

MONOGRAF

MONOGRAF

BEBAN KERJA PERAWAT
DI
RUMAH SAKIT

BEBAN KERJA PERAWAT
DI
RUMAH SAKIT

BEBAN KERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT

Dr. dr. Ali Napiah Nasution, MKT., MKM



Penulis
Dr. dr. Ali Napiah Nasution, MKT., MKM

Editor
Dr. dr. Sri Wahyuni Nasution., MKT., MKM
dr. Sri Lestari Ramadhani Nasution, MKM., M.Biomed



**BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN METODE WORKLOAD
INDICATOR OF STAFFING NEED**

Penulis

Dr.dr. Ali Napiah Nasution.,MKT.,MKM

Editor

- 1. Dr.dr. Sri Wahyuni Nasution.,MKT.,MKM**
- 2. dr. Sri Lestari Ramadhani Nasution.,MKM.,M.Biomed**

ISBN

ISBN : 978-623-7911-08-11

Desain Cover

dr. Syahrul Ramadan Rambe

Penerbit

Unpri Press

Universitas Prima Indonesia

Redaksi

Jl. Belanga No.1 Simp.Ayahanda,Medan

Cetakan Pertama

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang

**Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa
ijin dari penerbit**

Kata Pengantar

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala karunia dan rahmat yang telah diberikan, sehingga penulisan buku monograf ini dapat diselesaikan.

Buku monografi ini dengan judul *Beban Kerja Perawat Dengan Metode Workload Indicator Of Staffing Need*.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan buku monograf ini, oleh karenanya kritik, saran dan masukan untuk penyempurnaan buku sangat penulis harapkan.

Penulis mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada semua yang memberi dukungan, motivasi, dorongan dan semangat untuk dapat terbitnya buku monograf ini semoga Tuhan YME membalas dengan balasan yang lebih baik.

Medan, Februari 2021

Penulis

Dr.dr. Ali Napiah Nasution.,MKT.,MKM

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	3
Daftar Isi	4
Daftar Gambar	6
Daftar Tabel.....	7
BAB I.....	i
Rumah Sakit.....	9
A. Rumah Sakit.....	9
B. Tugas Dan Fungsi Rumah Sakit	9
C. Klasifikasi Rumah Sakit	9
D. Bangunan Rumah sakit	18
E. Organisasi Rumah Sakit.....	30
F. Sistem Informasi Rumah Sakit	32
BAB II	34
PERAWAT	34
A. Pengertian Perawat	Error! Bookmark not defined.
B. Pengertian Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
C. Jenis-jenis Perawat.....	34
D. Pendidikan Tinggi Keperawatan.....	37
E. Sumpah dan Janji Perawat	39
F. Kode Etik Perawat Indonesia.....	43
G. Hak dan Kewajiban Perawat.....	43
H. Dasar Hukum Tindakan keperawatan.....	46
I. Dasar Hukum.....	48
BAB III	54
Tugas Perawat.....	54
BAB IV.....	71
Beban Kerja Perawat	71
BAB V	78
Analisis Kebutuhan Tenaga Kesehatan (Paramedis) Berdasarkan Beban Kerja Dengan Menggunakan Metode Workload Indicator Staffing Needs (WISN) Di RS Kota Medan	78
1. Teori.....	78
2. Metode	80
3. Hasil Dan Pembahasan	80

4. Kesimpulan Dan Saran	102
DAFTAR PUSTAKA.....	104

Daftar Gambar

Gambar 1. Tipikal tangga	27
Gambar 2. Pegangan rambat pada tangga	27
Gambar 4. Detail pegangan rambat tangga.....	28
Gambar 5. Detail pegangan rambat pada dinding.....	28
Gambar 6. Tipikal ram.....	30
Gambar 7. Skema Pengolahan dan analisis data berdasarkan metode WISN.....	80

Daftar Tabel

Tabel. 1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Dan Lama Bekerja RS A.....	80
Tabel. 2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan Dan lama Bekerja	82
Tabel. 3 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan Dan Lama Bekerja RS C.....	83
Tabel. 4 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan Dan Lama Bekerja RS D.....	84
Tabel. 5 Jumlah Waktu Tenaga Kesehatan RS A Dalam 1 Tahun.....	86
Tabel 6. Waktu Kerja Tersedia untuk Tenaga Kesehatan di RS A, RS B, RS C, dan RS D	91
Tabel. 7 Jumlah Waktu Tenaga Kesehatan RS B Dalam 1 Tahun	92
Tabel. 8 Jumlah Waktu Tenaga Kesehatan RS C Dalam 1 Tahun.....	96
Tabel. 9 Jumlah Waktu Tenaga Kesehatan RS D Dalam 1 Tahun.....	98

BAB I

Rumah Sakit

A. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah organisasi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan dan memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat kepada masyarakat yang harus terus meningkatkan pelayanan yang bermutu dan terjangkau untuk mencapai standar Kesehatan yang setinggi-tingginya (UU RI No. 44 Tahun 2009). Pelayanan kesehatan paripurna adalah layanan kesehatan yang meliputi pelayanan promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Selain itu, rumah sakit membutuhkan sumber daya manusia yang berpengetahuan luas, seperti tenaga medis, dan diharapkan mampu mengatasi berbagai permasalahan yang dihadapinya. Selain peralatan modern, rumah sakit juga menjadi tempat pelayanan masyarakat, melayani masyarakat, dan memiliki sumber daya manusia yang baik.

B. Tugas Dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas rumah sakit adalah menyediakan perawatan yang diperlukan dan pemulihan kesehatan Menurut Menteri kesehatan republic Indonesia nomor: 983/Menkes/ SK XI/ 1992, tugas rumah sakit secara umum melakukan upaya kesehatan dan penyembuhan serta pemeliharaan yang dilakukan secara selaras dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melakukan rujukan.

Sedangkan fungsi rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan Pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, administrasi umum dan keuangansas(Siregar, 2003).

B. Klasifikasi Rumah Sakit

1. Rumah sakit kelas A

Standar pelayanan dan kapasitas yang diharapkan dari rumah sakit kelas A yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan umum meliputi pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan gigi dan mulut serta pelayanan ibu dan anak/keluarga berencana.
- b. Pelayanan darurat harus mampu memberikan pelayanan darurat selama 24 jam, 7 hari seminggu dan memiliki kemampuan untuk melakukan inspeksi awal terhadap situasi darurat serta juga melakukan pemulihan dan stabilitas sesuai standar.
- c. Layanan medik spesialis dasar adalah penyakit dalam, penitipan anak, pembedahan, kebidanan dan ginekologi.
- d. Pelayanan penunjang medik spesialis yaitu anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, patologi klinik, dan patologi anatomi.
- e. Layanan medis khusus lainnya yaitu mata, telinga, hidung, dan tenggorokan, saraf, jantung, dan pembuluh darah, layanan kulit dan genital, psikiatri, paru, ortopedi, urologi, bedah saraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik.
- f. Pelayanan kesehatan spesialis kedokteran gigi mulut yaitu bedah mulut, konserpasi/endodontic, pelayanan periodonta orthodontic, restorasi, endodontic, dan penyakit mulut.
- g. Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi pelayanan kesehatan asuhan keperawatan dan pelayanan asuhan kebidanan.
- h. Pelayanan medis khusus meliputi pembedahan, penyakit dalam, perawatan anak, kebidanan dan ginekologi, mata, telinga, hidung, tenggorokan, saraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan alat kelamin, psikiatri, ortopedi paru, dan stomatologi.

- i. Pelayanan penunjang klinis meliputi dari perawatan intensive pelayanan darah, pelayanan gizi, farmasi, desinfeksi peralatan dan rekam medis.
- j. Layanan penunjang non-klinis meliputi layanan binatu / linen, layanan catering / dapur, layanan teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, tempat komunikasi, pemantauan jenazah, proteksi kebakaran, pengelolaan gas medis, penyimpanan air bersih. (Perpres RI, 2015)

Ketersediaan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat pelayanan yaitu:

- a. Dalam pelayanan kesehatan dasar minimal harus terdapat 18 (delapan belas) orang dokter umum dan 4 (empat) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- b. Dalam pelayanan kesehatan spesialis dasar minimal harus terdapat 6 (enam) orang dokter spesialis, masing-masing dengan 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai staf tetap.
- c. Dalam pelayanan ahli penunjang medik minimal harus terdapat 3 (tiga) orang dokter profesional, dan masing-masing memiliki 1 (satu) orang dokter profesional sebagai residen.
- d. Untuk pelayanan kesehatan khusus lainnya minimal harus ada 3 (tiga) orang dokter spesialis, dengan 1 (satu) orang dokter tetap sebagai staf tetap untuk masing-masing dokter.
- e. Untuk pelayanan kesehatan dokter gigi spesialis gigi, setiap orang harus mempunyai tenaga tetap minimum 1 (satu) orang dokter gigi tetap.
- f. Terdapat lembaga pelayanan kesehatan khusus minimal terdapat 2 (dua) orang dokter spesialis, dan masing-masing mempunyai 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai residen.

- g. Perbandingan staf perawat terhadap tempat tidur rumah sakit adalah 1: 1, dan mereka memiliki kualifikasi staf perawat yang memenuhi tingkat layanan rumah sakit.
- h. Tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit. (Perpres RI, 2015)

Sarana prasarana Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri yaitu:

- a. Peralatan radiologi dan kedokteran nuklir harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh peraturan undang-undang.
- b. Dapat menampung setidaknya 400 tempat tidur. (Perpres RI, 2015)

2. Rumah sakit kelas B

- a. Standar fasilitas dan kapabilitas Rumah Sakit Kelas B meliputi: pelayanan kesehatan yang komprehensif termasuk pelayanan kesehatan dasar, pelayanan gigi dan pelayanan kesehatan ibu dan anak / keluarga berencana.
- b. Layanan gawat darurat wajib memberikan layanan gawat darurat selama 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari dalam seminggu. Serta memiliki kapabilitas untuk melaksanakan inspeksi awal terhadap situasi gawat darurat, lalu melaksanakan pemulihan dan stabilitas dengan standar yang sesuai
- c. Layanan medis spesialis dasar meliputi layanan penyakit dalam, perawatan anak, pembedahan, kebidanan dan ginekologi.
- d. Layanan penunjang medis spesialis meliputi layanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, dan patologi klinis.
- e. Layanan kesehatan khusus lainnya dengan minimum 8 (delapan) dari 13 layanan termasuk layanan mata, telinga, hidung, dan tenggorokan, saraf, jantung dan pembuluh darah,

kulit dan kelamin, psikologi, paru-paru, ortopedi, urologi, bedah saraf, bedah plastik serta forensik.

- f. Layanan medik spesialis gigi dan mulut meliputi layanan bedah mulut, konservasi/endodonsi, dan periodonti.
- g. Layanan keperawatan dan kebidanan meliputi layanan keperawatan dan layanan kebidanan.
- h. Layanan kesehatan subspecialisasi dasar meliputi pembedahan, penyakit dalam, perawatan anak, kebidanan dan kandungan.
- i. Layanan penunjang klinis meliputi perawatan intensif, layanan darah, gizi, apotik, desinfeksi peralatan dan rekam medis.
- j. Layanan pendukung non-klinis meliputi layanan binatu / linen, layanan katering / dapur, rekayasa dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, komunikasi pemantauan tubuh, pemadam kebakaran, pengelolaan gas medis, dan penyimpanan air bersih (Perpres RI, 2015).

Kesiapan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat layanan yaitu:

- a. Dalam layanan kesehatan dasar minimal harus ada 12 (dua belas) orang dokter umum dan 3 (tiga) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- b. Dalam layanan kesehatan spesialis dasar minimal terdapat 3 (tiga) orang dokter spesialis, dan masing-masing satu (satu) orang adalah residen.
- c. Dalam layanan ahli penunjang medik minimal harus terdapat 2 (dua) orang dokter spesialis, dan masing-masing memiliki 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai residen.
- d. Dalam layanan medis khusus lainnya, setiap layanan harus memiliki setidaknya satu (satu) spesialis, di mana empat

spesialis di antaranya adalah staf residen untuk layanan yang berbeda.

- e. Dalam pelayanan kesehatan dokter spesialis gigi minimal harus terdapat 1 (satu) orang dokter gigi spesialis yang masing-masing merupakan residen.
- f. Dalam pelayanan medis spesialis minimal harus ada 1 (satu) orang spesialis dan 1 (satu) orang spesialis sebagai tenaga tetap.
- g. Rasio staf perawat terhadap tempat tidur rumah sakit adalah 1: 1, dan mereka memiliki kualifikasi staf perawat yang memenuhi tingkat layanan rumah sakit (Perpres RI, 2015).

Sarana dan prasarana Rumah Sakit wajib memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri yaitu:

- a. Peralatan yang dimiliki rumah sakit memenuhi standar yang ditetapkan menteri.
- b. Peralatan radiologi dan kedokteran nuklir memenuhi yang ditetapkan oleh peraturan undang-undang.
- c. Dapat menampung setidaknya 200 (dua ratus) tempat tidur (Perpres RI, 2015).

3. Rumah sakit kelas C

Rumah Sakit Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.

Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Kelas C yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan rutin meliputi pelayanan kesehatan dasar, pelayanan gigi dan pelayanan ibu / keluarga berencana.
- b. Layanan darurat harus dapat memberikan layanan 24 (dua puluh) jam 7 (tujuh) hari seminggu, dan memiliki

kemampuan untuk melakukan inspeksi awal terhadap situasi darurat, serta melakukan pemulihan dan stabilitas sesuai standar.

- c. Pelayanan medis spesialis dasar meliputi penyakit dalam, perawatan anak, pembedahan, kebidanan dan ginekologi.
- d. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut minimal 1 (satu) pelayanan.
- e. Layanan penunjang medis spesialis meliputi layanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinis.
- f. Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan.
- g. Pelayanan penunjang klinis meliputi perawatan intensif, pelayanan darah, gizi, apotek, desinfeksi peralatan dan rekam medis.
- h. Layanan pendukung non-klinis meliputi layanan binatu / linen, layanan katering / dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, komunikasi, kamar, pemadam kebakaran, Pengelolaan Gas Medis dan Penampungan Air Bersih (Perpres RI, 2015).

Ketersediaan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat pelayanan yaitu:

- a. Dalam pelayanan kesehatan dasar minimal harus terdapat 9 (sembilan) dokter umum dan 2 (dua) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- b. Dalam pelayanan kesehatan spesialis dasar, setiap pelayanan harus mempunyai minimal 2 (dua) orang spesialis, dimana 2 (dua) orang spesialis merupakan staf residen untuk pelayanan yang berbeda.
- c. Pada setiap Pelayanan Spesialis Penunjang Medik masing-masing minimum 1 (satu) orang dokter spesialis setiap

pelayanan dengan 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda.

- d. Rasio tenaga perawat terhadap tempat tidur rumah sakit adalah 2: 3, dan memenuhi syarat sebagai tenaga perawat menurut pelayanan rumah sakit (Perpres RI, 2015).

Sarana dan prasarana Rumah Sakit wajib memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri yaitu:

- a. Peralatan yang dimiliki rumah sakit memenuhi standar yang ditetapkan menteri.
- b. Peralatan radiologi memenuhi standar yang ditentukan secara undang-undang.
- c. Dapat menampung setidaknya 100 tempat tidur (Perpres RI, 2015).

4. Rumah Sakit Umum Kelas D

Rumah Sakit Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.

Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Kelas D yaitu:

- a. Dalam Pelayanan kesehatan rutin meliputi pelayanan kesehatan dasar, pelayanan gigi dan pelayanan ibu / keluarga berencana.
- b. Layanan darurat harus mampu memberikan layanan darurat selama 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu, serta memiliki kemampuan untuk melakukan pemeriksaan awal terhadap situasi darurat, serta melakukan pemulihan dan stabilitas sesuai dengan standar.
- c. Dalam pelayanan medik spesialis dasar, paling sedikit 2 dari 4 jenis pelayanan medik spesialis dasar, meliputi

- penyakit dalam, kesehatan anak, pembedahan, kebidanan dan ginekologi.
- d. Dalam pelayanan spesialis penunjang medis yaitu bagian laboratorium dan radiologi.
 - e. Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan.
 - f. Layanan dukungan klinis termasuk perawatan bangsal perawatan senior, layanan darah, gizi, farmasi, desinfeksi peralatan dan catatan medis.
 - g. Layanan pendukung non-klinis meliputi layanan binatu / linen, layanan katering / dapur, rekayasa dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, komunikasi, ruang komunikasi, pemadam kebakaran, pengelolaan gas medis, dan penyimpanan air bersih (Perpres RI, 2015).

Ketersediaan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat pelayanan yaitu:

- a. Dalam pelayanan kesehatan dasar minimal harus ada 4 (empat) orang dokter umum dan 1 (satu) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- b. Dalam pelayanan kesehatan spesialis dasar minimal harus terdapat satu (satu) orang spesialis pada dua (dua) pelayanan spesialis dasar, dan salah satunya (penuh waktu) adalah pegawai tetap.
- c. Rasio tenaga perawat terhadap tempat tidur rumah sakit adalah 2: 3, dan memenuhi syarat sebagai tenaga perawat menurut pelayanan rumah sakit (Perpres RI, 2015).

Sarana dan prasarana Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri yaitu:

- a. Peralatan yang dimiliki rumah sakit memenuhi stand yang ditetapkan menteri.
- b. Peralatan radiologi memenuhi standar yang ditentukan secara hukum.
- c. Jumlah minimal tempat tidur adalah 50 tempat tidur (Perpres RI, 2015).

C. Bangunan Rumah sakit

LOKASI RUMAH SAKIT

1. Geografis

- a. Kontur tanah Kontur tanah mempengaruhi struktur, bangunan, serta perencanaan mekanikal dan elektrikal rumah sakit. Selain itu, garis besar lahan juga akan mempengaruhi perencanaan sistem drainase dan kondisi jalan lokasi konstruksi (Permenkes RI, 2016).

b. Lokasi rumah sakit sebagai berikut:

1. Di lingkungan dengan udara segar dan lingkungan yang tenang.
2. Hindari kebisingan dan polusi udara yang tidak perlu dari berbagai sumber.
3. Jangan mendekati kaki gunung yang rawan longsor.
4. Jangan terlalu dekat dengan anak sungai, sungai kecil atau air yang akan mengikis pondasi.
5. Tidak di dekat daerah rawan tsunami.
6. Tidak berada di daerah yang rawan banjir.
7. Tidak dekat stasiun pemancar (Permenkes RI, 2016).

2. Peruntukan Lokasi

Bangunan rumah sakit harus diselenggarakan pada lokasi yang sesuai dengan peruntukannya yang diatur dalam ketentuan tata ruang dan tata bangunan daerah setempat (Permenkes RI, 2016).

3. Aksesibilitas Untuk Jalur Transportasi dan Komunikasi

Lokasi harus mudah dijangkau oleh masyarakat atau dekat ke jalan raya dan tersedia infrastruktur dan fasilitas dengan mudah yaitu tersedia transportasi umum, pedestrian, jalur-jalur yang aksesibel untuk disabel (Permenkes RI, 2016).

