kerja. (D)
- E = Ketidakhadiran kerja, sesuai rata-rata ketidakhadiran kerja dalam satu tahun karena alasan sakit, tidak masuk dengan atau tanpa pemberitahuan/ ijin. Berdasarkan daftar dinas selama tahun 2010, jumlah rata-rata ketidakhadiran kerja perawat interna dalam setahun adalah 21 hari. (E)
- F = Waktu kerja, jumlah jam kerja per hari. Karena sistim shift, maka penghitungan waktu kerja berdasarkan rata-rata jam kerja perawat baik shift pagi, sore, maupun malam selama setahun. Rata-rata waktu kerja perawat bagian interna adalah 5,6 jam/ hari.

Penghitungan waktu kerja tersedia dapat dilihat pada table di bawah ini :

Tabel 4.4 Waktu Kerja Tersedia Perawat

Kode	Faktor	Kategori SDM	Keterangan
		Perawat	
A	Hari kerja	364	Hari/ tahun
B	Cuti tahunan	12	Hari/ tahun
C	Pendidikan dan pelatihan	2	Hari/ tahun
D	Hari libur nasional	-	
E	Rata-rata ketidakhadiran kerja	21	Hari/ tahun
F	Waktu kerja	5,6	Jam/ hari
	Hari kerja tersedia	329	Hari kerja/ tahun
	Waktu kerja tersedia	1842	Jam/ tahun
		110.520	Menit/ tahun

Sumber: Data sekunder, 2010

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa waktu kerja tersedia bagi perawat di Instalasi Rawat Inap bagian interna sebesar 1842 jam/ tahun.

2. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM yang diteliti

Tabel 4.5 Unit kerja, sub unit kerja dan kategori tenaga

No.	Unit kerja	Sub Unit Kerja	Kategori Tenaga
1.	Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi	Bagian Interna RSD dr. Soebandi	Perawat

Sumber: Data sekunder, 2010

3. Menyusun standar beban kerja

Standar beban kerja adalah besaran/ kuantitas beban kerja selama 1 (satu) tahun per tenaga. Untuk menghitung standar beban kerja tersebut, diperlukan data rata-rata waktu penyelesaian per satu unit kegiatan pokok.

Standar Beban Kerja = $\frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Rata-rata waktu produksi per satuan kegiatan pokok}}$

Rata-rata waktu produksi per satuan kegiatan pokok

Untuk mendapatkan besaran rata-rata waktu penyelesaian satu unit kegiatan pokok, caranya adalah dengan membagi besaran jumlah waktu yang dipergunakan untuk menyelesaikan kegiatan pokok tersebut dalam satu hari kerja dengan rata-rata jumlah unit kegiatan yang dapat diselesaikan dalam satu hari kerja dalam satuan menit.

Tabel 4.6 Penghitungan Standar Beban Kerja

No.	Nama Kegiatan	Rata - Rata Waktu	Standar Beban Kerja
	Komunikasi dengan keluarga pasien	8 menit	13815
	Memasukkan obat injeksi ke dalam cairan infus	1 menit	110520
	Membagikan obat oral kepada pasien	5 menit	22104
	Transportasi pasien	7 menit	15789
	Mengumpulkan specimen untuk pemeriksaan lab.	2 menit	55260
	Visite dengan dokter	15 menit	7368
	Observasi pasien	7 menit	15789
	Memasang, melepas, dan memperbaiki infuse	10 menit	11052
	Merawat luka	6 menit	18420
	Memberi, menambahkan, mengganti oksigen	10 menit	11052
	Menguras lambung (GC)	3 menit	36840
	Cek GDA	1 menit	110520
	Melakukan <i>nebulizer</i>	10 menit	11052
	Memasang transfusi	1 menit	110520
	Melakukan kateterisasi, memperbaiki dan mencabutnya	7 menit	15789

Sumber: Data sekunder, 2010

4. Menyusun waktu kelonggaran

$$\text{Waktu Kelonggaran} = \frac{\text{Rata-rata waktu per faktor kelonggaran}}{\text{Waktu kerja Tersedia}}$$

Waktu kelonggaran merupakan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan lain yang tidak berhubungan langsung tetapi tetap bermanfaat bagi personil yang ada. Menurut Shipp (1998), standar kelonggaran ini dibagi menjadi 2 kategori yaitu standar kelonggaran terkait kegiatan dan standar kelonggaran individu. Berdasarkan data tersebut di atas, maka dapat diperoleh jumlah standar waktu kelonggaran bagi perawat pada bagian interna RSD. Dr. Soebandi adalah :