4. Fasilitas Parkir

Perancangan dan perencanaan prasarana parkir di rumah sakit sangat penting karena prasarana parkir dan jalur kendaraan bermotor akan menempati banyak lahan. Dengan asumsi situasi yang ideal, permintaan rumah sakit untuk ruang parkir dihitung dari 37,5 meter persegi hingga 50 meter persegi per tempat tidur (termasuk rute kendaraan) atau tergantung pada kondisi sosial ekonomi setempat. Tempat parkir harus dilengkapi dengan tanda parkir. Penyediaan ruang parkir di pekarangan tidak boleh mengurangi kawasan hijau yang telah ditetapkan (Permenkes RI, 2016).

5. Utilitas Publik

Rumah sakit harus memastikan bahwa air bersih, pengolahan air limbah / limbah, listrik dan saluran telepon tersedia 24 jam sehari (Permenkes RI, 2016).

6. Fasilitas Pengelolaan Kesehatan Lingkungan

Setiap rumah sakit harus dilengkapi dengan fasilitas pengelolaan kesehatan lingkungan yang sesuai dengan undang-undang (Permenkes RI, 2016).

BENTUK BANGUNAN

1. Denah bangunan rumah sakit harus sesimetris mungkin untuk memprediksi kerusakan akibat gempa.
2. Kualitas bangunan rumah sakit memperhatikan ventilasi udara dan penerangan, ketentraman dan keserasian, serta keseimbangan lingkungan.
3. Perencanaan bangunan rumah sakit mengikuti rencana bangunan dan lingkungan (RTBL) yang meliputi koefisien dasar bangunan

(KDB), koefisien lantai bangunan (KLB), koefisien ruang hijau (KDH), garis batas bangunan (GSB), dan persyaratan komparasi Pagar (GSP).

4. Sesuai dengan kebutuhan pelayanan medis rumah sakit (kebutuhan kesehatan), budaya lokal (budaya), kondisi alam setempat (iklim), lahan yang tersedia (lokasi) dan rumah sakit, menentukan kondisi model vertikal dan horizontal untuk pembangunan rumah sakit, dan keuangan manajemen rumah sakit (anggaran) (Permenkes RI, 2016).

STRUKTUR BANGUNAN

1. Struktur bangunan rumah sakit direncanakan dan dilakukan semaksimal mungkin agar bangunan kuat, kokoh, stabil, mampu menahan kombinasi beban dan memenuhi persyaratan keselamatan, serta memenuhi persyaratan kegunaan selama umur bangunan tersebut.
2. Beban tetap dan kapasitas beban sementara yang mungkin ditanggung selama umur layanan struktur dipertimbangkan.
3. Menentukan jenis beban, intensitas dan pengoperasian harus sesuai dengan standar teknis yang berlaku.
4. Struktur bangunan rumah sakit harus direncanakan sesuai dengan standar teknis yang berlaku untuk mencegah terjadinya gempa bumi.
5. Dalam suatu bangunan rumah sakit, jika runtuh maka kondisi bangunan tersebut harus memungkinkan pengguna bangunan untuk menyelamatkan dirinya sendiri.
6. Untuk menentukan tingkat keandalan struktur bangunan, keandalan bangunan harus diperiksa secara berkala sesuai dengan pedoman atau standar teknis yang berlaku. Dan itu harus dilakukan atau didampingi oleh seorang ahli dengan sertifikasi yang sesuai (Permenkes RI, 2016).

ZONASI

Pembagian ruang adalah pembagian atau pengelompokan ruang berdasarkan kesamaan sifat fungsional kegiatan untuk tujuan tertentu. Klasifikasi pembagian wilayah atau zonasi rumah sakit meliputi zonasi berdasarkan risiko penularan penyakit, zonasi berbasis privasi, dan zonasi berbasis layanan.

1. Zonasi berdasarkan tingkat risiko terjadinya penularan penyakit terdiri dari:
 - a. area berisiko rendah termasuk ruang sekretaris dan administrasi, ruang konferensi, dan ruang rekam medis / arsip.
 - b. area berisiko menengah, antara lain ruang rawat inap penyakit tidak menular dan ruang rawat jalan.
 - c. area berisiko tinggi, antara lain ruang gawat darurat, ruang rawat inap penyakit menular (isolasi infeksi), unit perawatan intensif, ruang bersalin, laboratorium, otopsi, ruang diagnosis radiologis.
 - d. area dengan risiko tinggi, termasuk ruang operasi.
2. Zonasi berdasarkan privasi kegiatan terdiri dari:
 - a. Area publik merupakan area dalam lingkungan rumah sakit yang dapat langsung diakses oleh masyarakat, meliputi ruang rawat jalan, ruang gawat darurat, apotek, ruang radiologi, dan laboratorium.
 - b. Area semi publik adalah area dalam lingkungan rumah sakit yang dapat diakses oleh masyarakat dengan akses terbatas, antara lain ruang rawat inap, ruang diagnosis, dan ruang hemodialisis.
 - c. Area privat dibatasi untuk pengunjung rumah sakit, seperti unit perawatan intensif, ruang operasi, ruang kebidanan, ruang desinfeksi, dan ruang petugas polisi.
3. Zonasi berdasarkan pelayanan terdiri dari:
 - a. Area pelayanan medis dan keperawatan meliputi ruang rawat jalan, ruang gawat darurat, unit perawatan intensif, ruang operasi, ruang kebidanan, ruang rawat inap, dan ruang

hemodialisis. Penempatan area medis dan perawatan harus bebas dari kebisingan.

- b. Area pendukung dan operasi, termasuk apotek, ruang radiologi, laboratorium, dan ruang desinfeksi.
- c. Area pendukung umum dan administrasi, termasuk ruang sekretaris dan administrasi, ruang konferensi, dan ruang rekam medis (Permenkes RI, 2016).

DESAIN KOMPONEN BANGUNAN RUMAH SAKIT

1. ATAP

Atap harus kokoh, anti bocor, tahan lama, serta tidak boleh menjadi tempat berkembang biak serangga, hewan pengerat dan hewan pengganggu lainnya (Permenkes RI, 2016).

2. LANGIT-LANGIT

- a. Langit-langit harus kuat, berwarna terang dan mudah dibersihkan, serta tidak mengandung elemen yang dapat membahayakan pasien, dan tidak berjamur.
- b. Rangka plafon harus kuat
- c. Ketinggian plafon ruangan minimal 2,80 m, dan ketinggian koridor (koridor) minimal 2,40 m. Tinggi langit-langit di ruangan operasi minimal 3,00 m.
- d. Di ruang operasi dan unit perawatan intensif, tingkat ketahanan api (TKA) dari bahan langit-langit harus minimal 2 jam.
- e. Diperlukan tingkat kebersihan ruangan tertentu, pencahayaan ruangan harus dibenamkan di langit-langit (pemasangan tersembunyi) (Permenkes RI, 2016).

DINDING DAN PARTISI

1. Dinding keras, rata, tidak berpori, tahan air, tahan api, tahan korosi, mudah dibersihkan, tahan cuaca dan bebas jamur
2. Warna dinding cerah tapi tidak menyilaukan penglihatan.

3. Pada ruangan yang berhubungan dengan kegiatan pelayanan anak, penutup dinding bisa menggunakan gambar untuk merangsang aktifitas anak.
4. Di area yang dilewati pasien, dinding dilengkapi dengan pegangan tangan yang kontinu, dan ketinggian dari tanah harus antara 80-100 cm. Pegangan harus mampu menahan beban seseorang dengan berat minimal 75 kg, dan memegang sandaran tangan yang ada dengan satu tangan.
5. Pegangan harus terbuat dari bahan tahan api, mudah dibersihkan dan tidak berpori di permukaan.
6. Untuk ruangan tempat peralatan sinar-X digunakan, dinding harus memenuhi persyaratan teknis untuk proteksi radiasi pengion.
7. Khusus untuk area yang sering dikaitkan dengan zat kimia dan area yang mudah terbakar, dinding harus terbuat dari bahan yang tahan terhadap zat kimia dan benturan minimal 2 jam dengan tingkat ketahanan api (TKA).
8. Di dalam ruangan, gunakan peralatan gelombang elektromagnetik (EM) (seperti diatermi gelombang pendek atau diatermi gelombang mikro) jangan menggunakan penutup dinding yang mengandung unsur logam atau baja.
9. Ruangan dengan tingkat kebisingan yang tinggi (misalnya, ruang mesin genset, ruang pompa, ruang ketel, ruang kompresor, ruang pendingin, ruang AHU, dll.), Kemudian gunakan bahan peredam suara atau penyerap suara untuk bahan dinding.
10. Area berisiko tinggi di mana tingkat pembersihan ruangan tertentu diperlukan, kontak dari dinding ke dinding harus ditekuk / dilengkungkan untuk memfasilitasi pembersihan.
11. Khusus di ruang operasi dan unit perawatan intensif, nilai ketahanan api (TKA) material dinding / partisi minimal harus 2 jam (Permenkes RI, 2016).

LANTAI

1. Lantai harus terbuat dari bahan yang kuat, tahan air, rata, tidak licin, berwarna cerah dan mudah dibersihkan.
2. Tidak dapat dibuat dari material dengan porositas tinggi dan lapisan permukaan yang bisa menahan debu.
3. Mudah untuk dibersihkan dan tahan akan gesekan.
4. Penutup lantai cerah dan tidak menyilaukan mata.
5. Kemiringan ram kurang dari 70, dan permukaan material penutup tanah tidak boleh licin.
6. Khusus untuk ruangan yang sering berinteraksi dengan zat kimia dan mudah terbakar, material penutup lantai harus dari bahan dengan tingkat ketahanan api (TKA) minimal 2 jam dan ketahanan bahan kimia.
7. Bahan lantai yang khusus digunakan di area perawatan pasien (area tenang) sebaiknya memakai bahan yang tidak menimbulkan kebisingan.
8. Di area berisiko tinggi yang memerlukan tingkat kebersihan ruangan tertentu, pertemuan lantai ke dinding ditekuk untuk memfasilitasi pembersihan lantai (bantalan rumah sakit).
9. Pada ruangan yang memiliki peralatan medis, lantai mampu menghilangkan aliran listrik statik pada alat tersebut, agar tidak adanya sengatan listrik (Permenkes RI, 2016).

PINTU DAN JENDELA

1. Lebar bukaan pintu utama dapat dilewati tempat tidur brankar / tempat tidur pasien adalah minimal 120 cm, dan lebar bukaan minimum pintu yang tidak dapat masuk ke tempat tidur pasien adalah 90 cm.
2. Di area sekitar pintu masuk, tidak boleh ada perbedaan ketinggian lantai, dan domba jantan tidak diperbolehkan.
3. Pintu darurat
 - a. Gedung rumah sakit dengan lebih dari 3 lantai dilengkapi dengan pintu keluar darurat.

- b. Lebar pintu darurat minimum 100 cm ke arah tangga penyelamat (darurat), kecuali untuk bukaan luar (luar ruang) di lantai satu.
- c. Jarak antara pintu keluar darurat dalam sebuah blok bangunan, dari segala arah hingga maksimum 25 m.
- d. Pintu kamar mandi dan pintu toilet di ruang perawatan pasien harus bisa terbuka ke luar, dan lebar pintunya minimal 85 cm.
- e. Pintu tempat tidur pasien harus dilapisi dengan bahan tahan benturan.
- f. Ruang perawatan pasien harus memiliki jendela yang dapat dibuka secara optimal untuk pertukaran udara.
- g. Pada gedung rumah sakit bertingkat, lebar bukaan jendela harus aman agar pasien tidak luput.
- h. Jendela bisa digunakan sebagai sumber penerangan alami di siang hari (Permenkes RI, 2016).

TOILET/KAMAR MANDI

- 1. Toilet umum
 - a. Toilet umum memiliki ruang yang cukup bagi pengguna untuk masuk dan keluar.
 - b. Ketinggian dudukan toilet sesuai dengan tinggi pengguna (36-38 cm).
 - c. Permukaan lantai tidak boleh licin dan tidak ada genangan air.
 - d. Pintu mudah dibuka dan ditutup.
 - e. Dalam keadaan darurat, toilet atau gerendelnya bisa dibuka dari luar.
- 2. Toilet untuk aksesibilitas
 - a. Bagian luar toilet umum atau kamar mandi bebas penghalang harus memiliki tanda / simbol "disabel".
 - b. Toilet atau toilet umum harus memiliki ruang yang cukup bagi pengguna kursi roda untuk masuk dan keluar.
 - c. Ketinggian dudukan toilet harus sesuai dengan tinggi pengguna kursi roda (45-50 cm).

- d. Toilet umum atau toilet umum harus dilengkapi dengan pegangan tangan, dan posisi serta ketinggian pegangan tangan harus sesuai untuk pengguna kursi roda dan penyandang disabilitas lainnya. Disarankan untuk memiringkan gagang ke atas untuk membantu pengguna kursi roda bergerak.
- e. Perlu dipasang lokasi kertas tisu, air, keran atau pancuran (shower), dan peralatan seperti tempat sabun dan pengering tangan agar penyandang disabilitas dapat dengan mudah menggunakannya, dan pengguna kursi roda juga dapat menggunakannya.
- f. Permukaan lantai harus tidak licin dan tidak menyebabkan genangan air.
- g. Pintu harus mudah dibuka dan ditutup untuk memudahkan pengguna kursi roda.
- h. Dalam keadaan darurat, toilet atau gerendelnya bisa dibuka dari luar.
- i. Di tempat-tempat yang mudah dijangkau, seperti di pintu masuk, disarankan untuk menyediakan tombol suara darurat kapan saja untuk mencegah kecelakaan (Permenkes RI, 2016).

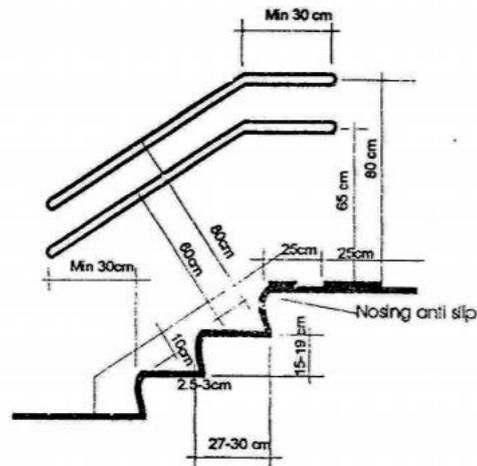
KORIDOR

Menurut fungsi koridor, fungsi ruang dan jumlah pengguna, ukuran koridor dianggap sebagai lintasan horizontal antar ruang. Ukuran koridor untuk bagian tempat tidur rumah sakit setidaknya 2,40 m (Permenkes RI, 2016).

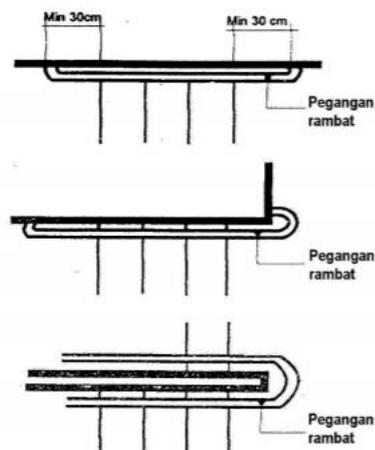
TANGGA

1. Harus mempunyai anak tangga dan ukuran lereng yang seragam, tinggi tiap anak tangga / lereng adalah 15-17 cm.
2. Kemiringan tangga harus kurang dari 60°.
3. Lebar minimum tangga adalah 120 cm, yang digunakan untuk membawa tandu dalam situasi darurat untuk mengevakuasi pasien jika terjadi kebakaran atau keadaan darurat lainnya.

4. Lubang miring tidak dapat membahayakan pengguna tangga.
5. Pegangan tangan harus dilengkapi.



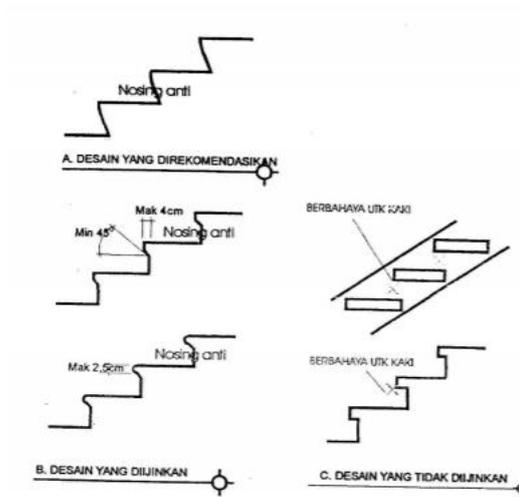
Gambar 1. Tipikal tangga
(Permenkes RI, 2016)



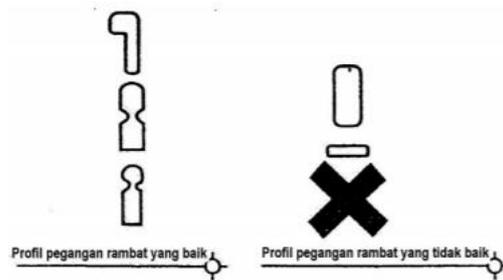
Gambar 2. Pegangan rambat pada tangga
(Permenkes RI, 2016)

6. Pegangan rambat harus mudah dirawat pada ketinggian 65-80 cm dari tanah tanpa mengganggu gangguan struktur, dan ujungnya harus dibulatkan atau dibelokkan sepenuhnya ke arah lantai, dinding atau kolom.
7. Panjang ujung (atas dan bawah) pegangan rambat harus ditambah 30 cm.

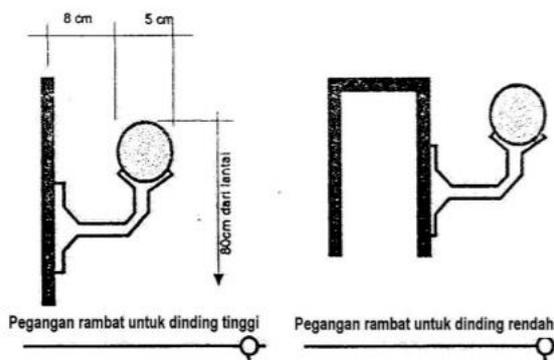
8. Untuk tangga yang berada di luar gedung harus didesain agar tidak ada air hujan yang menggenangi lantai (Permenkes RI, 2016)



Gambar 3. Desain profil tangga
(Permenkes RI, 2016)



Gambar 4. Detail pegangan rambat tangga
(Permenkes RI, 2016)

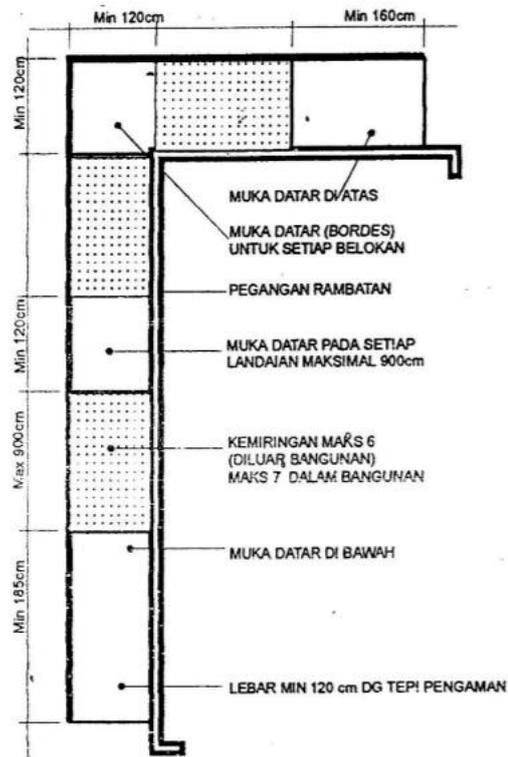


Gambar 5. Detail pegangan rambat pada dinding

(Permenkes RI, 2016)

RAM

1. Ram merupakan jalur melingkar dengan kemiringan tertentu, sebagai alternatif bagi yang tidak bisa menggunakan tangga.
2. Kemiringan ram pada bangunan tidak boleh melebihi 70. Perhitungan longsor tidak termasuk awal dan akhir ram (ramp ramp / landing point).
3. Panjang horizontal ram (dengan kemiringan 70) tidak boleh melebihi 900 cm.
4. Lebar minimum ram adalah 2,40 m, dengan tepi pengaman.
5. Area awal atau akhir ram harus bebas dan rata sehingga setidaknya kursi roda dan tempat tidur brankar / tempat tidur pasien dapat diputar, dengan ukuran minimal 160 cm.
6. Permukaan awal atau ujung ram harus memiliki tekstur agar tidak tergelincir saat hujan.
7. Lebar tepi pengaman ram (trotoar rendah) maksimal 10 cm sehingga dapat menahan roda dari kursi roda atau brankar / tempat tidur pasien agar tidak jatuh atau keluar dari ram.
8. Jika lokasi ram berbatasan langsung dengan lalu lintas jalan umum atau perempatan, maka ram harus dibuat agar tidak mengganggu jalan umum.
9. Pencahayaan harus cukup sehingga membantu penggunaan ram di malam hari. Penerangan disediakan pada bagian ram yang memiliki ketinggian hingga ke permukaan tanah sekitarnya dan bagian yang berbahaya.
10. Dilengkapi dengan pegangan tangan yang terjamin kekuatannya dengan ketinggian yang sesuai (Permenkes RI, 2016).



Gambar 6. Tipikal ram
(Permenkes RI, 2016)

D. Organisasi Rumah Sakit

1. Kepala Rumah sakit atau direktur rumah sakit

Kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit bertanggung jawab memimpin pengoperasian rumah sakit. Kepala rumah sakit menjalankan fungsi-fungsi sebagai berikut dalam menjalankan tugasnya:

- a. Mengkoordinasikan pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi
- b. Tentukan kebijakan manajemen rumah sakit menurut departemen terkait
- c. Melaksanakan tugas dan fungsi rumah sakit

- d. Mempromosikan, mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan tanggung jawab elemen organisasi
 - e. Evaluasi, pencatatan dan pelaporan (Perpres RI, 2015)
2. Unsur pelayanan medis
- Unsur pelayanan medis bertugas melaksanakan pelayanan medis. Dalam melaksanakan tugasnya, menyelenggarakan fungsi:
- a. mengembangkan rencana untuk memberikan layanan medis.
 - b. Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis.
 - c. Menerapkan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis.
 - d. Pemantauan dan evaluasi layanan medis (Perpres RI, 2015).
3. Unsur keperawatan
- Dalam melaksanakan tugasnya, unsur keperawatan menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
- a. Mengembangkan rencana layanan keperawatan
 - b. Koordinasi dan implementasi layanan keperawatan
 - c. Menerapkan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang keperawatan
 - d. Pemantauan dan evaluasi layanan keperawatan (Perpres RI, 2015).
4. Unsur penunjang medis
- Dalam melaksanakan tugasnya, unsur penunjang medis menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
- a. Mengembangkan rencana untuk memberikan layanan dukungan medis
 - b. Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan penunjang medis
 - c. Menerapkan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang medik
 - d. Manajemen rekam medis

- e. Pemantauan dan evaluasi layanan dukungan medis (Perpres RI, 2015).
5. Unsur administrasi umum dan keuangan
- Dalam melaksanakan tugasnya, unsur administrasi umum dan keuangan menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
- a. Rencana anggaran Biaya
 - b. Pengaturan dan mobilisasi dana
 - c. Akuntansi (Perpres RI, 2015).

E. Sistem Informasi Rumah Sakit

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan semua proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur manajemen untuk memperoleh informasi yang akurat dan akurat, serta merupakan bagian dari kesehatan. (Permenkes RI, 2013).

Regulasi SIMRS bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja dan tingkat pelayanan, serta tingkat pelayanan rumah sakit. Implementasi SIMRS dapat menggunakan aplikasi dengan kode open source (open source) yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan, atau aplikasi yang disediakan oleh rumah sakit. Aplikasi penyelenggaraan SIMRS yang dibuat oleh Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan minimal yang ditetapkan oleh Menteri. Setiap rumah sakit harus mengelola dan mengembangkan SIMRS. Pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan SIMRS harus mampu meningkatkan dan mendukung proses pelayanan medis rumah sakit, antara lain:

1. Kecepatan, akurasi, integrasi, peningkatan layanan, peningkatan efisiensi, kemudahan pelaporan dalam pelaksanaan operasional
2. Kecepatan pengambilan keputusan, ketepatan dan kecepatan identifikasi masalah dan kesederhanaan perumusan strategi dalam implementasi manajer

3. Budaya kerja, transparansi, koordinasi antar departemen, memahami sistem dan mengurangi biaya administrasi organisasi (Permenkes RI, 2013).

SIMRS harus terintegrasi dengan rencana pemerintah dan pemerintah daerah dan harus menjadi bagian dari sistem informasi kesehatan. Integrasi dengan program pemerintah dan pemerintah daerah berupa fungsi komunikasi data (interoperabilitas). SIMRS harus memiliki fungsi komunikasi data (interoperabilitas) berikut:

1. Sistem Informasi Manajemen dan Akuntansi Barang Nasional (SIMAK BMN).
2. Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)
3. Indonesia Case Base Group's (INACBG's)
4. Aplikasi lain yang dikembangkan oleh pemerintah
5. Sistem informasi manajemen fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Permenkes RI, 2013).

Kemampuan komunikasi data (interoperabilitas) dengan Sistem Informasi dan Manajemen Komoditi Nasional (SIMAK BMN) termasuk kode komoditas. Arsitektur SIMRS setidaknya mencakup:

1. Kegiatan layanan utama (front office)
2. Kegiatan administrasi (back office)
3. Komunikasi dan kolaborasi

Selain arsitektur, rumah sakit juga dapat mengembangkan SIMRS dengan menambahkan arsitektur pendukung, antara lain image archiving system (PACS), sistem manajemen dokumen, sistem antar muka peralatan klinis, data warehouse, dan *business intelligence*. SIMRS yang dikelola rumah sakit harus memenuhi tiga (tiga) unsur yaitu keamanan fisik, jaringan dan sistem aplikasi. SIMRS harus dilaksanakan oleh suatu struktur atau departemen fungsional dalam organisasi rumah sakit dan memiliki sumber daya manusia yang terlatih dan berkualitas (Permenkes RI, 2013).

BAB II

PERAWAT

A. Definisi Perawat.

Perawat adalah orang (profesional) yang memiliki rasa tanggung jawab dan kewenangan untuk melaksanakan pelayanan / asuhan keperawatan pada semua tingkatan pelayanan keperawatan (Kusnanto, 2003).

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan di puskesmas menjalankan tugas sesuai dengan peran dan fungsinya. Kementerian Kesehatan Indonesia menegaskan ada 12 aspek peran perawat puskesmas dan enam diantaranya merupakan peran wajib yang dijalankan perawat puskesmas termasuk pemberi asuhan keperawatan, penemu kasus, pendidik kesehatan, koordinator dan kolaborator, konselor dan sebagai panutan (Depkes, 2004).

Perawat Puskesmas mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan individu keluarga, kelompok dan masyarakat. Untuk mewujudkan kemandirian masyarakat tentunya tidak boleh diabaikan baik di lingkungan masyarakat maupun dengan keberadaan perawat di lingkungan masyarakat. Tentunya sebagai organisasi pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk mencapai pembangunan yang sehat, Puskesmas haruslah yang terbaik dan bermutu. Pelayanan kesehatan berupa pekerjaan kesehatan masyarakat (UKM) dan pekerjaan kebersihan diri (UKP) merupakan tugas dan kewajiban yang harus dilaksanakan oleh puskesmas dengan kualitas yang harus dijaga. Di Indonesia, pola penyebab penyakit pada semua kelompok umur telah berubah dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Beberapa permasalahan yang terjadi di Puskesmas diantaranya adalah kematian ibu, masalah gizi, penyakit menular dan PTM. Beberapa tujuan dari Millennium Development Goals tidak tercapai, terutama penurunan angka kematian ibu dan anak balita yang pendek. Pada saat yang sama, penyakit tidak menular (PTM) dan cedera meningkat secara signifikan, tidak hanya di kalangan masyarakat perkotaan dan kaya, tetapi juga di kalangan masyarakat sosial ekonomi berpenghasilan rendah dan pedesaan. Dengan kata lain, pergeseran epidemiologi terjadi pada semua tingkatan populasi dan semua wilayah (Riskedas 2007 dan 2013 dalam Kementerian PPN/Bappenas, 2018).

Perawat mengacu pada orang dengan pendidikan tinggi dalam bidang keperawatan di dalam dan luar negeri yang diakui oleh pemerintah

berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perawatan adalah pekerjaan dengan fungsi otonom didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fitur profesional, yang membantu mengidentifikasi dan menemukan kebutuhan pasien ini langsung. Perawat bertanggung jawab pahami kebutuhan pasien dan bantu memenuhinya. Di teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung unsur-unsur dasar yaitu perilaku pasien, respon perawat dan tindakan pengobatan dirancang untuk kepentingan pasien (Suwignyo, 2007).

B. Definisi Keperawatan.

Keperawatan adalah salah satu bentuk pelayanan profesional memenuhi kebutuhan dasar individu yang sehat dan penyakit yang menderita penyakit fisik, mental dan sosial tingkat kesehatan terbaik dapat dicapai. Bentuk kinerja kebutuhan dasar dapat berupa penambahan fungsi yang sudah ada individu, pencegahan, perbaikan dan rehabilitasi secara pribadi. (Nursalam, 2008).

Keperawatan adalah salah satu bentuk pelayanan profesional merupakan bagian integral dari perawatan kesehatan berdasarkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan berupa pelayanan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang komprehensif bagi individu, keluarga dan individu Komunitas itu sakit dan sehat, mencakupi kehidupan manusia. (Kusnanto, 2003)

Tujuan keperawatan meningkatkan respon terkait adaptasi ada empat model respons adaptif. Internal, eksternal dan perubahan stimulus tergantung pada kondisi individu. Mengatasi kondisi dijelaskan seberapa baik seseorang beradaptasi. Tentukan derajat adaptasi Merangsang melalui konteks dan tetap fokus. Stimulus fokus adalah memberi tanggapan masukan secara langsung. Penggunaan fokus biasanya bergantung pada tingkat perubahan Mempengaruhi seseorang. Stimulasi situasional adalah segalanya stimulus internal dan eksternal lainnya dan mempengaruhi situasi, dan dapat diamati, diukur dan dioperasikan Komunikasi subjektif

pribadi. Iritasi sisa merupakan karakteristik Atau sejarah seseorang dan muncul dengan cara yang relevan sesuai dengan situasinya Dihadapkan tetapi sulit diukur secara objektif. Roy (dalam Nursalam, 2008)

Perawatan yang diberikan semakin meningkat respon adaptif terhadap kesehatan dan penyakit. Tindakan ini diterapkan oleh perawat untuk memanipulasi stimulasi lokal, kontekstual atau residual. Dengan memanipulasi semua stimulus, berharap individu tersebut akan berada di zona adaptasi jika memungkinkan stimulus lokal itu bisa mewakili semua stimulus harus distimulasi dengan baik.(Wahyudi 2020)

C. Jenis-jenis Perawat

Sejarah perkembangan keperawatan tidak lepas dari sejarah upaya pelayanan kesehatan secara keseluruhan dan keseluruhan. Awalnya, pekerjaan keperawatan dilakukan sesuai dengan naluri ibu untuk menjaga kesehatan seluruh anggota keluarga. Sejak saat itu sekolah tersebut berkembang menjadi tempat ibadah hingga Florence Nightingale mendirikan sekolah perawat pertama pada tahun 1854. Sejarah perkembangan pendidikan keperawatan di Indonesia masih jarang bersumber dari data riil yang tersedia. Namun beberapa catatan menunjukkan bahwa sejak jaman penjajahan Belanda, pendidikan keperawatan di Indonesia sudah dimulai (Yusuf 2006).

Pada tahun 1913, Rumah Sakit Semarang mendirikan program pendidikan keperawatan yang pertama, gurunya adalah perawat dari Belanda dan siswanya hanya beberapa orang lokal. Menurut beberapa catatan, materi tersebut sama dengan materi mahasiswa keperawatan di Belanda, pada tahun 1915 dua orang perawat lokal pertama di Indonesia lulus. Sejak tahun 1930, persyaratan masuk sekolah perawat adalah memiliki sertifikat sekolah umum (SR) 6 tahun. Rumah sakit misi telah mulai membuka sekolah perawat berdasarkan pendidikan tiga tahun pendidikan MULO (sekarang setara dengan SMP). Jika Anda lulus, Anda akan menerima sertifikat diploma. (Yusuf 2006)

Pada tahun 1940 dibuka Sekolah Keperawatan Jiwa (SPJ) di Bogor, dan lulusannya memperoleh ijazah B, rumah sakit bersalin membuka kursus sekolah kebidanan yaitu 3 tahun perawat + 1 tahun bidan, dan mendapat lulusan. Diploma C. Dari tahun 1942 sampai dengan 1945, pendidikan keperawatan pada masa penjajahan Jepang juga mengalami perubahan yaitu mengikuti model pendidikan keperawatan Jepang. Periode 1945 hingga 1950 adalah periode transisi Perang Kemerdekaan. Program pendidikan keperawatan sangat tidak pasti. (Yusuf 2006)

Pada tahun 1950, konsultan pertama datang ke Indonesia untuk mempersiapkan mata kuliah pascasarjana (guru dan perawat) di Bandung. Pada tahun 1952, Rumah Sakit Rantja Badak membuka Sekolah Manajemen Keperawatan (SPR). Mulai tahun 1962, pendidikan tinggi di bidang keperawatan dimulai. Akper Depkes Jakarta, Akper Depkes Bandung dan Akper St. di Carolus, Jakarta. Pada tahun 1985 Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia membuka Program Pembelajaran Keperawatan (S1 Keperawatan), pada tahun 1994 dibuka di Universitas Padjajaran Bandung, dan pada tahun 1998 dibuka pula pendidikan S1 keperawatan di Universitas Nasional. Indonesia. Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, Universitas Airlangga Surabaya, Universitas Brave Jaya Malang, Universitas Amerika, Kantor Komisioner Tinggi Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk Urusan Kemanusiaan, dll. Saat ini, pendidikan keperawatan telah menunjukkan perkembangan yang signifikan baik pada level maupun jumlah institusi pendidikan. Dari tingkat ketiga ijazah perguruan tinggi perawat sampai tingkat ketiga. Jenis-jenis perawat tersebut antara lain:

a. Perawat Vokasi

Perawat vokasi mengacu pada praktisi perawat yang memiliki keterampilan teknis keperawatan dan terlibat dalam pekerjaan keperawatan.

b. Perawat Profesi

Perawat profesi adalah perawat yang telah lulus dari pendidikan profesi keperawatan, yaitu mata kuliah profesi keperawatan, matakuliah profesi keperawatan dan matakuliah pakar keperawatan.

Perawat profesi terdiri dari:

1. Ners.

Ners adalah Perawat yang telah lulus dari program profesi Keperawatan yang memiliki keahlian khusus dalam Asuhan Keperawatan.

2. Ners Spesialis.

Ners Spesialis adalah Perawat yang telah lulus spesialis keperawatan dan memiliki keahlian khusus dalam Asuhan Keperawatan. (Yusuf 2006)

D. Pendidikan Tinggi Keperawatan

Pendidikan tinggi keperawatan terdiri dari:

- a. Pendidikan vokasi.

Pendidikan vokasi ialah program diploma keperawatan. Pendidikan vokasi terendah ialah program Diploma III keperawatan.

- b. Pendidikan akademik.

Pendidikan akademik terdiri dari:

- 1) Program sarjana keperawatan.
- 2) Program magister keperawatan
- 3) Program doktor keperawatan.

- c. Pendidikan profesi.

Pendidikan profesi terdiri dari:

- 1) Program profesi keperawatan.
- 2) Program spesialis keperawatan. (Peraturan Menteri Kesehatan RI 2019)

Bagi perawat yang bukan pegawai negeri, ketentuan ini berlaku pada Pedoman Direktur Jenderal Pelayanan Medis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2006, yang meliputi: perawat klinis 1 hingga perawat klinis 5. Selain itu untuk menentukan tingkat perkembangan

profesionalisme perawat, pedoman perawat klinis ini dapat digunakan sebagai dasar untuk mempelajari kinerja perawat (voucher) dimana memberikan otoritas klinis (prospek klinis) dan kapabilitas yang didasarkan pada mereka. Berikut kriteria jenjang karir perawat klinik 1 - 5:

1. Perawat klinik 1
 - a. Pendidikan dan pengalaman kerja
 - 1) D-III Keperawatan dan pengalaman kerja dua tahun.
 - 2) S-1 Kep/Ners dan pengalaman kerja tidak ada.
 - b. Kompetensi.
 - 1) Memberi perawatan dasar.
 - 2) Memberikan keperawatan di bawah bimbingan perawat klinis senior.
 - 3) Memberikan pendidikan kesehatan kepada pelanggan dan keluarganya.
 - 4) Melaksanakan catatan keperawatan.
 - 5) Bekerja sama dengan profesi lain.
2. Perawat klinik 2.
 - a. Pendidikan dan pengalaman kerja
 - 1) D-III Keperawatan dan pengalaman kerja lima tahun.
 - 2) S-1 Kep/Ners dan pengalaman kerja tiga tahun.
 - b. Kompetensi.
 - 1) Memberikan asuhan dasar dalam lingkup keperawatan: pediatri / bedah medik / maternitas / psikiatri / komunitas / gadar, tidak ada komplikasi / kompleksitas, asuhan klinis yang lebih tinggi dibawah bimbingan terbatas.
 - 2) Bekerja sama dengan profesi lain.
 - 3) Rekam perawatan.
 - 4) Memberikan pendidikan kesehatan kepada perawat klinis tingkat rendah dan klien serta keluarga mereka.
 - 5) Panduan PK I
3. Perawat klinik 3.