Tabel 4.7 Penghitungan Waktu Kelonggaran Perawat

No.	Faktor kelonggaran	Rata-rata waktu	Jumlah	Standar Kelonggaran
Standar Kelonggaran Kategori (terkait kegiatan produktif tidak langsung)				
1.	Rapat ruangan (akhir bulan)	2 jam/ bulan	24 jam/ tahun	0,01
2.	Diskusi kasus bulanan	1 jam/ bulan	12 jam/ tahun	0,0065
3.	Supervisi PP	4 jam/ tahun	4 jam/ tahun	0,0021
4.	Supervisi PA	2 jam/ bulan	24 jam/ tahun	0,01
5.	Administrasi, karena total keseluruhan pencatatan dan pelaporan dalam sehari sebesar 24% dari waktu kerja.			1,3
Standar Kelonggaran Individu				
1.	Pendidikan dan pelatihan	1 jam/ minggu	52 jam/ tahun	0,03
2.	Cuti hamil	21 hari/ tahun	504 jam/ tahun	0,27
TOTAL Faktor Kelonggaran				1,62

Sumber: Data sekunder, 2010

5. Kuantitas Kegiatan Pokok

Kuantitas kegiatan pokok disusun berdasarkan berbagai data kegiatan perawatan yang telah dilaksanakan di tiap unit kerja RSD Dr. Soebandi selama kurun waktu satu tahun. Kuantitas pelayanan keperawatan selama tahun 2010 di Instalasi Rawat Inap Bagian Interna yaitu :

Tabel 4.8 Penghitungan Kuantitas Kegiatan Pokok

No.	Unit kerja	Kegiatan Pokok	Kuantitas (1 tahun)
1.	Ruang Interna Pria	Pelayanan keperawatan	1071
2.	Ruang Interna Wanita	Pelayanan keperawatan	1030
TOTAL			2101

Sumber: Data sekunder, 2010

6. Penghitungan Kebutuhan Tenaga

Rumus : Kebutuhan SDM = $\frac{\text{Kuantitas Kegiatan Pokok}}{\text{Standar Beban Kerja}} + \text{Standar Kelonggaran}$

Dengan kuantitas kegiatan pokok sebesar 2101 pasien setahun, berikut Penghitungan Kebutuhan Perawat Rawat Inap Bagian Interna RSD Dr. Soebandi Jember

Tabel 4.9 Penghitungan Kebutuhan Tenaga

No.	Nama Kegiatan	SBK	KS
	Komunikasi dengan keluarga pasien	13815	1,77
	Memasukkan obat injeksi ke dalam cairan infus	110520	1,64
	Membagikan obat oral kepada pasien	22104	1,72
	Transportasi pasien	15789	1,75
	Mengumpulkan specimen untuk pemeriksaan lab.	55260	1,65
	Visite dengan dokter	7368	1,91
	Observasi pasien	15789	1,75
	Memasang, melepas, dan memperbaiki posisi infuse	11052	1,82
	Merawat luka	18420	0,73
	Memberikan, menambahkan, mengganti oksigen	11052	1,82
	Menguras lambung (GC)	36840	1,68
	Cek GDA	110520	1,64
	Melakukan <i>nebulizer</i>	11052	1,82
	Memasang transfusi	110520	1,64
	Melakukan kateterisasi, memperbaiki dan mencabutnya	15789	1,75
	TOTAL Kebutuhan SDM		25,09
	Pembulatan		25

Ket : SBK = Standar Beban Kerja
KS = Kebutuhan Sumber Daya Manusia

Dari tabel 4.7 di atas, berdasarkan penghitungan kebutuhan tenaga dengan menggunakan WISN didapatkan total kebutuhan tenaga perawat di Instalasi Rawat Inap bagian Interna berjumlah 25 orang.

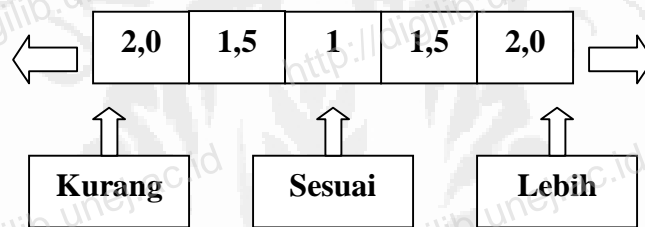
4.6 Analisis Kesenjangan Tenaga Perawat

Kesenjangan antara kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan WISN dengan jumlah tenaga perawat yang tersedia saat ini.