- a. Pendidikan dan Pengalaman kerja
 - 1) D-III Keperawatan dan pengalaman kerja delapan tahun serta sertifikasi (dalam proses mengikuti pendidikan S1 Kep).
 - 2) S-1 Kep dan pengalaman kerja enam tahun.
 - 3) S-2 Kep (Spesialis 1) dan tanpa pengalaman kerja.

- b. Kompetensi.

- 1) Memberi pelanggan perawatan dasar dalam ruang lingkup keperawatan: ruang gawat darurat dengan komplikasi / bedah medis / psikiatri / pediatri / pediatri / komunitas / bersalin / kompleks
- 2) Lakukan tindakan perawatan khusus yang berisiko.
- 3) Konsultasi dengan pelanggan.
- 4) Buatlah rujukan keperawatan.
- 5) Membuat keputusan keperawatan secara mandiri (tanpa bimbingan).
- 6) Membuat catatan keperawatan.
- 7) Bekerja sama dengan profesi lain
- 8) Memberikan pendidikan kesehatan kepada pelanggan dan keluarganya.
- 9) Pembinaan PK II
- 10) Mengidentifikasi hal-hal yang membutuhkan penelitian lebih lanjut.

- 4. Perawat klinik 4

- a. Pendidikan dan pengalaman kerja.

- 1) S-1 Kep/Ners dan pengalaman kerja sembilan tahun dengan sertifikasi.
- 2) S-2 Kep (spesialis 1) dan pengalaman kerja dua tahun.
- 3) S-3 Kep (Spesialisasi 2) dan tanpa pengalaman kerja.

- b. Kompetensi.

- 1) Memberi pelanggan perawatan profesional atau sub-profesional

- 2) Lakukan tindakan perawatan khusus atau biarkan spesialis memutuskan apakah itu tidak ada hubungannya dengan klien
- 3) Menerapkan pedoman PK III.
- 4) Membuat dokumen yang berkaitan dengan keperawatan.
- 5) Bekerja sama dengan profesi lain.
- 6) Konsultasi dengan pelanggan.
- 7) Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarganya.
- 8) Mengawasi mahasiswa perawat di bawahnya.
- 9) Mengidentifikasi hal-hal yang membutuhkan penelitian lebih lanjut.

5. Perawat klinik 5.

a. Pendidikan dan pengalaman kerja.

- 1) S-1 Kep dan pengalaman kerja 12 tahun.
- 2) S-2 Kep (Spesialis 1 Kep / Ners Spesialis) dan pengalaman kerja empat tahun.
- 3) S-3 Kep (Spesialis 2 Kep / Ners Spesialis Konsultan) dan pengalaman kerja satu tahun

b. Kompetensi.

- 1) Memberikan perawatan atau subspecialisasi khusus dalam lingkup maternitas / bedah medik / psikiatri / pediatri / komunitas / gawat darurat.
- 2) Melaksanakan tindakan keperawatan khusus atau khusus dengan membuat keputusan independent.
- 3) Melakukan pembinaan PK IV.
- 4) Membuat dokumen yang berkaitan dengan keperawatan.
- 5) Bekerja sama dengan profesi lain.
- 6) Konsultasi dengan pelanggan.
- 7) Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarganya.
- 8) Ajarkan siswa keperawatan.

9) Bertindak sebagai konsultan di bidang ini.

10) Berperan sebagai peneliti untuk penelitian selanjutnya (Peraturan Menteri Kesehatan RI 2019).

E. Sumpah dan Janji Perawat

Lafal sumpah perawat:

1. Saya akan membaktikan hidup saya untuk kepentingan kemanusiaan terutama dalam bidang kesehatan tanpa membeda-bedakan kesukuan kebangsaan, keagamaan, jenis kelamin, golongan aliran, politik dan kedudukan sosial.
2. Saya akan menghormati setiap hidup insani sepanjang daur kehidupannya.
3. Saya akan mempertahankan dan menjunjung tinggi martabat profesi keperawatan dengan terus menerus mengembangkan ilmu keperawatan.
4. Saya akan merahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui karena pekerjaan dan keilmuan saya sebagai perawat kecuali jika diminta keterangan untuk proses hukum.
5. Saya akan senantiasa memelihara hubungan baik antar sesama perawat
6. Saya akan membina kerja sama sebaik-baiknya dengan tenagakesehatan dari pihak lain dalam pemberian pelayanan kesehatan,
7. Saya akan tetap memberikan penghormatan yang selayaknya kepada guru pembimbing saya.
8. Saya ikrarkan sumpah ini dengan sungguh-sungguh dan dengan penuh keinsyafan. (persatuan perawat nasional indonesia)

F. Kode Etik Perawat Indonesia

Pedoman tindakan yang harus diikuti perawat saat melakukan keperawatan adalah Kode Etik Keperawatan. Kode etik merupakan kode etik dimana perawat harus melaksanakan kegiatan sesuai dengan nilai dan kebutuhan masyarakat, karena sangat bergantung pada nilai dan kebutuhan masyarakat setempat, sehingga kode etik dapat mengukur kemampuannya. perawat untuk menjalankan tugasnya di masyarakat. Oleh karena itu, etika perlu dipatuhi dan dikembangkan menjadi kebiasaan berperilaku sehari-hari

untuk membentuk perilaku dan karakter perawat dalam pekerjaan profesionalnya. Etika adalah sebuah nilai, hanya bermakna bila diterapkan dalam kehidupan sehari-hari (Budiono, 2016)

Kode Etik Indonesia perawat memuat 5 (lima) prinsip tugas perawat diantaranya yang terlibat dalam pekerjaan profesional, yaitu tanggung jawab kepada klien, jabatan, kolega, pekerjaan dan atau kepada masyarakat Tanggung jawab negara. Prinsip kode moralitas perawat indonesia adalah sebagai berikut:

1. Tanggung jawab perawat terhadap klien. Perawat dalam melaksanakan pengabdianya senantiasa:
 - a) Berorientasi pada permintaan itu akan merawat individu, keluarga dan komunitas.
 - b) Menjaga lingkungan yang menghormati nilai budaya dan adat istiadat dan kelangsungan agama berindividu, keluarga dan masyarakat.
 - c) Rasa keikhlasan yang dilandasi harkat dan tradisi luhur keperawatan.
 - d) Membangun kemitraan dengan individu, keluarga dan komunitas berinisiatif terutama di bidang kesehatan upaya kesahtraan masyarakat merupakan bagian dari kewajiban kepentingan umum.
2. Tanggung jawab perawat terhadap tugas:
 - a) Perawat selalu menjaga layanan keperawatan yang berkualitas tinggi dengan kejujuran professional dalam mengaplikasikan ilmunya sesuai dengan kebutuhan pribadi keluarga dan masyarakat.
 - b) Perawat wajib merahasiakan semua informasi yang diketahui terkait dengan mereka menjalankan tugas yang dipercayakan kepadanya, kecuali diminta diotorisasi sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku.

- c) Perawat tidak akan menggunakan pengetahuan dan keterampilan keperawatan untuk tujuan melanggar norma kemanusiaan.
 - d) Perawat selalu berusaha memahami sepenuhnya saat menjalankan tugasnya, agar tidak terpengaruh oleh faktor-faktor seperti kebangsaan, ras, warna kulit, usia, jenis kelamin, keyakinan politik dan agama, serta status sosial.
 - e) Perawat selalu mengutamakan perlindungan dan keselamatan pasien saat menjalankan tugas keperawatan, dan mereka matang dalam mempertimbangkan kemampuannya untuk menerima atau mengalihkan tugas terkait keperawatan.
3. Tanggung jawab perawat terhadap sesama perawat dan profesi kesehatan lain (teman sejawat), perawat senantiasa :
- a) Jaga hubungan baik dengan sesama perawat dan staf medis aspek lainnya termasuk menjaga lingkungan kerja yang harmonis dan mencapai tujuan layanan kesehatan secara keseluruhan.
 - b) Sebarkan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman kepada perawat pendamping dan menimba ilmu serta pengalaman dari profesi lain untuk meningkatkan keterampilan di bidang keperawatan.
4. Tanggung jawab perawat terhadap profesi, perawat senantiasa:
- a) Berusaha meningkatkan kompetensi profesional pribadi dengan meningkatkan pengetahuan, keterampilan bersama dan pengalaman yang berguna untuk perkembangan keperawatan.
 - b) Menjaga reputasi profesi perawat melalui tampilan sikap dan karakteristik pribadi yang mulia.
 - c) Berperan dalam menentukan standarisasi pendidikan dan layanan keperawatan, dan menerapkannya pada layanan dan kegiatan pendidikan keperawatan.

- d) Secara bersama-sama meningkatkan dan menjaga kualitas organisasi profesi keperawatan sebagai saran layanan.
- 5. Tanggung jawab perawat kepada pemerintah, negara dan tanah air (state), perawat selalu:
 - a) Melaksanakan regulasi secara garis besar kebijakan pemerintah di bidang kesehatan dan perawatan.
 - b) Harus berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat dan pelayanan keperawatan serta memberikan pendapat kepada pemerintah. (Budiono, 2016)

G. Hak dan Kewajiban Perawat

- 1) Dalam melaksanakan Praktik Keperawatan, Perawat mempunyai hak sebagai berikut:
 - a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan Standar Profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang - undangan;
 - b. memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya;
 - c. melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangan
 - d. menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan
 - e. menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik
 - f. memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar
 - g. memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan, kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama
 - h. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya
 - i. memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- 2) Selain menerima imbalan jasa Perawat juga berhak mendapatkan imbalan jasa atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan.
- 3) Dalam pelaksanaan praktik keperawatan, perawat harus melaksanakan kewajiban sebagai berikut:
 - a) Menjaga kerahasiaan kesehatan pelanggan
 - b) Mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya untuk mengambil Tindakan
 - c) Meningkatkan sarana dan prasarana pelayanan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan dan peraturan perundang-undangan untuk perawat praktik mandiri
 - d) Memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan etika profesi, standar pelayanan keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional dan peraturan perundang-undangan;
 - e) Merekomendasikan klien yang tidak dapat menerima perawatan kepada perawat yang lebih cocok atau tenaga kesehatan lain sesuai dengan ruang lingkup dan tingkat kompetensinya
 - f) Catat perawatan sesuai dengan standar.
 - g) Memberikan informasi yang lengkap, jujur, jelas dan mudah dipahami tentang perilaku keperawatan kepada pelanggan dan anggota keluarganya sesuai kewenangannya
 - h) Menurut kewenangan perawat, lakukan tindakan otorisasi dan desentralisasi petugas kesehatan lainnya
 - i) Melaksanakan tugas-tugas khusus yang ditentukan oleh pemerintah.
- 4) Dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat harus senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai bidang kerja masing-masing organisasi profesi, pemerintah daerah atau organisasi pemerintah, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan. (Peraturan Menteri Kesehatan RI 2019)

H. Dasar Hukum Tindakan keperawatan.

Perawat yang melaksanakan layanan kesehatan bertindak sebagai administrator praktik keperawatan, penyedia layanan keperawatan, konsultan dan konsultan klien, manajer layanan keperawatan, dan peneliti keperawatan. Pelayanan keperawatan yang diberikan perawat didasarkan pada pengetahuan dan kemampuan di bidang ilmu keperawatan yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan pelanggan, perkembangan keilmuan dan kebutuhan global. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat terdaftar dan berlisensi, bertanggung jawab, berkualitas tinggi, dan aman. (bawaulu 2019)

Praktik keperawatan merupakan wujud nyata dari pelayanan keperawatan yang dilaksanakan secara mandiri berdasarkan otorisasi, penetapan tugas berdasarkan batasan tertentu, penetapan tugas atau kolaborasi dalam situasi darurat. Untuk memastikan bahwa masyarakat sebagai penerima layanan terlindungi, dan untuk memastikan bahwa perawat sebagai pemberi layanan terlindungi, pengaturan perawatan yang komprehensif diwajibkan oleh undang-undang. (bawaulu 2019)

Atas dasar inilah maka Undang-Undang Keperawatan dirumuskan untuk memberikan kepastian hukum dan perlindungan hukum, serta memperbaiki, membimbing dan mengatur berbagai dokumen hukum untuk mengatur, bertanggung jawab, bertanggung jawab, pengelolaan yang bermutu dan aman serta pelaksanaan praktik keperawatan dan keperawatan. perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Undang-undang tersebut memuat regulasi tentang jenis perawat, pendidikan tinggi keperawatan, registrasi, praktik dan registrasi ulang, praktik perawat, hak dan kewajiban perawat dan klien, serta regulasi yang terkait dengan perawat (seperti organisasi profesi, perguruan tinggi dan dewan), dan pengaturan tentang Pembinaan, pembinaan dan pengawasan perawat, serta sanksi administrasi. (bawaulu 2019)

Latar belakang diundangkannya Undang-Undang Nomor 38 tentang Keperawatan tahun 2014 adalah agar kesejahteraan masyarakat menjadi

salah satu tujuan nasional yang tertuang dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, pembangunan yang sehat harus dilaksanakan.

- 1) Mewujudkan pembangunan yang sehat melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan.
- 2) Pengelolaan pelayanan keperawatan harus dilaksanakan secara bertanggung jawab, bertanggung jawab, bermutu, aman dan terjangkau oleh perawat yang berkemampuan, berwibawa, beretika dan beretika.
- 3) Mengenai keperawatan perlu diatur secara komprehensif dalam peraturan perundang-undangan guna memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi perawat dan masyarakat.
- 4) Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka perlu disusun suatu undang-undang keperawatan. (bawaulu 2019)

I. Dasar Hukum.

Dasar hukum pengesahan UU Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan adalah Pasal 20, Pasal 21 dan Pasal 28 C Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Adapun tindakan yang di atur yaitu terdapat pada:

BAB V PRAKTIK KEPERAWATAN

Bagian Kesatu Umum Pasal 28

1. Praktik Keperawatan dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tempat lainnya sesuai dengan Klien sararannya.
2. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas
3. Praktik Keperawatan mandiri
4. Praktik Keperawatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
5. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.

6. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada prinsip kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan masyarakat dalam suatu wilayah.
7. Ketentuan lebih lanjut mengenai kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan dalam suatu wilayah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur dengan Peraturan Menteri.

8. Bagian Kedua Tugas dan Wewenang

Pasal 29.

Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, Perawat bertugas sebagai:

1. pemberi Asuhan Keperawatan
2. penyuluh dan konselor bagi Klien
3. pengelola Pelayanan Keperawatan
4. peneliti Keperawatan
5. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang
6. pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu
7. Tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama ataupun sendiri-sendiri.

Pelaksanaan tugas Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

Pasal 30.

Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan, Perawat berwenang:

1. melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik
2. menetapkan diagnosis Keperawatan
3. merencanakan tindakan Keperawatan
4. melaksanakan tindakan Keperawatan
5. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan
6. melakukan rujukan
7. memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi

8. memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter
9. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling
10. melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat

1. menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan masyarakat
2. membantu penemuan kasus penyakit
3. merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat
4. melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat
5. melakukan rujukan kasus
6. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat
7. melakukan pemberdayaan masyarakat
8. melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat
9. menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat
10. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling
11. mengelola kasus
12. melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif.

Pasal 31

Dalam menjalankan tugas sebagai penyuluh dan konselor bagi Klien, Perawat berwenang: melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik di tingkat individu dan keluarga serta di tingkat kelompok masyarakat;

1. melakukan pemberdayaan masyarakat
2. melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat
3. menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat
4. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling.
5. Dalam menjalankan tugasnya sebagai pengelola Pelayanan Keperawatan, Perawat berwenang
6. melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan
7. merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi Pelayanan Keperawatan dan mengelola kasus.

Dalam menjalankan tugasnya sebagai peneliti Keperawatan, Perawat berwenang:

1. melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika
2. menggunakan sumber daya pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan atas izin pimpinan
3. menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundangundangan.

Pasal 32

1. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf e hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya.
2. Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara delegatif atau mandat.
3. Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.
4. Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) hanya dapat diberikan kepada Perawat profesi

atau Perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan.

5. Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan.
6. Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berada pada pemberi pelimpahan wewenang.

Dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perawat berwenang: melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis; melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program Pemerintah.

Pasal 33

Melaksanakan tugas dalam kondisi tertentu merupakan tugas yang dilaksanakan oleh pemerintah apabila tidak ada tenaga medis di wilayah tugas perawat.

Tidak terdapat tenaga medis dan / atau kefarmasian dalam wilayah tugas perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang ditetapkan oleh penanggung jawab kelompok kerja perangkat daerah yang bertanggung jawab atas urusan pemerintahan di dinas kesehatan setempat. (2) Saat melakukan tugas di bawah batasan tertentu yang diuraikan dalam ayat (1), kemampuan perawat harus dipertimbangkan. Dalam melaksanakan tugas dengan batasan tertentu yang dijelaskan pada ayat (1), perawat berhak:

1. Obati penyakit umum tanpa tenaga medis
2. Rujuk pasien sesuai dengan sistem rujukan
3. Memberikan pelayanan kefarmasian yang terbatas tanpa tenaga apotek.

Pasal 34

Ketentuan lain mengenai tugas dan wewenang perawat tunduk pada peraturan menteri.

Pasal 35

Saat memberikan pertolongan pertama dalam keadaan darurat, perawat dapat mengambil tindakan medis dan mengelola pengobatan sesuai dengan kemampuan mereka. (bawaulu 2019)

BAB III

Tugas Perawat

Menurut International Council of Nursing, perawat adalah orang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan dan berhak memberikan layanan di negara yang bersangkutan untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit. Dalam Undang-Undang Nomor 23 tentang Kesehatan tahun 1992, perawat adalah orang yang memiliki kemampuan dan kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan (Yulihastin, 2009). Keperawatan merupakan salah satu profesi di rumah sakit, dan berperan penting dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan rumah sakit. Dalam standar evaluasi dan pengendalian mutu dijelaskan bahwa pelayanan keperawatan menjamin pelayanan yang bermutu tinggi dengan tetap mengikuti rencana pengendalian mutu rumah sakit. Sejak lebih dari 100 tahun yang lalu, perawat legendaris Florence Nightingale menyatakan bahwa rumah sakit tidak boleh membahayakan pasien. Pada tahun 1859, ia membuktikan bahwa tujuan pengobatan adalah untuk menjaga pasien dalam kondisi terbaiknya

agar dapat bertindak secara alami. Hal ini menunjukkan bahwa perawat sangat memperhatikan pasien yang ditanganinya di rumah sakit (Aditama, 2007). Perawat harus bekerja secara bergilir karena rumah sakit memberikan pelayanan 24 jam kepada pasien (Yulihastin, 2009).

Perawat merupakan salah satu tenaga medis yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, tugas utama masyarakat adalah memberikan keperawatan atau pengabdian berdasarkan pengetahuan dan ketrampilan profesionalnya. Perawat di lembaga kesehatan memberikan pelayanan keperawatan secara langsung maupun tidak langsung melalui kegiatan konsultasi dan pendidikan. Jika kita membahas tugas dan fungsi perawat tidak lepas dari pembahasan tentang peran perawat dalam pelayanan kesehatan. Pertama-tama, dalam menjalankan tugas perawat pelaksana, perawat harus berperan sebagai pelaksana dan menggunakan berbagai metode untuk membantu mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Peran kedua perawat adalah sebagai pendidik, memberikan konsultasi kepada kepala sekolah atau penanggung jawab jawab. Tugas ketiga perawat adalah menjadi manajer, struktur pekerjaannya adalah mengawasi dan memastikan kualitas perawatan. Keempat, sebagai peneliti, untuk mengembangkan sistem pengetahuan keperawatan, perawat harus memiliki kemampuan melakukan penelitian di bidangnya masing-masing (Rabba Dahrianis dan Rauf, 2014).

Dalam menjalankan tugas khususnya di rumah sakit, perawat memiliki wilayah kerja yang berbeda sesuai dengan unit rumah sakit yang berbeda. Jumlah tenaga medis (dokter) yang terbatas setiap kali ada pelayanan kesehatan, memaksa dokter membutuhkan perawat sebagai tenaga penunjang dalam setiap pekerjaan. Namun perawat seringkali melakukan kesalahan saat melakukan tugas, kesalahan tersebut akan berdampak negatif pada pasien, seperti kesalahan dalam pemberian makan pada pasien, kesalahan dalam pelayanan gawat darurat, dan kesalahan dalam pelayanan perawatan pasca operasi. Layaknya dokter, setiap perilaku perawat sebagai subjek hukum juga akan menghadapi konsekuensi hukum berupa pertanggungjawaban hukum. namun Selama ini, karena belum jelasnya kewenangan perawat dalam menjalankan tugas profesionalnya, maka ruang lingkup

tugasnya masih belum jelas. Kekuasaan masih disamakan dengan kekuasaan dokter, yang menyembunyikan makna dan batasan tanggung jawab hukum. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan fisik, mental dan material pada pasien. Apalagi jika tindakan medis yang diambil tidak kondusif bagi pasien, pasien tidak akan memahami maksud dan tujuan dari gugatan tersebut. Kesalahan ini pada akhirnya akan membatalkan satu atau lebih argumen dalam gugatan tersebut. Terakhir, masyarakat yakin dan terjamin secara hukum (Ginting, 2013).

Umumnya pelayanan rumah sakit meliputi pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien rumah sakit yang menempati ranjang perawatan untuk observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan medik lainnya. Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan kesehatan utama rumah sakit, dan merupakan wadah interaksi antara pasien dengan semua pihak di rumah sakit. Perawatan rawat inap melibatkan hubungan sensitif antara pasien, dokter dan perawat, kepuasan pasien, dan kualitas Citra layanan dan rumah sakit. Semua ini sangat membutuhkan perhatian dari departemen manajemen rumah sakit. Berbagai kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan rawat inap rumah sakit yaitu pelayanan rawat inap, pelayanan medik (dokter), pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan obat, pelayanan makanan dan manajemen keuangan (Suryawati et al., 2006).

Perawat yang bertugas di bangsal dibagi menjadi tiga shift, delapan jam pagi, delapan jam sore, dan delapan jam malam. Pada seminar tahun 1983, peran perawat disepakati. Landasan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, meliputi: menilai kebutuhan pasien, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan, mengevaluasi hasil keperawatan, dan mencatat proses keperawatan (Hidayat, 2009).). Lumenta (1989) menekankan bahwa tugas utama perawat adalah memperhatikan kebutuhan pasien, bertanggung jawab penuh terhadap pasien, dan memberikan perawatan kepada individu atau kelompok orang yang mengalami tekanan akibat sakit. Perawat yang sering bekerja di bangsal rawat inap Menghadapi pasien dengan berbagai kepribadian dan penyakit. Pasien sering mengeluh tentang penyakitnya, yang

membuat perawat kelelahan. Dari sudut pandang pasien, perawat tidak hanya mengalami kelelahan fisik, emosional, dan mental, tetapi keluarga pasien juga memiliki banyak persyaratan / keluhan, dan rekan kerja dan dokter offline cenderung sombong. Hal tersebut dapat membuat perawat merasa stres (Yulihastin, 2009). Berdasarkan hasil survei PPNI tahun 2006, sekitar 50,9% perawat yang bekerja di 4 provinsi di Indonesia akan merasakan tekanan dalam bekerja akibat beban kerja yang berat, memakan waktu lama, upah rendah dan kurangnya tenaga kerja. Mereka sering pusing, lelah dan tidak bisa istirahat. Insentif beban kerja yang sesuai (Rachmawati, 2008).

Selain rawat inap, pelayanan rawat jalan juga diberikan dalam pelayanan rumah sakit. Berbeda dengan rawat inap, rawat jalan merupakan bentuk pelayanan medis yang sederhana. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan medik yang diberikan kepada pasien non rawat inap (Feste, 2000; Nurhayati, 2004). Tugas perawat yang bertugas di poliklinik rawat jalan adalah membantu dokter menyiapkan peralatan, menimbang, memeriksa tekanan darah pasien dan memberikan obat yang diperlukan. Mereka bekerja sesuai dengan perintah atau instruksi dokter. Frekuensi pertemuan antara perawat dan pasien di klinik rawat jalan lebih pendek dibandingkan dengan perawat yang bekerja di klinik rawat inap. Perawat rawat jalan hanya bertemu dengan pasien pada hari pemeriksaan, tetapi perawat bertemu dengan dokter yang akan lebih sering memeriksa pasien. Permasalahan yang sering dihadapi perawat di poliklinik rawat jalan adalah: pasien mengeluhkan kecepatan pelayanan yang lambat, kinerja manajemen yang buruk, perawat yang "digigit", dokter yang bekerja cuek, dan tenaga ahli yang datang terlambat di poliklinik dan pulang lebih awal (Setiadi, 2012) .

Karena perawat rawat inap sering berinteraksi dengan pasien dan keluarganya, dan perawat rawat jalan sering berinteraksi dengan pasien dan dokter, inilah sumber tekanan perawat. Menurut Sarafino (2002), stres merupakan suatu kondisi yang menuntut individu untuk melihat kesenjangan antara kebutuhan lingkungan dan sumber daya biologis, psikologis, atau sosial. Artinya perawat rawat inap dan rawat jalan mungkin mengalami stres yang berbeda, tetapi bisa juga

sama, tergantung bagaimana perawat menghadapi situasi saat ini. Menurut Sarafino (1998), stres dapat terjadi kapan saja dan dapat datang dari mana saja, yaitu dari semua aspek kehidupan manusia. Semua rangsangan yang dapat menyebabkan stres dapat berupa perubahan lingkungan, fisik atau sosial yang disebut pemicu stres. Dalam kehidupan sehari-hari, sumber stres adalah sebagai berikut: faktor diri sendiri, faktor keluarga, faktor pekerjaan dan lingkungan. Setiap perawat memiliki pemahaman yang berbeda tentang sumber stres ini, ada perawat yang suka ke dokter, ada yang tidak mau ke dokter. Beberapa perawat mengeluh tentang melayani pasien, sementara yang lain tidak mengeluh tentang melayani pasien (Arafino, 2002).

Tanggung jawab dan persyaratan yang berbeda dari rawat inap dan rawat jalan dapat mengakibatkan sumber stres yang berbeda atau kelelahan fisik, emosional, dan mental yang berbeda. Berikut ini adalah kasus kelelahan kerja yang dialami perawat dari RSAB “Harapan Kita”: “Beberapa perawat memilih mengundurkan diri karena merasa tidak nyaman dengan lingkungan kerja yang tidak nyaman (seperti sakit), teman dan keluarga. Ada peraturan. Mereka lebih memilih untuk mengundurkan diri, berhenti dari pekerjaan daripada menanggung situasi tidak menyenangkan yang mungkin membuat mereka merasa stres, yang akan mengganggu kinerja mereka dengan pasien. Keterlibatan perawat dalam memberikan perawatan kepada pasien dapat berhasil mempengaruhi layanan medis. Keperawatan adalah salah satu bentuk perawatan Pelayanan tersebut bersifat profesional dan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan berdasarkan pengetahuan dan ketrampilan keperawatan (Hidayat, 2008). Keterampilan keperawatan (seni keperawatan) dirancang untuk memungkinkan perawat memberikan hubungan interpersonal dan kemampuan berinteraksi antara perawat dan klien (Asmadi, 2008). Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, persaingan yang dilakukan oleh rumah sakit (dalam hal ini penyelenggara pelayanan kesehatan harus memberikan pelayanan kepada masyarakat sebagai pengguna jasa) harus mengutamakan kualitas pelayanan yang diberikan. Pasal 32 (d) mengacu pada rumah sakit yang berhak memberikan layanan medis berkualitas

kepada pasiennya sesuai dengan standar profesional dan prosedur operasi standar. (UU No. 44 Tahun 2009).

Layanan keperawatan berkualitas tinggi mengharuskan perawat untuk bekerja secara profesional dan terstandarisasi, dan layanan harus berpusat pada pasien dan komprehensif. Profesionalitas perawat diharapkan mampu menjadikan perawat manusiawi terhadap pasien. Perilaku humanistik berarti perawat memperlakukan pasien sebagai orang yang harus diperhatikan, dirawat, dan dilayani dengan ikhlas. (Nursalam, 2011) Pelayanan keperawatan terbaik dapat dicapai melalui perilaku caring. Perilaku keperawatan merupakan sikap kepedulian dan kepedulian terhadap pasien, yang membuat pasien merasa terlindungi dan dihargai. Perawat harus dapat melayani klien dengan sepenuh hati dan menuntut agar klien dapat memperhatikan orang lain, baik kecerdasan, kemampuan teknis maupun interpersonal (Dwidiyanti, 2007). Selain itu, Benner (Porter dan Perry, 1989, 2009) menjelaskan inti dari praktik keperawatan. Perilaku peduli yang baik (Porter dan Perry, 2009). Nyatanya, masih banyak perawat yang belum merawatnya, terbukti dengan semakin banyaknya kegiatan rehabilitasi yang diberikan perawat kepada pasien. Bahkan ada beberapa perawat yang tidak sempat mendengarkan pengunjungnya, memberikan kenyamanan dan kegiatan keperawatan lainnya. Terkadang, perawat percaya bahwa hubungan terapeutik antara perawat dan klien tidak terlalu penting. Beberapa bukti empiris mendukung kurangnya perilaku keperawatan perawat. Untuk meningkatkan perilaku keperawatan diperlukan dorongan perawat. Welas asih merupakan salah satu ciri kepedulian, dan simpati menimbulkan kepedulian (Dwidiyanti, 2007). Hubungan profesional percaya bahwa praktik keperawatan adalah inti dari keperawatan dan juga fokus keperawatan yang komprehensif Peduli. Perawatan tubuh disebut faktor penting, dan Watson menyebutnya sebagai "inti keperawatan". Perilaku keperawatan belum diterapkan secara maksimal dalam pelayanan keperawatan. Salah satu cara untuk meningkatkan keperawatan adalah dengan memberikan bimbingan intensif (Watson, 2009).

Perawat yang bertugas di ruang rawat inap dan rawat jalan dapat mengalami stres / stres akibat beban kerja yang berlebihan terkait dengan orang lain, seperti memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien untuk memulihkan atau memulihkan kesehatan fisik dan mentalnya, serta memberikan pelayanan lain agar masyarakat merasa nyaman dan aman, seperti: Merapikan tempat tidur, melaksanakan tugas administrasi, menyelenggarakan pendidikan keperawatan berkelanjutan, melakukan berbagai kajian / penelitian, dan berpartisipasi aktif dalam pendidikan calon perawat. Jika kondisi ini terus berlanjut akan menyebabkan perawat mengalami kelelahan fisik, emosional, dan mental yang disebut gejala kelelahan. Jelaskan burnout sebagai reaksi yang mencerminkan respon emosional orang yang bekerja di bidang human service (pelayanan manusia) dan bekerjasama dengan masyarakat. Siapa pasiennya Kelelahan ditemukan di antara perawat, pekerja sosial, guru, dan petugas polisi di banyak rumah sakit. Menurut Cherniss (1980), burnout adalah penarikan psikologis di tempat kerja, respons terhadap stres, dan ketidakpuasan yang berlebihan atau jangka panjang terhadap lingkungan kerja. (Dalam Rosyid, 1996).

Burnout merupakan respon dari tuntutan emosional yang tinggi. Kebutuhan penerima layanan datang dari penerima layanan, mereka membutuhkan bantuan, bantuan, perhatian dan perhatian dari penyedia layanan. Kelelahan memiliki tiga aspek, yang pertama adalah kelelahan emosional di area ini, yang dapat menyebabkan perasaan depresi, putus asa, depresi, dan borgol. Keputusan pribadi, frustrasi, dan pengekan adalah dimensi kedua dari depersonalisasi. Dalam dimensi ini, sikap negatif, kekasaran, keterasingan, dan ketidakpedulian terhadap lingkungan sekitarnya akan ditampilkan, sedangkan dimensi ketiga penurunan prestasi pribadi dinyatakan sebagai ketidakpuasan (Maslach, 1982).

Menurut Watson, landasan teori praktik keperawatan adalah 10 faktor. Masing-masing memiliki komponen dinamis.

1. Membangun sistem nilai humanistik dan altruistik.

2. Berikan kepercayaan dengan mempromosikan dan mempromosikan perawatan holistik.
3. Kembangkan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain.
4. Bangun hubungan kepercayaan.
5. Meningkatkan dan menerima ekspresi positif dan negatif dari pelanggan.
6. Gunakan metode pemecahan masalah untuk membuat keputusan secara sistematis.
7. Meningkatkan pembelajaran dan pengajaran interpersonal, memberikan perawatan mandiri, menentukan kebutuhan pribadi, dan memberikan peluang bagi pertumbuhan pribadi pelanggan.
8. Menciptakan lingkungan fisik, spiritual, sosial, budaya dan spiritual yang mendukung.
9. Memberikan bimbingan untuk memenuhi kebutuhan manusia.
10. Memahami tekanan fenomenologi untuk mewujudkan pertumbuhan pribadi dan kematangan psikologis klien.(watson,2009)

Watson mengemukakan tiga faktor yang disukai dari sepuluh faktor yang disukai, yang menjadi konsep dasar konsep caring. Ketiga faktor karakteristik tersebut adalah: membentuk sistem nilai yang humanistik dan altruistik, memberikan harapan dan kepercayaan, serta meningkatkan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain Watson menemukan tujuh hipotesis dasar tentang keperawatan Satu jenis (Julia, 1995).

- a. Perawatan interpersonal dapat dilakukan.
- b. Kondisi keperawatan dilakukan dengan memenuhi faktor kebutuhan manusia yang menguntungkan.
- c. Perawatan yang efektif dapat meningkatkan kesehatan dan perkembangan individu dan keluarga.

- d. Respon keperawatan tidak hanya menerima seseorang, tetapi menerima orang ini sekarang, tetapi juga menerima apa yang mungkin terjadi di masa depan.
- e. Lingkungan keperawatan menawarkan kemungkinan pengembangan dan fleksibilitas potensial.
- f. Perawatan lebih sehat daripada pengobatan. Praktik keperawatan menggabungkan pengetahuan biofisik dengan perilaku manusia untuk meningkatkan kesehatan dan membantu individu yang sakit, sedangkan praktik keperawatan merupakan inti dari keperawatan.

Guna memenuhi tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan keperawatan maka diperlukan inovasi yaitu pelatihan internal. Pelatihan internal adalah rencana pelatihan yang diselenggarakan oleh rumah sakit melalui penggunaan tempat pelatihan, peralatan pelatihan, identifikasi peserta dan pengenalan pelatih sendiri. Tujuan dari pelatihan internal meliputi (manuamba, 2000)

1. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia untuk mendukung tujuan organisasi mencapai pelayanan keperawatan yang berkualitas.
2. Bangun interaksi antar peserta. Melalui pelatihan internal, peserta dapat saling bertukar informasi, sehingga ini bukanlah cara yang paling efektif untuk menciptakan standarisasi kinerja yang paling efektif. Mana yang terbaik, mana yang paling efektif, dan mana yang terbaik, standar kerja dapat ditetapkan di semua cabang sehingga semua cabang dapat berkembang secara merata dengan kualitas terbaik.
3. Meningkatkan hubungan dan persatuan antar karyawan. Karena mereka bekerja di tempat penampungan yang sama, mereka tidak lagi berbagi secara kaku, bersahabat dan kompak.
4. Meningkatkan motivasi dan budaya belajar yang berkelanjutan. Hal ini dapat mendalami permasalahan yang dihadapi di bidang yang terkait dengan peningkatan efisiensi kerja sehingga dapat ditemukan solusi dan solusi terbaik.

Sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan, pelayanan keperawatan tentunya memberikan kontribusi yang sangat penting bagi mutu pelayanan rumah sakit. Oleh karena itu, segala upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit harus dibarengi dengan upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan (Nursalam dan Effendi). , 2008). Hal tersebut dapat dinilai dengan observasi langsung, yaitu proses pemberian asuhan keperawatan atau laporan keperawatan dan rekam medis pasien (dokumen). Oleh karena itu, pencapaian praktik keperawatan tingkat tinggi atau kinerja tinggi perawat dalam pelayanan keperawatan akan mempengaruhi tingkat kualitas keperawatan. Keperawatan terbaik merupakan salah satu indikator kinerja perawat. Dalam indikator ini dukungan tenaga perawat sangat dibutuhkan sesuai dengan kaidah profesi (Barker, 2011). Perawat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas perawat dan juga pelayanan kesehatan terbaik melalui kualitas keperawatan. Faktor paling kritis. Agar dapat melakukan asuhan keperawatan dengan benar, perawat perlu memiliki kemampuan menjalin kontak dengan klien dan keluarga, serta perlu berkomunikasi dengan anggota tim medis lainnya, menilai kesehatan klien melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan hasil evaluasi. mendukung pemeriksaan, menentukan diagnosis keperawatan dan Memberi pelanggan tindakan yang diperlukan, mengevaluasi Tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan penyesuaian dengan rencana yang telah dibuat (Gibson et al., 1997). Salah satu strategi untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan adalah dengan menerapkan rencana bundar keperawatan yang merupakan salah satu penerapan keperawatan berbasis hubungan. Putaran keperawatan memungkinkan perawat untuk secara teratur dan sistematis menjalin hubungan timbal balik dengan pasien untuk menunjukkan kehadiran perawat untuk membantu mereka mengantisipasi kebutuhan dan memberikan kenyamanan dan perlindungan bagi pasien (Clement, 2011).