Tabel 4.10 Kesenjangan Tenaga Yang Ada dengan Kebutuhan Berdasarkan WISN

Tenaga yang ada (a)	Kebutuhan tenaga (calculation) (b)	Kurang/ Lebih (a-b)	Keadaan masalah tenaga
24	25	- 1	Kekurangan Staf

WISN RATIO



Ketika WISN Rasio menunjukkan angka $- 1$, meskipun terdapat perbedaan antara tenaga yang ada dengan kebutuhan berdasarkan perhitungan sebanyak 1 orang tenaga namun masih dapat dikatakan sesuai. Sehingga tidak perlu dilakukan penambahan tenaga perawat. Hal ini juga didukung dengan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur pada Diagram Barber Johnson yang menunjukkan bahwa penggunaan tempat tidur pada periode tersebut belum efisien. Yang perlu dilakukan adalah mengoptimalkan kinerja staf perawat yang tersedia di masing-masing unit.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil pembahasan yang telah penulis uraikan pada Bab 4 maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat 24 orang tenaga kerja di RSD Dr. Soebandi Jember dengan karakteristik usia, keseluruhan responden berusia antara 21-39 tahun. Jenis kelamin responden yaitu 75% perempuan, Berdasarkan pendidikan keperawatan responden, sebanyak 87% D3 Keperawatan dan 13% S1 Keperawatan. Berdasarkan Status perkawinan responden, 62% perawat memiliki status kawin. Berdasarkan Jabatan, 79% responden memiliki jabatan sebagai perawat associate (pelaksana). Berdasarkan status ketenagaan responden, sebanyak 79% responden berstatus sebagai honorer.
2. Waktu produktif dari seluruh jumlah waktu kerja tersedia yaitu 76,5%. Dengan rincian kegiatan produktif langsung sebesar 26,16%, kegiatan produktif tidak langsung sebesar 37,19%, dan kegiatan non-fungsional sebesar 13,12%..
3. Jumlah tenaga kerja di instalasi rawat inap bagian interna RSD Dr. Soebandi Jember berdasarkan metode WISN adalah 25 orang tenaga perawat.
4. Kesenjangan antara jumlah perawat yang tersedia dengan metode penghitungan menggunakan WISN adalah 1 orang. Selain itu, juga didapat gambaran dari Diagram Barber Johnson yang menunjukkan bahwa titik pertemuan antara empat parameter yaitu BOR, AvLos, TOI, BTO (Titik Barber Johnson) berada di luar daerah efisien.

B. Saran

Berdasarkan penelitian mengenai kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja dan permasalahan yang ditemui di lapangan dapat diberikan beberapa saran untuk :

1. Bagi Tim Perencanaan RSD Dr. Soebandi Jember :

- a. Karena jumlah tenaga perawat berdasarkan perhitungan WISN masih dapat dikatakan sesuai, maka tidak perlu dilakukan penambahan jumlah staf. Hal ini juga didukung dengan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur pada Diagram Barber Johnson yang menunjukkan bahwa penggunaan tempat tidur pada periode tersebut belum efisien. Yang perlu dilakukan adalah mengoptimalkan kinerja staf perawat yang tersedia di masing-masing unit.
- b. Hendaknya pihak RSD Dr. Soebandi Jember lebih sering lagi melakukan riset tentang standar waktu pelayanan sebagai acuan yang dapat digunakan oleh pihak intern rumah sakit.
- c. Dalam melaksanakan penghitungan menggunakan WISN sangat bergantung pada kelengkapan data, selain observasi secara langsung atau *work sampling*. Untuk itu, rekomendasi yang dapat diberikan adalah memperbaiki sistem pelaporan agar memudahkan pengambilan maupun analisis data. Selain itu, agar diperoleh hasil WISN yang akurat maka perlu dilakukan pengulangan atau perbaikan dalam melakukan penghitungan.