Laporan Studer Group (2007) dalam Saleh (2012) menunjukkan bahwa berdasarkan hasil survei tahun 2006, institusi yang rutin memberikan perawatan sistematis meningkatkan kepuasan pasien sebesar 89% dan menurunkan angka penurunan hingga 60%. Selain itu, 2 dari 12 rumah sakit menerapkan perawatan

rutin dan sistematis Peningkatan pelayanan merupakan syarat utama untuk mewujudkan keperawatan yang dapat meningkatkan kinerja perawat dalam aspek kognitif, emosional dan psikomotorik. Studi tersebut juga melaporkan bahwa dampak tidak dilaksanakannya ronde keperawatan akan menurunkan efisiensi kerja dan menurunkan komunikasi perawat tenaga medis dan komunikasi perawat pasien, sehingga motivasi perawat untuk bekerja secara bertahap akan menurun. Selain itu, terdapat perbedaan motivasi kerja perawat yang melaksanakan giliran keperawatan dan yang tidak. dalam Kasenda (2013) menunjukkan bahwa babak keperawatan sangat penting bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Babak keperawatan memungkinkan pasien memperoleh informasi tentang penyakit, kelanjutan pemeriksaan, proses keperawatan, dan rehabilitasi. Keperawatan sangat penting bagi pasien dan perawat, karena akan terjadi kontak yang konstan antara perawat dan pasien dalam kegiatan keperawatan. Itu belum dibuat, jadi tidak ada pandangan serupa tentang pelaksanaan babak keperawatan. Perawat belum pernah melakukan keperawatan di dalam ruangan. Perawat hanya melakukan pekerjaan rutin. Perawat mengedepankan tugas profesional lainnya di tempat pertama daripada menjadi perawat mandiri (Beniscova,2007)

1. Perawat tidak pernah mendapatkan pelatihan keperawatan, sehingga perawat kurang simpati kepada pasien dan hati pasien. Kurangnya komunikasi antara perawat dan pasien. Untuk meningkatkan keterampilan komunikasi antara perawat dan pasien dalam memberikan pelayanan keperawatan dan keperawatan dapat dilakukan melalui babak keperawatan. Berdasarkan fenomena di atas, tim berkeyakinan bahwa kegiatan pengabdian masyarakat melalui pelatihan sangat penting dilakukan. Kondisi fisik dan psikis seseorang disebabkan oleh lingkungannya.
2. Selain itu, stres merupakan "persiapan tidak sadar" yang dilakukan oleh orang-orang untuk menghindari atau menghadapi tuntutan lingkungannya.

3. Stres akibat pekerjaan diartikan sebagai respon emosional dan fisik yang bersifat mengganggu atau merugikan, ketika kebutuhan pekerjaan tidak sesuai dengan kemampuan, sumber daya atau keinginan pekerja, maka tekanan tersebut akan terjadi.
4. Jika tekanan yang dialami melibatkan organisasi perusahaan tempat orang yang bersangkutan bekerja, maka dapat diklasifikasikan sebagai orang yang mengalami tekanan kerja.
5. Jika tidak ada respon, tekanan kerja dapat berdampak negatif pada kesehatan mental. Stres dapat menyebabkan semua jenis efek berbahaya, mulai dari penurunan kesehatan hingga penyakit. Persyaratan pekerjaan bukanlah kemampuan atau keterampilan pekerja, tetapi keinginan yang tidak terikat dan ketidakpuasan kerja dapat menjadi penyebab stres. Misalnya, kerja malam dapat menyebabkan tekanan fisik dan emosional (Sunyoto,2012)

Tugas perawat

Dalam pelaksanaan praktik keperawatan, perawat berperan sebagai (Permenkes 2019):

- 1) Konsultan dan konsultan keperawatan untuk klien yang mengelola layanan keperawatan
- 2) Peneliti keperawatan melakukan tugas berdasarkan otorisasi dan / atau melakukan tugas di bawah batasan tertentu
- 3) Saat menjalankan tugas sebagai penyedia perawatan yang disebutkan dalam perawatan kesehatan pribadi, berikan wewenang kepada perawat
- 4) Melakukan asesmen keperawatan holistik untuk menentukan diagnosis keperawatan dan merencanakan tindakan keperawatan
- 5) Melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan untuk rujukan

- 6) Sesuai kemampuan, melakukan tindakan darurat, melakukan konsultasi keperawatan dan bekerjasama dengan dokter untuk penyuluhan dan konsultasi kesehatan
- 7) Menurut manajemen resep tenaga medis atau obat gratis dan obat gratis terbatas, manajemen obat kepada pelanggan. Perawat profesional memiliki otoritas dalam menjalankan tugasnya sebagai perawat dalam pelayanan kesehatan pribadi
- 8) Saat melakukan penilaian keperawatan secara keseluruhan yang dijelaskan oleh perawat profesional, harap lakukan penilaian dasar dan tindak lanjut secara menyeluruh.
- 9) Hak untuk melakukan diagnosis keperawatan saat menentukan diagnosis keperawatan yang disebutkan dalam perawat profesional.
- 10) Perawat okupasi memiliki kewenangan ketika menjalankan tugasnya sebagai perawat dalam pelayanan kesehatan pribadi
- 11) Selama asesmen keperawatan holistik, perawat profesional melakukan asesmen dasar yang komprehensif.
- 12) Pendidikan kesehatan dilaksanakan dalam rangka penyelenggaraan pendidikan kesehatan kepada masyarakat. Saat melaksanakan tugas memberikan layanan keperawatan yang disebutkan dalam asesmen kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat
- 13) Identifikasi masalahnya. Pelayanan kesehatan masyarakat membantu merencanakan tindakan untuk mendeteksi kasus penyakit; pelayanan kesehatan masyarakat melakukan tindakan; pelayanan kesehatan masyarakat melakukan rujukan untuk mengevaluasi hasil tindakan; pelayanan kesehatan masyarakat melakukan pemberdayaan masyarakat dan advokasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat
- 14) Membangun kemitraan dalam pelayanan kesehatan masyarakat untuk pendidikan kesehatan dan konsultasi dalam manajemen

kasus; dan M. Lakukan manajemen perawatan komplementer dan alternatif

- 15) Perawat profesional memiliki otoritas. Perawat kejuruan memiliki hak untuk menggunakan hak keperawatan tambahan dan alternatif, dan hanya perawat yang memiliki kemampuan untuk melengkapi dan menggantikan keperawatan melalui pendidikan dan / atau pelatihan keperawatan yang dapat menerapkannya.
- 16) Penerapan hak perawatan tambahan dan alternatif berarti menjadi layanan perawatan primer daripada terus menerus.
- 17) Pelaksanaan hak perawatan tambahan dan alternatif adalah pelengkap. Hak perawatan komplementer dan alternatif yang diantisipasi
- 18) Penyelenggaraan di lembaga pelayanan kesehatan selain tempat praktek perawat mandiri hanya dapat dilakukan setelah lembaga pelayanan kesehatan tersebut menerbitkan sertifikat.
- 19) 19) Dinas kesehatan setempat / kota akan menyelenggarakan kursus pendidikan keperawatan tambahan dan alternatif dan / atau modul pelatihan tambahan di tempat praktik perawat independen setelah memperoleh sertifikat.
- 20) Melaksanakan penelitian keperawatan holistik pada tingkat individu dan keluarga serta kelompok masyarakat sehingga memungkinkan masyarakat melakukan advokasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat.
- 21) Menjalin hubungan kerjasama di bidang pelayanan kesehatan masyarakat untuk memberikan pendidikan kesehatan, konsultasi perawat profesional berwibawa
- 22) Perawat okupasi berhak mengevaluasi dan mengidentifikasi masalah untuk merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi pelayanan keperawatan dan manajemen kasus. Melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika

- 23) Memanfaatkan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan atas izin pimpinan; dan menjadikan pasien sebagai objek penelitian sesuai dengan etika profesi dan peraturan perundang-undangan. Perawat profesional memiliki kewenangan, dan perawat profesional berhak membantu peneliti keperawatan sebagai anggota tim peneliti dan memberikan kewenangan kepada dokter untuk melakukan tindakan medis dan evaluasi dalam rangka pelaksanaan rencana pemerintah
- 24) Jenis tindakan medis yang diizinkan oleh dokter untuk melakukan tindakan medis yang diizinkan untuk melakukan tindakan medis.
- 25) Jahit prosedur medis lainnya sesuai kemampuan perawat. Tindakan medis dalam otorisasi yang dipercayakan termasuk tindakan. Infus, suntikan, imunisasi dasar dan tindakan medis lainnya dilakukan sesuai dengan kemampuan perawat. Jenis tindakan medis lainnya disahkan atau didelegasikan oleh pimpinan rumah sakit, dan didelegasikan oleh staf medis rumah sakit yang direkomendasikan oleh komite medis dan komite keperawatan; dan
- 26) Atas usul Puskesmas dan / atau Pimpinan Klinik, Penanggung Jawab Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota memberikan kewenangan kepada tenaga kesehatan Puskesmas dan / atau Puskesmas.
- 27) Jika komite medis atau komite keperawatan belum dibentuk di rumah sakit, pimpinan rumah sakit akan menentukan jenis tindakan medis lainnya berdasarkan rekomendasi dari direktur keperawatan dan pejabat rumah sakit. Bertanggung jawab atas layanan medis rumah sakit. Di bawah latar belakang rencana pemerintah pelaksana bagi perawat yang telah mengikuti pelatihan atau pelatihan induksi yang diselenggarakan oleh pemerintah atau pemerintah daerah, melaksanakan tugas sesuai kewenangan

- 28) Sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, pelaksanaan tugas berdasarkan kewenangan diatur lebih lanjut dalam rangka pelaksanaan rencana pemerintah.
- 29) Melaksanakan tugas sebagai pelaksana tugas dalam keadaan terbatas merupakan tugas pemerintah yang dilaksanakan tanpa tenaga medis di wilayah tugas perawat.
- 30) Perawat hendaknya memberi perhatian penuh pada kemampuan perawat dan pernah mengikuti pelatihan dan / atau pelatihan. Pembinaan dan / atau pelatihan dipandu oleh penanggung jawab dinas kesehatan pemerintah daerah kabupaten / kota.
- 31) Perawat berhak mengobati penyakit umum klien yang dirujuk sesuai dengan ketentuan sistem rujukan; dan c. Lakukan layanan farmasi terbatas tanpa personel farmasi. Hanya pada lembaga pelayanan kesehatan milik pemerintah dan / atau pemerintahaaa daerah dapat dilaksanakan pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan lainnya atas kewenangan sesuai dengan tugas pemerintah. (Permenkes, 2019).



BAB IV

Beban Kerja Perawat

Beban Kerja Perawat

Beban kerja yang berlebihan dapat menyebabkan seseorang menjadi gugup yang berujung pada stres. Hal ini mungkin karena tingkat keahlian yang dibutuhkan, kecepatan kerja mungkin terlalu tinggi, beban kerja mungkin terlalu banyak, dll. Faktor yang mempengaruhi beban kerja perawat adalah kondisi pasien yang terus berubah, dan rata-rata jumlah jam perawatan yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan langsung kepada pasien melebihi kemampuan seseorang. Begitu pula untuk jumlah pekerjaan yang akan diproses, apakah terlalu banyak (terlalu banyak tugas yang harus diselesaikan / sedikit) atau untuk memastikan kualitas (tugas yang harus diselesaikan membutuhkan pengetahuan profesional). Jika jumlah tugas tidak sebanding dengan kemampuan tubuh, keterampilan, dan waktu yang tersedia, maka akan menjadi sumber stres. Efek negatif dari peningkatan beban kerja adalah kemungkinan emosi perawat tidak sesuai dengan harapan pasien. Beban kerja yang berlebihan ini sangat mempengaruhi produktivitas tenaga kesehatan dan tentunya produktivitas perawat. Perawat percaya bahwa jumlah perawat yang tersedia tidak sebanding dengan jumlah pekerjaan yang harus dilakukan. Keadaan ini memicu tekanan kerja, karena semua pasien rawat inap membutuhkan pelayanan yang efektif agar permasalahan yang dihadapi pasien dapat segera teratasi (Sunyoto, 2012 :).

Stres adalah respons tubuh yang tidak spesifik terhadap kebutuhan atau beban apa pun. Ketika seseorang memikul beban atau tugas yang berat dan orang tersebut tidak mampu mengatasi tugas yang diberikan, maka akan terjadi stres, dan tubuh akan bereaksi tanpa daya terhadap tugas tersebut, sehingga orang tersebut dapat menahan tekanan tersebut. Jika beban kerja perawat yang bertugas melebihi kapasitasnya, dapat menyebabkan perawat tidak dapat menyelesaikan atau tidak dapat menyelesaikan tugas, perawat dikatakan berada di bawah tekanan kerja. Karena karakteristik pasien, evaluasi pasien, dan kebingungan lingkungan kerja, maka tekanan kerja yang ditunjukkan oleh perawat adalah menangani kepadatan ruang gawat darurat, efisiensi tugas dan permintaan untuk

menyelamatkan. pasien (Levin et al., 2004). Jika tekanan mencapai puncak yang kira-kira sesuai dengan kinerja maksimal karyawan, maka tekanan tambahan pada saat ini seringkali tidak akan mengarah pada peningkatan kinerja (Selye, 1950; Hidayat, 2011).

Menurut Mangkunegara, pada tahun 2009, “Kinerja merupakan hasil kualitatif dan kuantitatif yang diperoleh seseorang sesuai dengan tanggung jawab yang ditetapkan dalam melaksanakan tugas”. Hal ini sejalan dengan Robbins (2007: 683) yang mengatakan “kinerja adalah interaksi antara kemampuan, motivasi dan kesempatan”. Selain itu, jika karyawan berada di bawah tekanan yang terlalu besar maka kinerjanya akan mulai menurun, karena tekanan tersebut akan mengganggu pekerjaan karyawan dan membuat mereka kehilangan kendali atas pekerjaannya atau mengambil keputusan, sehingga perilaku mereka menjadi tidak stabil. Hasil yang paling ekstrim adalah kinerja menjadi nol, karyawan terganggu, sakit, tidak lagi memiliki kemampuan untuk bekerja, putus asa, cuti atau menolak bekerja (Munandar, 2008).

Faktor penyebab kelelahan antara lain jam kerja, shift kerja, waktu istirahat, faktor motivasi, kondisi lingkungan fisik, beban kerja, kebutuhan kerja, psikologi sosial, budaya organisasi, peran pribadi dan faktor gaya hidup, seperti gangguan tidur, kehidupan sosial, rasa tanggung jawab, Keluarga, pekerjaan lain, status kesehatan, gizi dan olah raga, beban kerja tubuh memerlukan kerja otot, jantung dan paru-paru, jadi jika beban kerja tubuh tinggi, kerja otot, jantung dan paru-paru. Kekuatan: Akan lebih tinggi, begitu pula sebaliknya. Penelitian menunjukkan bahwa beban kerja dapat menyebabkan kelelahan kerja, terutama bagi perawat. Banyak faktor yang mempengaruhi kinerja perawat di ruang khusus.

Faktor yang mempengaruhi kinerja antara lain faktor pribadi / personal (pengetahuan, keterampilan, kemampuan, motivasi, komitmen, psikologi), faktor kepemimpinan (kualitas dorongan, antusiasme, bimbingan dan dukungan yang diberikan oleh manajer dan pemimpin tim), faktor tim (dukungan dan rekan tim, kepercayaan anggota tim, kohesi dan kohesi anggota tim, faktor sistem (sistem kerja yang disediakan oleh organisasi, sarana atau

prasarana kerja, proses organisasi dan budaya kinerja organisasi) dan faktor konteks / situasi (Wirawan, 2009) .

Tekanan kerja merupakan rasa tekanan yang dialami karyawan saat menghadapi pekerjaan. Perawat rentan terhadap tekanan saat menjalankan tugasnya. Perawat tidak hanya terus berhubungan dengan pasien, tetapi juga dengan lingkungan kerja perawat. Keterbatasan sumber daya manusia yang dapat menyebabkan stres. Jumlah perawat dengan jumlah pasien yang tidak seimbang dapat menyebabkan kelelahan kerja, karena permintaan pasien terhadap pelayanan perawat lebih besar dari standar kemampuan perawat. Kondisi ini dapat mempengaruhi kondisi mental perawat, seperti kelelahan, mood, kebosanan, perubahan mood, dan dapat menyebabkan stres pada perawat (Saam dan Wahyuni, 2012).

Perawat merupakan salah satu komponen sumber daya manusia (SDM) dalam sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berada langsung di garis depan dan memiliki lebih banyak waktu untuk menangani pasien tanpa mengabaikan peran pekerja lain. Kualitas pelayanan rumah sakit sebagian bergantung pada peran perawat. Berbagai macam kualitas pelayanan rumah sakit dapat berubah seiring dengan perkembangan waktu dan perubahan serta adaptasi kebutuhan pasien. Akhir-akhir ini, kualitas layanan yang berorientasi pada keselamatan pasien menjadi lebih menonjol (Prahasto, 2008). Kinerja perawat dipengaruhi oleh tiga variabel yaitu variabel pribadi, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Variabel personal meliputi kemampuan, keterampilan, pengetahuan, demografi dan latar belakang keluarga, dan variabel psikologis meliputi ide, sikap, motivasi, kepribadian dan kemampuan belajar. Variabel organisasi terdiri dari sumber daya, penghargaan, beban kerja, struktur, supervisi, dan kepemimpinan (Firmansyah 2009). Salah satu tujuan dari sistem keselamatan pasien adalah untuk menurunkan KTD di rumah sakit. (Gibson, 1987) Menurut Mulyati (2011) (Medical Research and Quality Agency) AHRQ, (2003) disebutkan bahwa produksi KTD dapat

disebabkan oleh beberapa masalah berikut, yaitu masalah sumber daya manusia, kebijakan dan prosedur yang tidak memadai, dan kegagalan faktor. Salah satu faktor yang mempengaruhi risiko infeksi rumah sakit adalah ketidakkonsistenan beban kerja dan ketersediaan tenaga / perawat (Griffiths et al., 2008).

Kualitas pelayanan keperawatan tidak terlepas dari peran klasifikasi pasien di ruang rawat inap, karena dengan klasifikasi ini pasien akan merasakan nilai lebih sesuai dengan haknya, dan dapat melihat bagaimana kepedulian petugas perawat terhadap status dan beban kerja masing-masing daerah. Kondisi dan beban kerja ruang rawat inap perlu dipahami agar jumlah dan kualitas perawat yang dibutuhkan di ruang rawat inap dapat ditentukan untuk memastikan tidak adanya beban kerja yang tidak sesuai yang pada akhirnya menimbulkan stres kerja (Ilyas, 2002)..

Beban kerja perawat yang bekerja di rumah sakit terkait dengan perawatan yang harus diberikan kepada pasien. Yang diperhatikan dalam beban kerja perawat adalah jumlah pasien yang melebihi jumlah pasien yang dirawat, kegiatan keperawatan langsung dan tidak langsung dan penyuluhan kesehatan, serta rata-rata waktu dan frekuensi tindakan yang dibutuhkan pasien. Jika jumlah tugas tidak sebanding dengan kemampuan tubuh, keterampilan, dan waktu yang tersedia, maka akan menjadi sumber stres. Stres perawat Timbulnys dapat disebabkan oleh berbagai pemicu. Menurut faktor pemicu stres biasanya dapat dibedakan menjadi empat jenis, yaitu stres kepribadian, stres psikososial, stres biologis, dan stres kerja. Di antara keempat jenis tekanan di atas tekanan kerja merupakan jenis tekanan yang umum terjadi terutama di negara maju (Munandar,2008).

Beban kerja dibagi menjadi beban kerja kualitatif dan beban kerja kuantitatif. Beban kerja kualitatif merupakan tingkat kesulitan atau kompleksitas yang harus diselesaikan perawat, dan beban kerja kuantitatif merupakan beban kerja yang harus diselesaikan perawat (Irwandy, 2007). Ada banyak faktor yang mempengaruhi beban kerja yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi usia, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, gizi, kesehatan fisik,

motivasi, kepercayaan, kepuasan kerja dan keinginan. Sedangkan faktor eksternal meliputi aktivitas organisasi kerja, kondisi lingkungan, tempat kerja dan tugas yang harus diselesaikan. Jumlah pekerjaan yang terjadi di RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado meningkatkan jumlah pekerjaan non keperawatan yang dilakukan, seperti melakukan tugas kebersihan (pekerjaan mengganti pasien). Ini bukan tugas utama perawat, Suka atau tidak suka, tetap menjadi tanggung jawab perawat. Hal ini menyebabkan pengabaian tugas utama perawat rumah sakit. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Haryanti (2013) yang menunjukkan bahwa perawat memiliki beban kerja yang berat. Hasil penelitian Supardi (2007) juga sejalan dengan penelitian ini menemukan bahwa kondisi kerja memberikan kontribusi terbesar terhadap terjadinya stres, tipe kepribadian dan beban kerja. Ini termasuk penyakit jantung, tekanan darah tinggi, sakit kepala dan gangguan tidur. Stres akibat pekerjaan yang tidak dapat dikendalikan dengan baik dapat mengganggu prestasi kerja dan meningkatkan risiko kecelakaan kerja, menurunkan efisiensi kerja, dan meningkatkan biaya kompensasi kerja (Tarwaka, 2010).



BAB V

Analisis Kebutuhan Tenaga Kesehatan (Paramedis) Berdasarkan Beban Kerja Dengan Menggunakan Metode Workload Indicator Staffing Needs (WISN) Di RS Kota Medan

1. Teori

Simbol keberhasilan rumah sakit yang efisien adalah menyediakan sumber daya manusia yang cukup, berkualitas, dan profesional sesuai dengan fungsi dan tanggung jawab masing-masing staf. Pimpinan rumah sakit harus memperhatikan ketersediaan sumber daya manusia di rumah sakit. Sesuai dengan fungsi rumah sakit, sumber daya manusia perlu direncanakan dengan baik. Perencanaan sumber daya manusia merupakan fungsi manajemen rumah sakit dan menjadi dasar pelaksanaan bisnis untuk mencapai tujuan organisasi. (Soesanto. Danoe dan Ersyad.Triesnawati, 2019). Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit merupakan organisasi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pribadi secara lengkap, meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan lengkap adalah pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan promosi, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi.

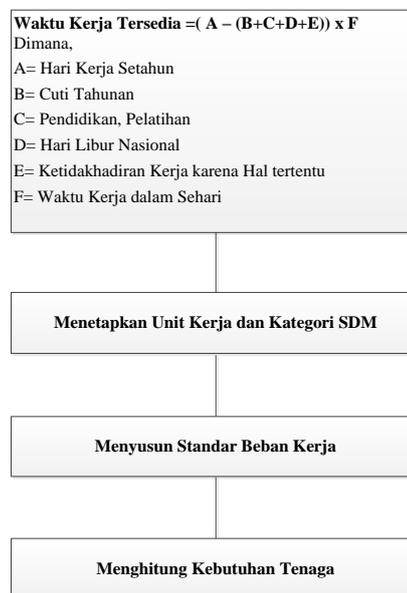
Selain itu, rumah sakit membutuhkan sumber daya manusia dengan pengetahuan seperti tenaga medis dan diharapkan mampu menangani berbagai permasalahan yang dihadapinya. Selain peralatan modern, rumah sakit juga berfungsi sebagai tempat pelayanan publik untuk melayani masyarakat, selain itu juga memiliki sumber daya manusia yang baik. Antusiasme perawat dalam melayani Pasien akan mempengaruhi hasil pekerjaannya. Aktivitas mengacu pada berbagai kegiatan, seperti perencanaan, pengenalan, analisis pekerjaan, rekrutmen, dll. Sumber daya manusia yang dibutuhkan rumah sakit adalah banyak tenaga ahli, perawat dan teknisi yang dapat mendukung proses rumah sakit. (Nurjannah Sitti dkk., 2017). Antusiasme petugas dalam melayani pasien akan

mempengaruhi hasil kerjanya. Karena beban kerja yang berlebihan dapat menimbulkan efek negatif, rumah sakit perlu menetapkan metode penghitungan beban kerja untuk mengevaluasi efektivitas dan efisiensi kerja serta kinerja karyawan. Salah satu cara untuk mempertimbangkan jumlah SDM kesehatan adalah dengan menganalisis dan menghitung beban kerja. Analisis beban kerja adalah Penerapan teknik manajemen secara sistematis untuk memperoleh informasi tentang tingkat efektivitas dan efisiensi pekerjaan berdasarkan beban kerja. Dengan menganalisis beban kerja akan diperoleh informasi tentang jumlah kebutuhan karyawan, efisiensi dan efisiensi kerja, serta kinerja suatu departemen tertentu dalam perusahaan atau organisasi. Analisis beban kerja dapat membantu menentukan jumlah personel yang ideal. Hal tersebut mendorong peneliti untuk melakukan penelitian untuk memahami seberapa besar pekerjaan yang dibutuhkan dan berapa perawat yang dibutuhkan untuk menyelesaikan rencana kerja rumahan Pereda nyeri yang efektif dan efektif. (Wanri.Arwansyah et al., 2018).

Analisis beban kerja merupakan suatu pekerjaan untuk menghitung beban kerja departemen sumber daya manusia, yang digunakan untuk merencanakan penyediaan dan kebutuhan sumber daya manusia di lembaga pelayanan kesehatan. Menggunakan metode WISN (Staffing Requirements Workload Index) untuk penghitungan, yang merupakan indikator yang dapat menampilkan jumlah tenaga yang dibutuhkan oleh suatu institusi medis berdasarkan beban kerja, membuat pemukiman kembali / relokasi lebih mudah dan lebih masuk akal. (Alam.Syamsul et al., 2018) WISN (indikator beban kerja persyaratan kepegawaian) merupakan metode yang lebih baik karena menghitung berapa banyak tenaga kesehatan yang dibutuhkan di suatu institusi kesehatan berdasarkan beban kerja saat ini. Jika beban kerja bertambah atau berkurang di kemudian hari, WISN juga dapat mempelajari berapa jumlah karyawan yang dibutuhkan (Ningalum, 2019).

2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian campuran antara metode kualitatif dan kuantitatif dengan menggunakan data mentah dan data penolong. Penelitian ini dilakukan di 4 rumah sakit yaitu RS A, RS B, RS C, dan RS D. Sebanyak 199 sampel diambil. Penelitian ini dapat diterapkan pada beberapa tahapan penelitian yaitu 1). Tahap persiapan yaitu mencari referensi penelitian, menentukan sampel penelitian dan mencari rumusan masalah. 2) Tahap penyusunan proposal dan 3) Tahap pelaksanaan. Tahap ini semua petugas kesehatan diwawancara dan data terkait WISN diperoleh dari pihak manajemen rumah sakit. Untuk pengolahan dan analisis data berdasarkan metode WISN dijelaskan dalam skema sebagai berikut:



Gambar 7. Skema Pengolahan dan analisis data berdasarkan metode WISN

3. Hasil Dan Pembahasan

Sebelum dilakukan perhitungan, berikut adalah karakteristik narasumber yang merupakan subjek penelitian yang terdiri dari 4 rumah sakit di Medan yaitu RS A, RS B, RS C, RS D.

Tabel. 1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Dan Lama Bekerja RS A.

No	Usia	Frekuensi	(%)
1	22 – 27	10	20,41
2	28 – 33	26	53,06
3	34 – 39	12	24,59
4	40 – 45	1	2,04
Total		49	100

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	(%)
1	Perempuan	40	81,63
2	Laki-Laki	9	18,37
Total		49	100

No	Pendidikan	Frekuensi	(%)
1	Profesi	14	28,57
2	D3	34	69,39
3	D4	1	2,04
Total		49	100

No	Lama Bekerja	Frekuensi	(%)
1	1 – 4 Tahun	36	73,47
2	5 – 8 Tahun	8	16,33
3	9 – 12 Tahun	5	10,20
Total		49	100

Sumber : Hasil Pengolahan Data

Dari Tabel 1 terlihat bahwa interval umur petugas kesehatan utama RS.A adalah 28-33 tahun (53,06%), sedangkan umur 34-39 tahun sekitar 24,59%, dan umur 22-27 tahun. tahun sekitar 20,41%, sekitar 2,04% berusia 40-45 tahun. Dilihat dari jenis kelamin, tenaga kesehatan di RS.A sebagian besar adalah perempuan (81,63%), sedangkan laki-laki hanya 18,37%. Dari segi pendidikan, pendidikan diploma 3 (D3) bagi tenaga kesehatan rumah sakit sebesar 69,39%, pendidikan profesi 28,57%, dan diploma 4 (D4) sebesar

2,04%. Dilihat dari jam kerja, angkatan kerja yang didominasi oleh tenaga kesehatan rumah sakit masih berkisar 1-4 tahun, terhitung 73,47%, sedangkan rentang waktu kerja 5-8 tahun 16,33%, dalam 9-12 tahun Setara menjadi 10,20%.

Tabel. 2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan Dan lama Bekerja

No	Usia	Frekuensi	(%)
1	22 – 27	0	0
2	28 – 33	38	76,00
3	34 – 39	12	24,00
4	40 – 45	0	0
Total		50	100

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	(%)
1	Perempuan	41	82,00
2	Laki-Laki	9	18,00
Total		50	100

No	Pendidikan	Frekuensi	(%)
1	Profesi	22	44,00
2	D3	28	56,00
3	D4	0	0
Total		50	100

No	Lama Bekerja	Frekuensi	(%)
1	1 – 4 Tahun	44	88,00
2	5 – 8 Tahun	6	12,00
3	9 – 12 Tahun	0	0
Total		50	100

Sumber: Hasil Pengolahan Data

Dari Tabel 2 terlihat bahwa interval usia utama tenaga kesehatan di RS B adalah 28-33 tahun (76%), sedangkan usia 34-39 tahun sekitar 24%, dan tidak ada yang berusia 22-27 tahun. , dan usianya adalah 40- Antara 45 tahun. Dilihat dari jenis kelamin, tenaga kesehatan di RS B sebagian besar adalah perempuan (82,00%), sedangkan laki-laki hanya 18,00%. Dari segi pendidikan, RS. Tenaga kesehatan B sebagian besar memperoleh pendidikan diploma 3 (D3) sebesar 56,00%, sedangkan tingkat penerimaan pendidikan profesi 44,00%, dan tidak ada tenaga kesehatan yang memperoleh pendidikan diploma 4 (D4). Dilihat dari jam kerja, jam kerja tenaga kesehatan di rumah sakit biasanya 1-4 tahun yaitu 88,00%, jam kerja dalam rentang 5-8 tahun 12,00%, dan tidak ada tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit kisaran 9-12 tahun.

Tabel. 3 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan Dan Lama Bekerja RS C

No	Usia	Frekuensi	(%)
1	22 – 27	7	14,00
2	28 – 33	35	70,00
3	34 – 39	8	16,00
4	40 – 45	0	0
Total		50	100
No	Jenis Kelamin	Frekuensi	(%)
1	Perempuan	42	84
2	Laki-Laki	8	16,00
Total		50	100
No	Pendidikan	Frekuensi	(%)
1	Profesi	21	42,00
2	D3	29	58,00
3	D4	0	0
Total		50	100

No	Lama Bekerja	Frekuensi	(%)
1	1 – 4 Tahun	42	84,00
2	5 – 8 Tahun	8	16,00
3	9 – 12 Tahun	0	0
Total		50	100

Sumber : Hasil Pengolahan Data

Terlihat dari Tabel 3 bahwa tenaga kesehatan RS.C dominan pada kelompok umur 28-33 tahun (70%), sedangkan kelompok umur 34-39 tahun sekitar 16% dan kelompok umur 22-27 tahun. akun kelompok sekitar 16%. 14% dan tidak ada tenaga kesehatan berusia 40-45 tahun. Dilihat dari jenis kelamin, tenaga kesehatan di RS.C sebagian besar adalah perempuan (84%), sedangkan laki-laki hanya 16%. Dari segi pendidikan, tenaga kesehatan di RS.C sebagian besar mengenyam pendidikan diploma 3 (D3) sebesar 58%, sedangkan tingkat penerimaan pendidikan profesi 42%, dan tidak ada tenaga kesehatan yang memperoleh pendidikan diploma 4 (D4). Dilihat dari jam kerja, tenaga kesehatan RS.C sebagian besar masih bekerja sekitar 1-4 tahun, terhitung 84%, jam kerja dalam rentang 5-8 tahun 16%, dan tidak ada kesehatan. bekerja antara usia 9-12 tahun.

Tabel. 4 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan Dan Lama Bekerja RS D

No	Usia	Frekuensi	(%)
1	22 – 27	17	34,00
2	28 – 33	33	66,00
3	34 – 39	0	0
4	40 – 45	0	0
Total		50	100
No	Jenis Kelamin	Frekuensi	(%)
1	Perempuan	42	84,00

2	Laki-Laki	8	16,00
Total		50	100
No	Pendidikan	Frekuensi	(%)
1	Profesi	28	56,00
2	D3	22	44,00
3	D4	0	0
Total		50	100
No	Lama Bekerja	Frekuensi	(%)
1	1 – 4 Tahun	38	76,00
2	5 – 8 Tahun	12	24,00
3	9 – 12 Tahun	0	0
Total		50	100

Sumber : Hasil Pengolahan Data

Terlihat dari Tabel 4 bahwa tenaga kesehatan RS.D dominan pada kelompok umur 28-33 tahun (66%), kelompok umur 22-27 tahun sekitar 33%, dan kelompok umur tanpa kelompok umur. Tenaga kesehatan berusia 34-39 tahun, 40-45 tahun. Dilihat dari jenis kelamin, tenaga kesehatan di RS D sebagian besar adalah perempuan (84%), sedangkan laki-laki hanya 16%. Dari segi pendidikan, tenaga kesehatan di RS.D memiliki tingkat pendidikan profesi tertinggi yaitu 56%, sedangkan 44% berpendidikan tingkat 3 (D3), dan tidak ada tenaga kesehatan yang berpendidikan tingkat 4 (D4). Dilihat dari jam kerja, RS.D. Tenaga kesehatan sebagian besar masih bekerja sekitar 1-4 tahun yaitu 76%, sedangkan rentang jam kerja 5-8 tahun adalah 24% dan tidak ada tenaga kesehatan yang bekerja selama 9-12 tahun.

Ada beberapa kegiatan produksi, kegiatan non produksi, dan kegiatan pribadi yang dilaksanakan para tenaga Kesehatan di 4 rumah sakit tersebut, yaitu:

Tabel. 5 Jumlah Waktu Tenaga Kesehatan RS A Dalam 1 Tahun

No	Nama Kegiatan	Frek	%	
			Per Kegiatan	Total Kegiatan
Aktivitas Produktif				
1	Melakukan Anamnesa	368	1,33	1,21
2	Melakukan Pemeriksaan Individu	305	1,10	1,01
3	Merencanakan Keperawatan	561	2,03	1,85
4	Memasang Infus	169	0,61	0,56
5	Memberikan Oksigen	68	0,25	0,22
6	Memberikan Obat Oral dan Suntik	92	0,33	0,30
7	Merekam EKG	660	2,38	2,18
8	Memasang Naso Gastric Tube	737	2,66	2,43
9	Katerterisasi	655	2,36	2,16
10	Mengukur Intek Output	620	2,24	2,05

11	Memandikan Pasien	955	3,45	3,15
12	Menolong Pasien BAB	650	2,35	2,14
13	Memberikan Transfusi	660	2,38	2,18
14	<i>Suction</i>	601	2,17	1,98
15	Membuka Infus	151	0,55	0,50
16	Menyiapkan Bahan Pemeriksaan an Laboratorium	645	2,33	2,13
17	Menyiapkan Pasien untuk Radiologi	640	2,31	2,11
18	Memberikan Huknah	625	2,26	2,06
19	Merawat Jenazah	625	2,26	2,06
20	Mengganti Alat Tenun	614	2,22	2,03
21	Persiapan Operasi	994	3,59	3,28
22	Serah Terima Pasien Operasi	580	2,09	1,91

23	Melakukan Resusitasi	1340	4,84	4,42
24	Menyiapkan Pasien Pulang	610	2,20	2,01
25	Dokumentasi Asuhan Kebidanan	575	2,08	1,90
26	Observasi Pasien	605	2,18	2,00
27	Pendidikan Kesehatan (PenKes)	575	2,08	1,90
28	Timbang Terima Tugas	570	2,06	1,88
29	Menyiapkan Transfortasi Pasien	585	2,11	1,93
30	Cuci Tangan Secara Rutin	243	0,88	0,80
31	Periksa Kehamilan	945	3,41	3,12
32	Asisten Dokter Untuk Curratage	1080	3,90	3,56
33	Pulva Hygiene	585	2,11	1,93

34	Menerima Bayi Post Operasi Sectio Caesarea	880	3,18	2,90
35	Memandikan Bayi	555	2,00	1,83
36	Memberi Minum Bayi	552	1,99	1,82
37	Memberi Minum Bayi	521	1,88	1,72
38	Membaca Buku Rawatan	630	2,27	2,08
39	Timbang Terima Pasien (Overan Shift)	790	2,85	2,61
40	Penghubung Buku Rawatan / Penghubung Antar Shift	860	3,10	2,84
41	Menulis Catatan Perkembangan Distatus	735	2,65	2,42
42	Membuat Daftar Diet	549	1,98	1,81

43	Memeriksa Daftar Obat	549	1,98	1,81
44	Memenuhi Kebutuhan Kebersihan Lingkungan	549	1,98	1,81
45	Sterilisasi Alat	845	3,05	2,79
Total		27703	100	91,39
Aktivitas Non Produktif				
1	Duduk di <i>Nurse Station</i>	370	84,09	1,22
2	Mendengark an Musik	70	15,91	0,23
Total		440	100	7,16
Aktivitas Pribadi				
1	Ibadah	1050	48,39	3,46
2	Makan dan Minum	837	38,57	2,76
3	Toilet	141	6,50	0,47
4	Sikat Gigi dan Cuci Tangan	142	6,54	0,47
Total		2170	100	1,45
Total Keseluruhan Aktivitas		30313	100	100

Sumber: Hasil Pengolahan Data

Tabel di atas menggambarkan aktivitas dan waktu yang dihabiskan oleh personel RS.A selama periode observasi. Dari total waktu tersebut, 91,39% waktunya digunakan untuk kegiatan produksi, 7,16% waktunya digunakan

untuk kegiatan non produksi, dan 1,45% waktunya digunakan untuk kegiatan pribadi.