2. Bagi Peneliti Lain

- a. Hendaknya melakukan penelitian lain yang sejenis namun pada unit yang berbeda.
- b. Agar sebaran data lebih mewakili keadaan sebenarnya, maka perlu dilakukan penelitian dengan waktu pengamatan yang lebih lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesoemo, Suparto. 2003. *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- Aziz, Alimul. 2004. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Barnes, R.M. 1980. *Motion and Time Study Design and Measurement of Work*. John Wiley & Sons, Inc.
- Bungin, 2009. *Penelitian Kualitatif*. Jakarta : Kencana Prenada Media Group.
- Depkes RI. 2004. Keputusan Menteri Kesehatan No. 81 tahun 2004 Tentang *Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Propinsi, Kabupaten/ Kota serta Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Depkes RI. 2004. Keputusan Menteri Kesehatan No. 128 tahun 2004 Tentang *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Depkes RI, 2009. *Perlengkapan Untuk Pengembangan Indikator Beban Kerja Petugas (WISN) Untuk Memperbaiki Perencanaan Dan Manajemen Tenaga Kerja Kesehatan Dalam Sistem Kesehatan Yang Di Desentralisasi* . Jakarta: Departemen Kesehatan [serial online] http://www.epos.de/uploads/media/WISN_TOOLKIT_Indonesia.pdf [10 Maret 2010]
- Filippo, Edwin. 1998. Terjemahan Moh. Masud. *Manajemen Personalia*. Edisi 6. Surabaya: Erlangga
- Gillies. 1996. *Nursing Management. A System, Approach*. Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Hasibuan, H.M. 2007. *Manajemen Sumber Daya Manusia* . Edisi Revisi. Yogyakarta: Bumi Aksara
- Husain, Ihsan. 2005. *Kualitas dan Kuantitas Tenaga Kesehatan Puskesmas Studi Distribusi Desa-Kota dan Regional Analisis Data SAKERTI 2000*. Yogyakarta: Gama Press [serial online] http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/_working/No.18_Ihsan_husain_07_06.pdf/ [10 Maret 2010]

- International Labour Office, 1983. *Penelitian Kerja dan Pengukuran Kerja Seri Manajemen No. 15c*. Jakarta : Erlangga
- Ilyas, Yaslis. 2002. *Kinerja Teori, Penilaian dan Penelitian*. Depok : Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Ilyas, Yaslis. 2003. *Kiat Sukses Manajemen Tim Kerja*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Ilyas, Yaslis. 2004. *Perencanaan SDM Rumah Sakit*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Mangkunegara, Anwar Prabu. 2003. *Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Bandung: Refika Aditama.
- Moleong, L. J. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya
- Nawawi, Hadari. 1996. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta.: Gajah Mada University Press.
- Nazir, Mohammad. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia
- Notoatmodjo, 2003. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta :Rineka Cipta.
- Ridwan. 2003. *Dasar-dasar Statistik*. Bandung: Alfabeta
- Setyowati, 1996. *Manajemen Sumber Daya Manusia Dalam Keperawatan*. Jakarta : IRSJAM XLI
- Shipp, P.J. 1998. *Workload Indicators of Staffing Need (WISN) : Manual for Implementation*. Boston, USA: Initiatives Inc.
- Suharyono, 2006. *Analisis Jumlah Kebutuhan Tenaga Pekarya dengan Work Sampling di Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan
- Triton P.B. 2005. *Paradigma Baru Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Tugu .

Formulir 01 (Karakteristik Responden)

Kode Responden **) :

Ruang Rawat Inap Interna *) : Pria/ Wanita

Nama :

Alamat :

Jenis Kelamin *) : Pria/ Wanita

Tanggal Lahir (Umur) :

Status Perkawinan *) : Kawin/ Belum Kawin

Pangkat/ Golongan :

Jabatan saat ini *) : Kepala Ruangan/ Wakil/ Pelaksana

Bulan dan tahun pertama kali bekerja
Di RSD Subandi :

Status Ketenagaan *) : PNS/ Honorer

Pendidikan Terakhir *) : SPK/ Akper/ S-1

Pendidikan Tambahan *) : Belum Pernah/ Pernah (termasuk
kursus, pelatihan, dan sejenisnya yang
berhubungan dengan keperawatan)

Keterangan :

**) hanya diisi oleh pengamat

*) coret yang tidak perlu

**LAMPIRAN
DOKUMENTASI PENELITIAN :**



Halaman Ruang Interna



Ruang Interna Pria Tampak Depan



Ruang Perawatan Pasien



Ruangan Intermediet



Ruangan Karu (Kepala Ruang)



Ruang Diskusi Perawat



Kegiatan administrasi perawat



Perawat mengisi formulir penelitian



Kegiatan perawat (menerima telepon)



Bagan model penugasan MPKP Primary Team Ruang Interna