Tabel 6. Waktu Kerja Tersedia untuk Tenaga Kesehatan di RS A, RS B, RS C, dan RS D

Kode	Faktor	Jumlah	Keterangan
A	Hari Kerja	312	Hari/Tahun
B	Cuti Tahunan	12	Hari/Tahun
C	Pendidikan dan Pelatihan	1	Hari/Tahun
D	Libur Nasional	21	Hari/Tahun
E	Rata-Rata Ketidakhadiran	3	Hari/Tahun
F	Jam Kerja	8	Jam/Hari
	Total Hari Kerja	275	Hari/Tahun
	Waktu Kerja Tersedia	2200	Jam/Tahun
	Total Waktu Kerja dalam menit	132000	Menit/Tahun

Sumber: Hasil Pengumpulan Data

Berdasarkan rumus di atas kemasam diketahui bahwa jam kerja yang diberikan oleh empat rumah sakit untuk tenaga medis menunjukkan bahwa total hari kerja adalah 275 hari per tahun, dan waktu kerja tahunan tenaga medis adalah 2.200 jam, dengan total 132.000 menit per tahun. Berdasarkan hasil observasi kegiatan tenaga kesehatan yang terlibat dalam kegiatan non produktif akan menjadi bahan pertimbangan dalam penetapan standar tunjangan. Dari hasil wawancara dapat diketahui waktu rata-rata untuk menyelesaikan setiap kegiatan. Beban kerja standar didasarkan pada waktu yang tersedia dikalikan dengan waktu rata-rata yang dihabiskan dalam kegiatan produksi. Di RS A, standar tunjangan total adalah 0,94. Berdasarkan nilai tingkat aktivitas dan beban standar yang diperoleh kera

tersebut maka dibutuhkan tenaga kesehatan di rumah sakit. Royal Prima 7,8 dan WISN 1,2 yang berarti jumlah tenaga kesehatan di RS A sudah sesuai.

Tabel. 7 Jumlah Waktu Tenaga Kesehatan RS B Dalam 1 Tahun

No	Nama Kegiatan	Frek	%	
			Per Kegiatan	Total Kegiatan
Aktivitas Produktif				
1	Melakukan Anamnesa	339	1,22	1,12
2	Melakukan Pemeriksaan Individu	363	1,31	1,20
3	Merencanakan Keperawatan	526	1,90	1,74
4	Memasang Infus	154	0,56	0,51
5	Memberikan Oksigen	64	0,23	0,21
6	Memberikan Obat Oral dan Suntik	93	0,34	0,31
7	Merekam EKG	680	2,45	2,24
8	Memasang Naso Gastric Tube	752	2,71	2,48
9	Katerterisasi	685	2,47	2,26
10	Mengukur Intek Output	635	2,29	2,09
11	Memandikan Pasien	970	3,50	3,20
12	Menolong Pasien BAB	655	2,36	2,16
13	Memberikan Transfusi	670	2,42	2,21
14	<i>Suction</i>	617	2,23	2,04

15	Membuka Infus	152	0,55	0,50
16	Menyiapkan Bahan Pemeriksaan Laboratorium	645	2,33	2,13
17	Menyiapkan Pasien untuk Radiologi	660	2,38	2,18
18	Memberikan Huknah	625	2,26	2,06
19	Merawat Jenazah	635	2,29	2,09
20	Mengganti Alat Tenun	644	2,32	2,12
21	Persiapan Operasi	1051	3,79	3,47
22	Serah Terima Pasien Operasi	605	2,18	2,00
23	Melakukan Resusitasi	1385	5,00	4,57
24	Menyiapkan Pasien Pulang	640	2,31	2,11
25	Dokumentasi Asuhan Kebidanan	625	2,26	2,06
26	Observasi Pasien	725	2,62	2,39
27	Pendidikan Kesehatan (PenKes)	615	2,22	2,03
28	Timbang Terima Tugas	595	2,15	1,96
29	Menyiapkan Transfortasi Pasien	600	2,17	1,98

30	Cuci Tangan Secara Rutin	250	0,90	0,82
31	Periksa Kehamilan	935	3,38	3,08
32	Asisten Dokter Untuk Curratage	1050	3,79	3,46
33	Pulva Hygiene	605	2,18	2,00
34	Menerima Bayi Post Operasi Sectio Caesarea	855	3,09	2,82
35	Memandikan Bayi	560	2,02	1,85
36	Memberi Minum Bayi	530	1,91	1,75
37	Memberi Minum Bayi	541	1,95	1,78
38	Membaca Buku Rawatan	620	2,24	2,05
39	Timbang Terima Pasien (Overan Shift)	665	2,40	2,19
40	Penghubung Buku Rawatan / Penghubung Antar Shift	880	3,18	2,90
41	Menulis Catatan Perkembangan Distatus	645	2,33	2,13
42	Membuat Daftar Diet	554	2,00	1,83

43	Memeriksa Daftar Obat	539	1,95	1,78
44	Memenuhi Kebutuhan Kebersihan Lingkungan	534	1,93	1,76
45	Sterilisasi Alat	860	3,10	2,84
Total		28028	100	92,09
Aktivitas Non Produktif				
1	Duduk di Nurse Station	370	100	1,22
Total		370	100	1,22
Aktivitas Pribadi				
1	Ibadah	970	44,70	3,20
2	Makan dan Minum	867	39,95	2,86
3	Toilet	121	5,58	0,40
4	Sikat Gigi dan Cuci Tangan	141	6,50	0,47
Total		2099	100	7,16
Total		30434	100	100
Keseluruhan Aktivitas				

Sumber: Hasil Pengolahan Data

Tabel di atas menggambarkan aktivitas dan waktu yang dihabiskan oleh personel RS B selama periode observasi. Dari total waktu tersebut, 91,39% waktunya digunakan untuk kegiatan produksi, 7,16% waktunya digunakan untuk kegiatan non produksi, dan 1,45% waktunya digunakan untuk kegiatan pribadi. Beban kerja standar didasarkan pada waktu yang tersedia dikalikan dengan waktu rata-rata yang dihabiskan dalam kegiatan produksi. Di RS.A, standar total tunjangan adalah 0,93. Berdasarkan nilai tingkat aktivitas dan beban standar yang diperoleh ker tersebut maka dibutuhkan tenaga kesehatan di rumah sakit. Royal Prima sebesar 6,9 dan rasio WISN sebesar 1,15 yang berarti jumlah tenaga kesehatan di RS B dinilai sudah sesuai.

Tabel. 8 Jumlah Waktu Tenaga Kesehatan RS C Dalam 1 Tahun

No	Nama Kegiatan	Frek	%	
			Per Kegiatan	Total Kegiatan
Aktivitas Produktif				
1	Melakukan Anamnesa	329	1,18	1,09
2	Melakukan Pemeriksaan Individu	346	1,25	1,14
3	Merencanakan Keperawatan	561	2,02	1,85
4	Memasang Infus	164	0,59	0,54
5	Memberikan Oksigen	61	0,22	0,20
6	Memberikan Obat Oral dan Suntik	94	0,34	0,31
7	Merekam EKG	670	2,41	2,21
8	Memasang Naso Gastric Tube	737	2,65	2,44
9	Katerterisasi	680	2,45	2,25
10	Mengukur Intek Output	625	2,25	2,07
11	Memandikan Pasien	960	3,46	3,17
12	Menolong Pasien BAB	675	2,43	2,23
13	Memberikan Transfusi	665	2,39	2,20
14	<i>Suction</i>	619	2,23	2,05
15	Membuka Infus	153	0,55	0,51
16	Menyiapkan Bahan Pemeriksanaa n Laboratorium	645	2,32	2,13
17	Menyiapkan Pasien untuk Radiologi	645	2,32	2,13
18	Memberikan Huknah	620	2,23	2,05
19	Merawat Jenazah	625	2,25	2,07

20	Mengganti Alat Tenun	634	2,28	2,09
21	Persiapan Operasi	1064	3,83	3,52
22	Serah Terima Pasien Operasi	610	2,20	2,02
23	Melakukan Resusitasi	1390	5,00	4,59
24	Menyiapkan Pasien Pulang	640	2,30	2,11
25	Dokumentasi Asuhan Kebidanan	640	2,30	2,11
26	Observasi Pasien	745	2,68	2,46
27	Pendidikan Kesehatan (PenKes)	620	2,23	2,05
28	Timbang Terima Tugas	600	2,16	1,98
29	Menyiapkan Transfortasi Pasien	610	2,20	2,02
30	Cuci Tangan Secara Rutin	250	0,90	0,83
31	Periksa Kehamilan	900	3,24	2,97
32	Asisten Dokter Untuk Curratage	1070	3,85	3,54
33	Pulva Hygiene	615	2,21	2,03
34	Menerima Bayi Post Operasi Sectio Caesarea	835	3,01	2,76
35	Memandikan Bayi	540	1,94	1,78
36	Memberi Minum Bayi	500	1,80	1,65
37	Memberi Minum Bayi	551	1,98	1,82
38	Membaca Buku Rawatan	600	2,16	1,98
39	Timbang Terima Pasien (Overan Shift)	600	2,16	1,98
40	Penghubung Buku Rawatan / Penghubung Antar Shift	805	2,90	2,66

41	Menulis Catatan Perkembangan Distatus	640	2,30	2,11
42	Membuat Daftar Diet	539	1,94	1,78
43	Memeriksa Daftar Obat	529	1,90	1,75
44	Memenuhi Kebutuhan Kebersihan Lingkungan	524	1,89	1,73
45	Sterilisasi Alat	860	3,10	2,84
	Total	27785	100	91,30
Aktivitas Non Produktif				
1	Duduk di Nurse Station	315	100,00	1,04
	Total	315	100,00	1,04
Aktivitas Pribadi				
1	Ibadah	1070	49,40	3,54
2	Makan dan Minum	821	37,90	2,71
3	Toilet	122	5,63	0,40
4	Sikat Gigi dan Cuci Tangan	153	7,06	0,51
	Total	2166	100,00	7,11
	Total Keseluruhan Aktivitas	30266	100	100

Sumber: Hasil Pengolahan Data

Tabel di atas menggambarkan aktivitas dan waktu yang dihabiskan oleh personel RS B selama periode observasi. Secara keseluruhan 91,30% waktunya digunakan untuk kegiatan produksi, 7,11% waktunya digunakan untuk kegiatan non produksi, dan 1,15% waktunya digunakan untuk kegiatan pribadi. Beban kerja standar didasarkan pada waktu yang tersedia dikalikan dengan waktu rata-rata yang dihabiskan dalam kegiatan produksi. Di RS.C, standar total tunjangan adalah 0,91. Berdasarkan volume aktivitas dan standar beban kerja aktif maka kebutuhan tenaga kesehatan RS.C adalah 7,2 dan rasio WISN 1,02 yang berarti jumlah tenaga kesehatan di RS.C sudah sesuai.

Tabel. 9 Jumlah Waktu Tenaga Kesehatan RS D Dalam 1 Tahun

No	Frek	%
----	------	---

	Nama Kegiatan		Per Kegiatan	Total Kegiatan
Aktivitas Produktif				
1	Melakukan Anamnesa	334	1,19	1,10
2	Melakukan Pemeriksaan Individu	351	1,26	1,15
3	Merencanakan Keperawatan	648	2,32	2,13
4	Memasang Infus	154	0,55	0,51
5	Memberikan Oksigen	64	0,23	0,21
6	Memberikan Obat Oral dan Suntik	92	0,33	0,30
7	Merekam EKG	735	2,63	2,41
8	Memasang Naso Gastric Tube	744	2,66	2,44
9	Katerterisasi	690	2,47	2,27
10	Mengukur Intek Output	620	2,22	2,04
11	Memandikan Pasien	905	3,24	2,97
12	Menolong Pasien BAB	645	2,31	2,12
13	Memberikan Transfusi	660	2,36	2,17
14	<i>Suction</i>	604	2,16	1,98
15	Membuka Infus	148	0,53	0,49
16	Menyiapkan Bahan Pemeriksaan Laboratorium	615	2,20	2,02
17	Menyiapkan Pasien untuk Radiologi	655	2,34	2,15

18	Memberikan Huknah	645	2,31	2,12
19	Merawat Jenazah	645	2,31	2,12
20	Mengganti Alat Tenun	634	2,27	2,08
21	Persiapan Operasi	1060	3,79	3,48
22	Serah Terima Pasien Operasi	610	2,18	2,00
23	Melakukan Resusitasi	1390	4,97	4,57
24	Menyiapkan Pasien Pulang	650	2,32	2,14
25	Dokumentasi Asuhan Kebidanan	640	2,29	2,10
26	Observasi Pasien	725	2,59	2,38
27	Pendidikan Kesehatan (PenKes)	610	2,18	2,00
28	Timbang Terima Tugas	610	2,18	2,00
29	Menyiapkan Transfortasi Pasien	610	2,18	2,00
30	Cuci Tangan Secara Rutin	250	0,89	0,82
31	Periksa Kehamilan	925	3,31	3,04
32	Asisten Dokter Untuk Curratage	1030	3,68	3,38
33	Pulva Hygiene	600	2,15	1,97
34	Menerima Bayi Post Operasi Sectio Caesarea	835	2,99	2,74

35	Memandikan Bayi	560	2,00	1,84
36	Memberi Minum Bayi	500	1,79	1,64
37	Memberi Minum Bayi	561	2,01	1,84
38	Membaca Buku Rawatan	595	2,13	1,95
39	Timbang Terima Pasien (Overan Shift)	590	2,11	1,94
40	Penghubung Buku Rawatan / Penghubung Antar Shift	850	3,04	2,79
41	Menulis Catatan Perkembangan Distatus	640	2,29	2,10
42	Membuat Daftar Diet	566	2,02	1,86
43	Memeriksa Daftar Obat	551	1,97	1,81
44	Memenuhi Kebutuhan Kebersihan Lingkungan	551	1,97	1,81
45	Sterilisasi Alat	860	3,08	2,83
	Total	27957	100	91,86
Aktivitas Non Produktif				
1	Duduk di Nurse Station	300	100,00	0,99
	Total	315	100,00	0,99
Aktivitas Pribadi				
1	Ibadah	1070	49,13	3,52
2	Makan dan Minum	826	37,92	2,71
3	Toilet	126	5,79	0,41

4	Sikat Gigi dan Cuci Tangan	156	7,16	0,51
	Total	2178	100	7,15
	Total Keseluruhan Aktivitas	30435	100	100

Sumber: Hasil Pengolahan Data

Tabel di atas menggambarkan aktivitas dan waktu yang dihabiskan oleh personel RS B selama periode observasi. Dari total waktu tersebut, 91,86% waktunya digunakan untuk kegiatan produksi, 7,15% waktunya digunakan untuk kegiatan non produksi, dan 0,99% waktunya digunakan untuk kegiatan pribadi. Beban kerja standar didasarkan pada waktu yang tersedia dikalikan dengan waktu rata-rata yang dihabiskan dalam kegiatan produksi. Di RS.D, standar total tunjangan adalah 1,05. Berdasarkan volume aktivitas dan standar beban kerja aktif, kebutuhan tenaga kesehatan di RS D sebesar 7,3, dan rasio WISN 1,05 yang berarti jumlah tenaga kesehatan di RS D sudah sesuai.

4. Kesimpulan Dan Saran

Kesimpulan

Dapat disimpulkan bahwa beban kerja eksisting sangat tinggi dari hasil penelitian penggunaan metode WISN untuk menganalisis kebutuhan tenaga medis berdasarkan beban kerja tenaga medis. Secara garis besar kesimpulan dari penelitian ini adalah:

1. Standar beban kerja tenaga kesehatan di 4 rumah sakit tersebut masih tinggi
2. Jumlah jam yang dianggap sebagai jam kerja tinggi, dimana tenaga kesehatan lebih dominan dalam melakukan kegiatan produktif daripada dalam kegiatan non produktif dan kegiatan pribadi.
3. Keempat rumah sakit mengalokasikan sumber daya manusia berdasarkan beban kerja.

Saran

1. Pimpinan rumah sakit hendaknya tidak menambah beban kerja tenaga kesehatan melebihi 45 kegiatan produksi yang telah dilakukan selama ini.
2. Bagi peneliti yang akan datang, diharapkan dapat memilih metode yang lebih baik untuk mendapatkan metode yang efektif.
3. Melakukan penelitian lain di gal untuk menilai permintaan tenaga kerja dan mengukur kepuasan

DAFTAR PUSTAKA

- Alam.Syamsul, Raodhah.Sitti, & Surahmawati. (2018). ANALISIS KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN (PARAMEDIS) BERDASARKAN BEBAN KERJA DENGAN MENGGUNAKAN METODE WORKLOAD INDICATOR STAFFING NEEDS (WISN) DI POLIKLINIK ASS-SYIFAH UIN ALAUDDIN. *Public Heath Science Journal*, 10(2), 216–226.
- Ningrum, R. K. (2019). *ANALISIS KEBUTUHAN PERAWAT PELAKSANA BERDASARKAN METODE WORKLOAD INDICATOR STAFF NEED (WISN) DALAM UPAYA MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT LANTAI I RSUP DR HASAN SADIKIN BANDUNG*.
- Nurjannah.Sitti, Sakka.Ambo, & Paridah. (2017). ANALISIS BEBAN KERJA TENAGA PERAWAT DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUN DAERAH (RSUD) KOTA KENDARI TAHUN 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(5), 1–11.
- Soesanto.Danoe, & Ersyad. Triesnawati. (2019). Penghitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan Berdasarkan WISN di RS. Gotong Royong. *Journal Of Health Sciences, March*. <https://doi.org/10.33086/jhs.v12i02.554>
- Wanri.Arwansyah, Rahayu.Sri, & Tigono.Abdun. (2018). ANALISIS KEBUTUHAN TENAGA ADMINISTRASI BERDASARKAN BEBAN KERJA DENGAN TEKNIK WORK SAMPLING MENGGUNAKAN METODE WISN DALAM RANGKA MENINGKATKAN MUTU PELAYANAN UNIT RAWAT JALAN RS. DR. BRATANATA JAMBI TAHUN 2018. *Jurnal Kesehatan Jambi*, 2(2), 20–32.
- Identifikasi Senyawa Saponin dari Daun Bidara (*Zhizipus mauritania* L.)', *Jurnal ITEKIMA*, 2(1), pp. 84–94.
- Yusuf, A. (2006) 'Implikasi UU Keperawatan terhadap Praktik keperawatan', (April), pp. 0–14. Available at: http://eprints.ners.unair.ac.id/674/1/ah_yusuf_UUK_praktik_perawat.pdf.
- wahyudi, Iwan. 2020. "Pengalaman Perawat Menjalani Peran Dan Fungsi

Perawat Di Puskesmas Kabupaten Garut.” *Jurnal Sahabat Keperawatan* 2(1): 36–43. <https://jurnal.unimor.ac.id/JSK>.

Herdian, Fitra. 2010. “Asuhan Keperawatan Yang Terdiri Dari Tiga Unsur Pengkajian,Diagnosa,Perencanaan,ImplementasiDanEvaluas.”:6–14. <http://dosen.stikesdhhb.ac.id/fitraherdian/wpcontent/uploads/sites/19/2016/02/jtptunimus-gdl-masniarg2a-6121-3-babii.pdf>

Title.” (Puskesmas and Kota 2017)Puskesmas, D I, and Poncol Kota. 2017. 5 Analisis Beban Kerja Dan Kebutuhan T.